



## PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

M. Jesús Almagro Lorca

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

M<sup>a</sup> Jesús Almagro Lorca

PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Dr. Jordi Roca Girona

Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

Tarragona

2015





UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

HAGO CONSTAR que el presente trabajo, titulado "Proceso de socialización enfermera y construcción social de la profesión", que presenta M<sup>a</sup> Jesús Almagro Lorca para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de esta universidad.

---

Tarragona, 26 de Octubre de 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jordi Roca Girona', with a long horizontal flourish extending to the right.

El director de la tesis doctoral

Dr. Jordi Roca Girona



## **AGRADECIMIENTOS**

Esta tesis es el resultado de tres años de trabajo que han conllevado muchas horas de estudio y dedicación y ha supuesto un momento importante en mi vida. Ha sido un reto y un desafío personal y profesional como enfermera y como antropóloga y del que me siento satisfecha.

Todo este tiempo, y recordando los momentos de flaqueza, he tenido el acompañamiento de mi director de tesis, el Dr. Jordi Roca, que me ha apoyado con afecto, paciencia y rigurosidad, por todo esto quiero expresarle mi más sincera gratitud.

Quiero agradecer a todos los profesionales y estudiantes entrevistados su participación, su sinceridad en las respuestas y el hacerme partícipe de sus vivencias, sus percepciones, sus expectativas, sus miedos y sus preocupaciones por esta profesión, de la misma forma, no puedo olvidarme de los usuarios que accedieron generosamente a participar en las entrevistas a pesar de estar en una situación de hospitalización.

Gracias a los profesionales y usuarios que me acogieron como una enfermera más en los servicios donde realicé las observaciones.

También quiero agradecer a las Direcciones de los dos centros hospitalarios la oportunidad de haber podido acceder a ellos y realizar las entrevistas y observaciones.

Quiero dar las gracias a mis compañeras de trabajo Maite, Gentzane, Rosa, por vuestro estímulo, siempre es reconfortante tener cerca personas que entienden por lo que estás pasando y que te motivan en momentos de flaqueza.

No puedo olvidarme de Mila y José Miguel, su cálido acogimiento, hicieron que me sintiera como una más de la familia, durante unos días dedicados de pleno a esta tesis.

Quiero agradecerle a Juan su ayuda inestimable en esta tesis, por apoyarme en todo momento, por sus consejos y críticas constructivas, por confiar siempre en mí y sobre todo por el tiempo que no le he podido dedicar.

Por último quiero dar las gracias a mis padres por haber sido un ejemplo a seguir, por haber confiado desde siempre en mí y por haberme enseñado que el esfuerzo y la perseverancia siempre dan sus frutos; y a mis hijos por estar ahí en todo momento ofreciéndome apoyo y cariño.



## ÍNDICE

|   |            |
|---|------------|
| <b>1.- INTRODUCCIÓN.....</b>  | <b>9</b>   |
| <b>2.- OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DEL ESTUDIO.....</b>                         | <b>11</b>  |
| 2.1.- Delimitación del problema de investigación.....                                 | 11         |
| 2.2.- Objetivos.....  | 14         |
| 2.3.- Aproximación metodológica.....  | 15         |
| 2.4.- Técnicas utilizadas.....  | 17         |
| 2.5.- Ámbito de estudio.....  | 28         |
| 2.6.- Consideraciones éticas.....   | 30         |
| 2.7.- Estrategias de análisis.....  | 31         |
| <b>3.- MARCO CONTEXTUAL .....</b>   | <b>33</b>  |
| 3.1.- Historia de los cuidados y formación de enfermería.....                         | 33         |
| 3.2.- Profesión y cultura.....  | 62         |
| <b>4.- MARCO TEÓRICO/UNIDADES DE ANÁLISIS.....</b>                                    | <b>75</b>  |
| 4.1.- Diálogo Universidad – Empresa.....  | 75         |
| 4.2.- Enfermería en las organizaciones sanitarias.....                                | 86         |
| 4.3.- Influencia del género en la enfermería.....                                     | 91         |
| 4.4.- Poder y empoderamiento en enfermería.....                                       | 108        |
| 4.5.- Identidad enfermera.....  | 117        |
| 4.6.- Procesos de socialización.....  | 122        |
| 4.7.- Construcción del conocimiento enfermero.....                                    | 141        |
| <b>5.- RESULTADOS.....</b>  | <b>149</b> |
| 5.1.- Socialización anticipatoria.....  | 152        |
| 5.1.1.- Motivos de la elección.....   | 152        |
| 5.1.2.- Representación ideal.....   | 160        |
| 5.1.3.- Imagen social.....  | 165        |
| 5.1.4.- Influencia del género en la imagen de enfermería.....                         | 171        |
| 5.1.5.- Síntesis socialización anticipatoria.....                                     | 179        |
| 5.2.- Socialización académica.....  | 180        |
| 5.2.1.- Cambios curriculares, legislativos y normativos que regulan la profesión..... | 181        |
| 5.2.2.- Percepciones en relación a los cambios formativos.....                        | 205        |
| 5.2.3.- Adecuación de la formación a la práctica.....                                 | 222        |



|   |            |
|---|------------|
| 5.2.4.- Rasgos de personalidad enfermera .....                        | 245        |
| 5.2.5.- Perfil demandado por las universidades .....                  | 249        |
| 5.2.6.- Síntesis socialización académica.....                         | 256        |
| <b>5.3.- Socialización profesional .....</b>                          | <b>257</b> |
| 5.3.1.- Acogida en la empresa .....                                   | 258        |
| 5.3.2.- Condiciones laborales.....                                    | 269        |
| 5.3.3.- Interrelaciones profesionales .....                           | 278        |
| 5.3.4.- Enfermería y segregación de género .....                      | 299        |
| 5.3.5.- Discurso autoperceptivo.....                                  | 312        |
| 5.3.6.- Práctica y función enfermera .....                            | 327        |
| 5.3.7.- Enfermería y empresa .....                                    | 333        |
| 5.3.8.- Papel y función de las instituciones colegiales .....         | 351        |
| 5.3.9.- Papel y función de los sindicatos en el ámbito laboral.....   | 359        |
| 5.3.10.- Síntesis socialización profesional.....                      | 368        |
| <br>  |            |
| <b>6.- DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.....</b>                  | <b>373</b> |
| 6.1.- Estructura social y construcción de la realidad enfermera ..... | 373        |
| <br>  |            |
| <b>7.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>  | <b>419</b> |
| <br>  |            |
| <b>8.- LEGISLACIÓN CONSULTADA.....</b>                                | <b>449</b> |
| <br>  |            |
| <b>9.- RELACIÓN DE TABLAS, GRÁFICAS, IMÁGENES Y FIGURAS .....</b>     | <b>457</b> |

## **1.- INTRODUCCIÓN**

Como enfermera de formación, he podido contemplar a este colectivo desde diferentes ópticas, debido a los diferentes roles que durante mi desarrollo profesional he ido adquiriendo (enfermera asistencial en un hospital, enfermera educadora de diabetes, docente, investigadora, representante del colegio corporativo, miembro de comité de empresa, Directora de cuidados de enfermería y últimamente como miembro del departamento de recursos humanos). Desde todas ellas, siempre he escuchado un discurso reiterativo proveniente de los profesionales, un discurso victimista y lastimero que en algunas ocasiones llegaba a atosigarme, un discurso que denotaba una falta de reconocimiento profesional y la existencia de una invisibilidad profesional que se extendía en las empresas, en el sistema sanitario y en la sociedad en general.

Esta perorata continua y persistente, me llevó a recapacitar sobre las causas por las que una profesión, como es la enfermería, con siglos de existencia, había llegado a esta situación. No era capaz de entender cómo era posible que una disciplina que había experimentado una evolución curricular tan importante, permaneciera estancada en un ideario del siglo pasado, sin posibilidad aparente de un desarrollo acorde con su formación.

Si echo la mirada atrás en el tiempo, puedo imaginarme a aquella enfermera de principios de siglo XX, callada, servicial, cariñosa con el paciente, discreta, silenciosa, obedeciendo las tareas ordenadas por el médico y ofreciendo su mejor sonrisa, sin rechistar, sin cuestionarse los motivos de sus acciones porque tampoco tenía la formación suficiente, etc. Y la miro ahora, un siglo después y la veo formada y preparada curricularmente pero sigue servicial, obediente, callada, sin derecho a réplica, etc.

Con estas imágenes en mi mente, sentí la necesidad de saber los motivos, necesitaba buscar las causas de ese silencio, de la invisibilidad de una profesión que está realizando una labor que es imprescindible en el sistema de salud y que nadie valora. Pensé que la mejor forma de analizar este tema sería observándolo desde fuera del entorno enfermero, es verdad que la profesión se lleva por dentro y no es fácil abstraerse de ella, pero además de enfermera, dispongo de una herramienta idónea que me ayudaría a estudiar la realidad enfermera, la antropología.

Con ayuda de los métodos y técnicas que aporta la antropología hemos realizado este estudio cuya intención es aportar un poco más de luz a los motivos de esta realidad y las circunstancias que llevan a su construcción.

El estudio está dividido en cinco apartados que son determinantes para la consecución de nuestros objetivos:

En primer lugar hemos delimitado el problema de investigación, estableciendo los objetivos, la metodología y las técnicas utilizadas en nuestro trabajo.

Posteriormente, en el siguiente apartado, hemos hecho un recorrido histórico de la profesión, no sólo hemos contemplado las leyes y normas que a lo largo del tiempo han configurado la enfermería actual, sino que nos hemos detenido en los contenidos de los diferentes planes de formación, pudiendo constatar las influencias de los acontecimientos históricos del país y sobretodo el impacto del género en la formación. Hemos discutido, como han hecho anteriormente otros autores, sobre los términos “profesión y ocupación” y su aplicación más idónea a enfermería y nos hemos detenido en los conceptos de culturas del trabajo, ya que son aspectos que van a impactar en el desarrollo de la profesión.

A continuación desarrollamos el marco teórico y las diferentes unidades de análisis. Aspectos, todos estos, que son esenciales para entender la profesión y los profesionales. Incluimos aquí el diálogo entre la universidad y las empresas intentando analizar la adecuación de unas instituciones a otras; el papel y funciones que enfermería desarrolla en las organizaciones sanitarias y si es el adecuado a la formación; la influencia del género en la profesión, su influencia en las relaciones interpersonales y la segregación existente en las mismas; veremos que dicen los diversos autores sobre el poder y empoderamiento en relación con enfermería; hablaremos sobre el proceso de construcción de la identidad enfermera; y por último hablaremos sobre la socialización de las enfermeras y la construcción del conocimiento.

El siguiente apartado está dedicado a los resultados del estudio. Hemos diferenciado las diferentes etapas de socialización por las que transcurren las personas que deciden estudiar enfermería, hasta que se transforman en profesionales expertos, y hemos conocido las diferentes percepciones que los informantes aportan sobre el impacto que algunas circunstancias tienen sobre su desarrollo profesional (relaciones interprofesionales, cambios formativos, adecuación de la formación a la práctica, condiciones laborales, función de los colegios profesionales y sindicatos, etc.).

Una vez hemos conocido las realidades y percepciones de los diferentes actores del entorno que envuelve a las enfermeras hemos descrito y construido la estructura social en la que están inmersas, hemos visto como se construye la realidad enfermera y hemos entendido las barreras y dificultades que enfermería tiene para su desarrollo profesional.

## 2.- OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DEL ESTUDIO

### 2.1.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

A finales de junio de 2012, llegó a mi correo electrónico un documento redactado por la Decana del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, cuyo contenido denunciaba la situación por la que el colectivo estaba atravesando. Entre los aspectos que evidenciaba en su discurso estaban la precariedad laboral que, según la Decana, impactaba en la calidad de los cuidados y que estaba ocasionando la fuga de profesionales al extranjero, la falta de espacios de diálogo en los que las enfermeras<sup>1</sup> pudiera aportar su experiencia, una falta de reconocimiento por parte de las instituciones que estaba mermando la autoestima del colectivo, etc. y reclamaba un replanteamiento del Sistema de Salud que garantizara unos cuidados basados en las necesidades de los usuarios donde la enfermería tuviera un papel más relevante.

Este correo corroboró en gran parte las percepciones que yo, como profesional de enfermería, hacía mucho tiempo que me inquietaban. De alguna manera, despertó mi interés y me estimuló a indagar en los motivos por los que se ha llegado a esta situación.

Como enfermera y antropóloga de formación, he podido observar y conocer, que a lo largo de la historia de la profesión enfermera, se han producido muchos cambios, en el desarrollo curricular de la disciplina. En un período de 50 años, enfermería ha pasado de unos estudios de Auxiliar Técnico Sanitario (ATS) (1953), a la incorporación de los estudios a la Universidad con el título de Diplomados (1977) y posteriormente a la ampliación de los estudios de enfermería a nivel de grado y doctorado (2005). Podemos deducir que todas estas modificaciones han dotado a los profesionales de nuevos conocimientos y capacidades para incrementar sus competencias.

Pero estos cambios, no sólo se han producido a nivel curricular, sino que a nivel legislativo e institucional también ha habido cambios importantes que han repercutido en la consolidación de la profesión enfermera, como la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) en 2003, la Ley de Especialidades en 2005, la instauración de la carrera profesional en las organizaciones en 2005, la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en 2006, etc.

Sin embargo, a pesar de todos los cambios que se han producido, el colectivo enfermero sigue lamentándose de una invisibilidad en el Sistema de Salud, muchas veces consentida por él mismo, (Bertran, 2005), de una falta de reconocimiento social (Ramió, 2005) y de una falta de espacios de diálogo donde poder escuchar la voz de las enfermeras y poder participar en la toma de decisiones. Enfermería se siente como un colectivo de segunda categoría, sin autonomía clara en la realización de

---

<sup>1</sup> De la misma manera que lo utiliza el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en este documento al hacer mención a "enfermera", debemos entender que se alude a los profesionales de ambos sexos.

sus funciones (Teixidor, 2002, Creus, 2002b, Cuixart, 2005, Hernández, 2010), planteándose desde hace años cuestiones sobre “cómo somos y cómo nos gustaría ser” (Rodríguez y Bosch, 2005).

Antes de profundizar en estos temas, debemos explicar la evolución que el objeto de estudio ha tenido en nuestra investigación como consecuencia, no sólo de mi experiencia profesional, que me ha permitido la observación de la realidad que rodea al colectivo enfermero, sino sobre todo, de la revisión bibliográfica realizada que ha sido determinante para la reconducción de dicho objeto.

Durante mi trayectoria profesional como enfermera de más de 30 años, he tenido la oportunidad de desempeñar diversos roles profesionales. Mi primera etapa, que duró unos 20 años, transcurrió en el área asistencial. En ella pude adquirir experiencia en la atención directa al paciente trabajando en plantas de hospitalización y en una consulta de enfermería. Esta labor pude compaginarla con el rol docente, como profesora de Dietética y Nutrición, en la Escuela de Enfermería de Tarragona de la Universidad Rovira i Virgili (URV), con la labor de tutora de alumnos en prácticas y con los estudios de Antropología. Posteriormente me decanté por la acción sindical, incorporándome al comité de empresa de mi centro como presidenta del mismo, como responsable del grupo de enfermería de la UGT de Catalunya y como miembro del Consell d’Infermeria de Catalunya, labor que duró unos 3 años. A continuación, me propusieron la Dirección de Enfermería del Hospital Comarcal de Mora d’Ebre y desempeñé este trabajo a la vez que desempeñaba el papel de secretaria del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Tarragona y miembro del Consell de Col·legis d’Infermeria de Catalunya. En la actualidad estoy realizando trabajos de gestión en el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos de GINSA (Gestió Integral Sanitaria i Asistencial). Todo este bagaje profesional me ha permitido tener una perspectiva global y creo que bastante completa de la profesión.

Desde esta atalaya que proporciona la experiencia, he podido ver como los profesionales de enfermería permanecemos imbuidos en ese papel secundario y subalterno dentro del sistema de salud, sin un reconocimiento a nuestra labor, con una invisibilidad palpable en todos los ámbitos y sin espacios donde poder aportar nuestra experiencia. Con esta visión de la realidad enfermera me realizaba muchas preguntas:

- ¿Qué está pasando con enfermería?
- ¿Por qué otras profesiones sanitarias están adquiriendo cada vez más valor en el sistema y nuestro colectivo sigue anclado en un papel secundario?
- ¿Por qué nadie nos pide nuestra opinión a la hora de tomar decisiones?
- ¿Por qué, a pesar de todos los cambios que se han producido a nivel académico y legislativo, seguimos laboralmente asumiendo un rol secundario?
- ¿Por qué las empresas no gestionan ese talento enfermero de forma eficaz y lo que hacen es obviarlo de forma silenciosa y callada?

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- En los momentos actuales de crisis ¿por qué es más fácil que las empresas prescindan de profesionales de enfermería?
- ¿Tan poco valor tiene nuestra profesión?
- ¿Tan poca cosa aportamos al sistema?

Y por otro lado, me inquietaba la actitud del colectivo y me planteaba:

- ¿Por qué no dice nada el colectivo y se mantiene inerte aceptando la realidad con cierta abnegación?
- ¿Por qué nadie hace nada al respecto, ni órganos colegiados, ni instituciones educativas,...?

Todo ello me llevó a una pregunta que para mí en ese momento era decisiva y constituía el eje esencial de mi futura investigación:

- ¿Qué necesitan los diferentes actores del sistema y el propio sistema de salud de la enfermería?

Y muchas hipótesis rondaban por mi cabeza:

- Tal vez estamos formando a las enfermeras por encima de lo que se demanda en el sistema.
- Tal vez el sistema se conformaría con simples profesionales surgidos de Formación Profesional.
- Tal vez otros colectivos profesionales ven en la enfermería una amenaza al mantenimiento de su estatus y poder.

Después de muchas horas invertidas en lecturas de artículos, diversas tesis y demás documentación relativa a la construcción de la identidad, estereotipos e imagen social de la profesión, influencia del género en su desarrollo, proceso histórico, culturas y antropología de empresa, aspectos de sociología de las profesiones, procesos de profesionalización, etc. que analizaban diversos aspectos de la enfermería y de las profesiones; después de leer a Freire (1970) con su *Pedagogía del oprimido* o a sociólogos como Berger y Luckman (2003) con *La construcción social de la realidad* o a Bourdieu y Passeron (2001) con su análisis sobre la *Violencia simbólica*,... después de todas esas lecturas y de hacer entrevistas a profesionales, personas referentes de la profesión, profesionales de otros colectivos relacionados con la sanidad y usuarios, y de realizar las observaciones pertinentes, hemos llegado a la conclusión de que la respuesta a todas esas preguntas que nos hacíamos inicialmente, está en que esa realidad, de la que ahora se siente cautivo en cierto modo el colectivo, no es más que una construcción social creada por los diferentes actores del sistema (entre ellos el propio colectivo) y por el mismo sistema de salud.

Y esta conclusión, nos llevaba a otra cuestión clave para entender la situación del colectivo:

- ¿Cómo se ha construido esa realidad?
- ¿Qué procesos han sido necesarios para el establecimiento de dicha realidad?
- ¿Cómo percibe el colectivo esta realidad?
- ¿Quiénes son los responsables que están contribuyendo a dicha construcción: profesionales, instituciones, empresas,...?

Después de exponer las reflexiones experimentadas durante meses de lectura, lo que nos proponemos analizar en nuestra investigación, es profundizar en los procesos por los que el colectivo ha llegado a esta situación. Queremos indagar en cómo el colectivo enfermero construye esta realidad que percibe como perniciosa y que algunas informantes desvelan con un “tenemos lo que nos merecemos”. Nuestra hipótesis, surge de la creencia de que en el proceso de socialización profesional de las enfermeras, convergen una serie de factores que dificultan el desarrollo de la profesión y lo anclan en un rol secundario dentro del sistema de salud. Luchas de poder, limitaciones impuestas por las instituciones, estereotipos impertérritos, el factor de género que de alguna manera sigue dilapidando las expectativas,... son algunos de estos factores que iremos tratando a lo largo de la investigación.

## 2.2.- OBJETIVOS

### Objetivo general

Conocer el impacto que el proceso de socialización enfermera tiene sobre la construcción social de la profesión y describir las percepciones e imágenes de la profesión enfermera por parte de los principales actores sociales que intervienen en su configuración.

Hemos establecido los objetivos específicos siguiendo esta premisa y por tanto los hemos clasificado por las diferentes etapas que, según nosotros, recorre la socialización.

### Objetivos específicos

Etapas previas a los estudios

- Conocer los motivos de la elección de los estudios de enfermería.
- Identificar la percepción que los diferentes actores del sistema (enfermeras, médicos, usuarios,...) tiene sobre la imagen ideal y social de la profesión
- Conocer la influencia que ejerce en la elección, el que la enfermería sea una profesión feminizada.
- Determinar cuáles son las expectativas iniciales que las personas tienen para escoger la profesión.

Etapas académicas

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- Conocer los diferentes ámbitos (docente, legislativo, normativo) que han regulado hasta ahora la profesión
- Conocer el perfil de personalidad demandado por las universidades a los futuros profesionales de enfermería
- Conocer la percepción que los distintos profesionales tienen de la formación académica y si ésta se adapta a las necesidades de la práctica asistencial

### Socialización profesionalista

- Describir el procedimiento de acogida de los nuevos profesionales a la empresa
- Conocer la situación laboral de la enfermería y la repercusión que tiene en los profesionales
- Detectar si existe segregación de género en el ámbito laboral
- Conocer las percepciones que las enfermeras y enfermeros y otros actores del sistema tienen de la profesión
- Identificar la percepción que las enfermeras y enfermeros y los distintos actores tienen de la práctica enfermera
- Conocer el grado de satisfacción profesional que tienen los profesionales
- Determinar cómo se establecen las interrelaciones profesionales, el trabajo en equipo y el papel que el género desempeña en ellas
- Conocer qué expectativas tienen las organizaciones sanitarias en relación a los profesionales de enfermería y viceversa
- Conocer el papel de los líderes de enfermería de las empresas
- Saber cuál es la función de los Colegios Profesionales y la percepción que las enfermeras tienen de la institución
- Conocer la percepción que los sindicatos tienen del ámbito laboral de la enfermería

### 2.3.- APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

Para nuestra investigación, hemos optado por escoger la metodología cualitativa, no siendo ésta una decisión arbitraria, sino la opción que mejor nos permite dar respuesta al propósito del estudio y de los objetivos a alcanzar en él.

La **metodología cualitativa** es fundamental para investigar sobre los comportamientos de las personas, sus emociones y sobre sus percepciones ante la realidad, pero también nos permite obtener información sobre los procesos de pensamiento y de sus sentimientos, algo complejo de conseguir con otro métodos. Como dice Arreciado (2013) citando a Strauss y Corbin, con la metodología cualitativa “se persigue la obtención de dichas experiencias, significados o emociones tal y como son sentidas y experimentadas por los propios participantes” (2013:56). Además, hemos escogido esta metodología porque “es un proceso dinámico y creativo que se alimenta, fundamentalmente, de la experiencia directa de los investigadores en los escenarios estudiados” (Amezcu y Gálvez, 2002:431).



Dado que nuestra investigación trata de comprender e interpretar la realidad que rodea a los profesionales de enfermería y descubrir la forma mediante la cual los individuos crean dicha realidad, nos parece adecuada la adopción de una metodología cualitativa, desde una **perspectiva constructivista**, asumiendo que la realidad es un constructo social como establecen Berger y Luckman (2003), es decir, el colectivo enfermero construye y reconstruye su realidad mediante las interrelaciones sociales que se producen en diferentes contextos (Ruíz Olabuénaga 2003).

En nuestro estudio buscamos la comprensión e interpretación de la realidad del colectivo enfermero, examinando dicha realidad tal como ellos la experimentan a partir de la interpretación de sus propios significados, sentimientos, creencias y valores (Rodríguez, 2011).

Por otro lado, tomaremos como referencia el interaccionismo simbólico<sup>2</sup>. Este paradigma nos permite, mediante la comprensión subjetiva y las percepciones de los profesionales, realizar la interpretación que los profesionales de enfermería hacen del mundo social (Ruíz Olabuénaga, 2003).

### **La etnografía**

En nuestra investigación hemos decidido utilizar la etnografía como estrategia metodológica que nos permita acceder a la realidad del objeto de estudio, ya que su objetivo es la descripción de los significados que los profesionales utilizan para comprender el mundo, es decir, “trata de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, pretende proporcionar una imagen “fidel a la vida” de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa” (Amezcu y Gálvez 2002:426).

Con nuestra investigación queremos realizar una lectura fiel de la realidad de una cultura, con el “objetivo de identificar, describir, analizar e interpretar sus múltiples lenguajes tanto corporales como verbales, en medio de los cuales construyen su sentido de vida” (Rodríguez, 2011:22-23), queremos comprender los significados que los distintos actores del sistema de salud otorgan a sus vivencias, y pretendemos que los datos y los hallazgos obtenidos reflejen de forma nítida las experiencias de los sujetos (Gálvez, 2003a).

Para el estudio hemos realizado una estrategia de triangulación metodológica, es decir, hemos realizado una combinación de diferentes técnicas (Valles, 1999). Las técnicas de investigación social utilizadas para realizar este estudio han sido:

---

<sup>2</sup> Término acuñado por Blumer (1969)

- Observación participante en dos salas de hospitalización para observar el trabajo de atención directa a los pacientes y las relaciones que se establecen intra e interprofesionales, y una observación como acompañante de una enferma hospitalizada.
- La entrevista semiestructurada a profesionales de enfermería (asistenciales, gestoras, docentes), estudiantes de enfermería, pacientes, personas de interés relevante, médicos, y referentes de sindicatos y colegios profesionales.
- Análisis de contenido de documentación diversa

## **2.4.- TÉCNICAS UTILIZADAS**

Para llevar a cabo la consecución de nuestros objetivos, quisimos realizar el estudio centrado en el ámbito hospitalario y más concretamente en plantas asistenciales de atención directa al paciente. Para ello, debíamos escoger dos centros hospitalarios que tuvieran características demográficas similares pero diferentes en relación a la complejidad de la actividad que realizaban. Este aspecto lo consideramos necesario para poder acceder a una muestra más variada de informantes que nos aportaran percepciones diferentes.

Mi situación actual, como responsable del área de desarrollo de recursos humanos, me permite el contacto continuado con algunas de las direcciones de diferentes centros de salud de la provincia de Tarragona, por lo que me fue relativamente fácil el acceso a dichas instituciones.

Para nuestra investigación, hemos utilizado diferentes técnicas que nos han permitido la recogida de la información, el circuito establecido para dicho acceso, será explicitado de forma particular en cada una de ellas.

### **1.- Observación participante**

En toda investigación etnográfica la observación es fundamental. En ella, el investigador no sólo recoge la información de aquello que observa sino que también participa en lo que observa. Esta metodología, muy utilizada en antropología, permite al investigador vivir personalmente aquello que quiere investigar, obteniendo información de la propia experiencia. "L'objectiu principal de la persona que investiga és familiaritzar-se amb els significants culturals, els valors, els costums i l'estructura social del grup amb el qual conviu, tot intentat esbrinar la racionalitat específica dels seus actes" (Pujadas, Comas y Roca 2004:72).

Dado el objetivo de nuestro estudio, que es conocer cómo construyen la realidad social las enfermeras, nos ha parecido necesaria la utilización de esta técnica, ya que sólo podremos entender lo que realmente está sucediendo, desde el propio contexto donde las profesionales desarrollan su actividad.

Hemos tratado de acceder a la realidad de la cultura enfermera, donde los profesionales y estudiantes viven directamente su actividad, y donde explicitan sus conocimientos, sus creencias, sus valores y su identidad como enfermeras, con el objetivo de poder contrastar aquello que dicen las enfermeras en su discurso, con lo que realmente hacen durante la aplicación de los cuidados.

En nuestro trabajo de campo hemos utilizado la observación participante desde dos puntos de observación:

- *Observación desde el trabajo enfermero:* hemos querido analizar el trabajo de atención directa realizado por las enfermeras. Se trataba de constatar, durante la práctica diaria, cuáles eran las actividades que desarrollaban y observar las relaciones de poder que se establecían entre el colectivo de enfermeras, entre enfermeras y otros profesionales de la salud y entre enfermeras y usuarios.

Las observaciones se realizaron en plantas de hospitalización de los dos centros escogidos para la elaboración del estudio y en ambos casos tuvimos que realizar previamente una petición por escrito a la dirección de los centros, en el que se describían las características del estudio, el objetivo y técnicas que íbamos a utilizar, aspectos de confidencialidad de los datos obtenidos y un anexo con el consentimiento informado que firmarían los participantes en el estudio. En ambos casos obtuvimos por escrito el permiso favorable de las direcciones de los centros.

El proceso de acceso, en ambos centros, fue el siguiente:

- 1.- Reunión con las Direcciones de los centros exponiendo el interés en realizar el trabajo de campo.
- 2.- Petición por escrito a la Dirección.
- 3.- Aceptación por escrito de la Dirección.
- 4.- Determinación conjunta (Dirección/investigador) del día de presencia en el servicio.
- 5.- Información de la Dirección al responsable del servicio, sobre mi presencia en la unidad.
- 6.- Información de la responsable del servicio al personal de la planta.
- 7.- El día establecido, presentación del investigador a los profesionales.
- 8.- Observación

Cabe decir que, en general, en los dos centros he recibido una buena acogida, aunque al inicio de la observación pude apreciar cierta reticencia en algunos profesionales que se sentían algo violentados con mi presencia. Algunos de los que me conocían con anterioridad, me asociaban a mi puesto de trabajo como referente de recursos humanos y pensaban que estaba haciendo la investigación para la empresa, por lo que se sentían examinados y evaluados. Una vez aclarada la

situación y con el transcurso de las horas, las actividades realizadas cobraron normalidad y las conversaciones fueron distendidas y afables.

Como decíamos, se han realizado dos observaciones de 7 horas de duración cada una (lo que dura un turno completo de una enfermera) y hemos compartido con ellas, todas y cada una de las actividades que se realizaban en el servicio, como una enfermera más. Los servicios seleccionados fueron dos plantas de hospitalización donde se atendía a pacientes de medicina interna y cirugía.

Las observaciones se realizaron en octubre de 2013 (Centro 1) y en febrero de 2014 (Centro 2).

- *Observación desde el punto de vista del paciente y familia:* en este caso, aprovechando la oportunidad que me ofreció el ingreso hospitalario de un familiar directo, pudimos observar cómo perciben usuarios y familiares los cuidados dispensados por el colectivo. El ingreso duró 7 días, por lo que se pudo realizar observación en los diferentes turnos. Dada la duración de la estancia y la existencia de dos camas en la misma habitación, tuvimos la oportunidad de coincidir con tres pacientes diferentes, lo que nos permitió observar las percepciones, reacciones y necesidades, que estos tenían de los cuidados de enfermería.

La observación se realizó en agosto de 2014 en una planta de medicina. El sistema de acceso fue el impuesto por las circunstancias de un ingreso urgente.

En este caso, y después de los primeros momentos de preocupación por la salud del familiar, mi papel como una usuaria más, se centró en observar el tipo de rol que desempeñaban los profesionales de enfermería y otros colectivos, y las reacciones que presentaban pacientes y familiares ante ellas.

Desde el principio, pensé que ésta situación, nada premeditada como es de suponer, podía servirme para observar de forma directa ese otro lado de la realidad de la profesión. Me preocupaba que mi mirada enfermera pudiera sesgar algunos datos de la observación, pero reconozco que cuando tienes a un ser querido ingresado, el ser enfermera, no sirve de nada, porque la sensación de vulnerabilidad, de inseguridad y de preocupación no deja cabida a la profesionalidad, más bien al contrario, si tal y como se dice, los sanitarios somos los peores enfermos, puedo asegurar que los sanitarios somos los acompañantes más exigentes que existen.

He de decir que inicialmente quise pasar desapercibida y obvié mi profesión a los profesionales y demás personas que transitaban por la habitación, no quería que las actividades y comentarios que se realizaban se vieran mediados o interferidos por esta circunstancia, sin embargo, con el paso de los días, y debido a ciertos incidentes relacionados con los profesionales y de los cuales dejo

constancia en la observación, fue mi familiar el que declaró que yo era enfermera, lo que conllevó un cambio en las actitudes de algunos profesionales del turno de noche.

### *Recogida de la información*

En ambos casos hemos realizado un diario de campo describiendo de forma cronológica los acontecimientos que íbamos observando, las actitudes de los profesionales y pacientes y las reacciones que se producían por parte de unos y otros. Las notas que conformarían posteriormente el diario, fueron tomadas durante y después de cada observación, intentando que el tiempo transcurrido entre ellas fuera el menor posible para impedir el olvido de información esencial.

Las notas incluyeron toda aquella información que pudiera ser relevante para la investigación, descripción del espacio observado y de los profesionales, las conversaciones y las interrelaciones que se establecían,... todo ello, teniendo muy presente el lenguaje no verbal, así como otros aspectos que fueran relevantes: silencios, miradas, complicidades,...

## **2.- Entrevista en profundidad**

La elección de la entrevista como método de recolección de datos en nuestra investigación, se debe a sus características, ya que es una técnica que permite recopilar la información y donde el informante expresa o comparte con el investigador de forma oral sus opiniones, creencias, sentimientos, puntos de vista y actitudes, respecto a un tema, es decir, “es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio con un determinado propósito. Es una relación que tiene por objeto obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el problema propuesto. Está orientada a recolectar datos que tienen que ver con las percepciones, las actitudes, las opiniones, las experiencias ya vividas, los conocimientos, así como también a los proyectos de futuro” (Rodríguez 2011:36) y además, “se muestra como referente idóneo para estudiar las instituciones sociales y políticas, las organizaciones, relaciones de grupo, estructuras, procesos, rutinas y muchos otros fenómenos en sus manifestaciones más concretas” (Amezcuza y Gálvez, 2002:428)

En nuestra investigación era necesario establecer un proceso de comunicación directa entre el nosotros y los informantes, ya que nuestro objetivo era llegar a comprender desde una óptica natural sus perspectivas (Garrido, 2010). En la entrevista el informante tiene más posibilidades de expresión, lo cual nos permite comprender más sus puntos de vista, actitudes, sentimientos, ideas, etc. Las preguntas que se hicieron fueron abiertas, simplemente se partió de una guía de preguntas con los temas o elementos claves que queríamos investigar. Por tanto, las entrevistas nos han permitido “aprofundir en la comprensió dels motius, les actituds, les percepcions i les valoracions de la gent” Pujadas, Comas y Roca

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

(2004:88), es decir, aumentar nuestro conocimiento del grupo o de las personas que hemos entrevistado.

El contexto de realización de las entrevistas fue abierto y en un ambiente de cordialidad, para ello establecimos una relación de empatía con los informantes. Durante el desarrollo de la entrevista, no sólo tuvimos en cuenta el discurso del entrevistado, sino que valoramos otros aspectos de gran relevancia, como el lenguaje no verbal, el tono de voz, los movimientos corporales,... esto nos permitió aclarar los términos, descubrir las ambigüedades, definir problemas, indagar los presupuestos y las intenciones,...con el objetivo de obtener unos datos y resultados valiosos.

Para llevar un registro de lo observado, se hizo necesaria la utilización de un Diario de campo. El diario de campo ha de tratarse de una descripción densa como propone Geertz (2003), es decir, aquella descripción que da cuenta de los detalles y sobre todo de las intenciones significativamente implicadas en la conducta observada.

El diario de campo que hemos realizado es una narración minuciosa y periódica de las experiencias vividas y los hechos observados, y se elaboró sobre la base de las notas realizadas en la libreta de campo o cuaderno de notas.

En nuestro estudio se han realizado 39 entrevistas a diferentes profesionales, con el objetivo de tener una perspectiva amplia y diferentes miradas en relación a enfermería, estos profesionales se enmarcan en los siguientes grupos:

- 11 entrevistas a enfermeras asistenciales de atención directa.
- 9 entrevistas a enfermeras dedicadas a la gestión (supervisoras que trabajaran en ambos centros, directoras de enfermería de dichos centros y enfermeras que hubieran estudiado ATS y tuvieran un largo recorrido profesional).
- 3 entrevistas a enfermeras docentes de la facultad de enfermería de la Universidad Rovira y Virgili de Tarragona.
- 2 entrevistas a representantes del Colegio de Enfermería de Tarragona
- 6 entrevistas a estudiantes de enfermería
- 5 entrevistas a médicos asistenciales
- 2 entrevistas a representantes de sindicatos
- 1 entrevistas a una persona con relevancia institucional que ha tenido incidencia y capacidad de decisión en políticas de salud

Las entrevistas se realizaron en diferentes lugares, pero siempre respetando la confidencialidad y la privacidad. Escogimos espacios tranquilos, sin presencia de otras personas que pudieran distraer o

limitar los discursos. La duración de las entrevistas tenía, como término medio, una duración de 65 minutos. Dichas entrevistas se llevaron a cabo entre marzo y septiembre de 2014.

Todos los entrevistados firmaron un consentimiento informado donde se les explicaba el objetivo del estudio y todas las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento del informante, para su posterior transcripción.

Inmediatamente finalizada la entrevista se procedía a la cumplimentación de una ficha en la cual constaban los datos personales y profesionales de la persona, la fecha, hora, duración y lugar de la entrevista, un resumen, la valoración de la entrevista y unas observaciones, como aspectos de la comunicación no verbal, los silencios, las dificultades a la hora de hablar de alguno de los aspectos tratados, las emociones que se habían percibido en la persona entrevistada y el clima generado durante la entrevista.

El guión utilizado para la realización de las entrevistas fue el mismo en todos los casos, ya que nos interesaba saber cómo, desde diferentes ámbitos, se percibían los mismos puntos de interés, evidentemente, dependiendo del contexto en que se movía el informante, se hacía hincapié en unos puntos u otros.

#### Entrevistas a enfermeras asistenciales de atención directa

Enfermeras/os: los informantes se han seleccionado mediante muestreo intencional o de conveniencia, es decir, los hemos escogido siguiendo criterios de conveniencia en base a los objetivos de la investigación. Hemos utilizado la estrategia de "bola de nieve". A partir de un informador clave, este identifica a otro a quien entrevistar y así sucesivamente, intentando conseguir una muestra heterogénea en relación a las variables de edad, sexo y experiencia.

El número de enfermeras fue determinado por la saturación de la información, es decir, cuando la información recogida no añadió nada relevante a lo conocido (Valles, 2002).

A medida que se iban realizando las entrevistas, se plasmaban en la siguiente tabla donde podemos ver las diferentes variables que hemos tenido en cuenta.

**Tabla 1. VARIABLES ENFERMERAS ASISTENCIALES**

| Código | Edad | Sexo   | Estudios   | Categoría prof.  | Experiencia | Situación laboral |
|--------|------|--------|------------|------------------|-------------|-------------------|
| DUI1   | 52   | Mujer  | Diplomada  | Enf. Asistencial | 25 años     | Estable           |
| DUI2   | 22   | Mujer  | Grado enf. | Enf. Asistencial | 2 meses     | Corretornos       |
| DUI3   | 29   | Mujer  | Diplomada  | Enf. Asistencial | 3 años      | Corretornos       |
| DUI4   | 27   | Mujer  | Grado enf. | Enf. Asistencial | 3 meses     | Corretornos       |
| DUI5   | 43   | Mujer  | Diplomada  | Enf. Asistencial | 22 años     | Estable           |
| DUI6   | 32   | Hombre | Diplomada  | Enf. Asistencial | 9 años      | Corretornos       |
| DUI7   | 47   | Mujer  | Diplomada  | Enf. Asistencial | 22 años     | Estable           |
| DUI8   | 48   | Hombre | Diplomada  | Enf. Asistencial | 18 años     | Estable           |
| DUI9   | 39   | Hombre | Diplomada  | Enf. Asistencial | 10 años     | Estable           |
| DUI10  | 36   | Mujer  | Diplomada  | Enf. Asistencial | 11 años     | Estable           |
| DUI11  | 28   | Hombre | Diplomada  | Enf. Asistencial | 7 años      | Corretornos       |

### Enfermeras dedicadas a la gestión

En este caso la selección de la muestra se realizó mediante muestreo intencional, con la finalidad de seleccionar aquellos profesionales que pudieran aportar información relevante para nuestro estudio.

- Directoras de enfermería: hemos entrevistado a las dos directoras de enfermería de los centros que han participado en el estudio porque nos interesaba conocer diferentes aspectos de ese puesto de trabajo (percepción que tienen del colectivo al que dirigen, barreras para la dirección,...).
- Supervisoras: se han entrevistado a supervisoras de hospitalización y de otras áreas de los hospitales, escogidas por pertenecer a servicios donde se habían realizado las observaciones, con el objetivo de analizar su papel intermediario entre la dirección y los profesionales.
- Responsables de determinadas áreas: hemos entrevistado a profesionales que en la actualidad desempeñan cargos de responsabilidad dentro de la enfermería y que por su experiencia y reconocido prestigio, nos podrían aportar información relevante. Algunas de ellas las hemos incorporado en el estudio por haber iniciado su carrera profesional como ATS, de esta forma nos podrían informar de los cambios producidos en la disciplina a los largo del tiempo y de forma global.

En la siguiente tabla se describe la distribución de las diferentes variables.



**Tabla 2. VARIABLES ENFERMERAS GESTORAS**

| Código    | Edad | Sexo   | Estudios | Categoría prof.                 | Experiencia | Situación laboral |
|-----------|------|--------|----------|---------------------------------|-------------|-------------------|
| <b>G1</b> | 53   | Mujer  | ATS-DUI  | Responsable calidad asistencial | 34 años     | Estable           |
| <b>G2</b> | 49   | Mujer  | DUI      | Directora de enfermería         | 22 años     | Estable           |
| <b>G3</b> | 47   | Mujer  | DUI      | Responsable de formación        | 30 años     | Estable           |
| <b>G4</b> | 53   | Mujer  | DUI      | Supervisora                     | 32 años     | Estable           |
| <b>G5</b> | 43   | Mujer  | DUI      | Supervisora                     | 23 años     | Estable           |
| <b>G6</b> | 56   | Mujer  | ATS-DUI  | Directora de enfermería         | 39 años     | Estable           |
| <b>G7</b> | 47   | hombre | DUI      | Supervisor                      | 27 años     | Estable           |
| <b>G8</b> | 52   | hombre | DUI      | Supervisor                      | 29 años     | Estable           |
| <b>G9</b> | 59   | Mujer  | ATS-DUI  | Exdirectora de enf.             | 39 años     | Estable           |

### Enfermeras docentes

En este caso, la selección se realizó en base a la experiencia dentro del ámbito de la docencia. Establecimos contacto con la Dirección del Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili y en base a los objetivos de la investigación, nos propuso una serie de informantes a los que se les planteó la participación. De estos, escogimos las tres que nos interesaban más por su experiencia y trayectoria. Las tres han comenzado siendo ATS y han podido observar el proceso evolutivo de la disciplina.

En la siguiente tabla se describe la distribución de las diferentes variables.

**Tabla 3. VARIABLES ENFERMERAS DOCENTES**

| Código    | Edad | Sexo  | Estudios     | Experiencia (años) |
|-----------|------|-------|--------------|--------------------|
| <b>D1</b> | 63   | mujer | ATS-DUI      | 43                 |
| <b>D2</b> | 58   | mujer | ATS-DUI-Dra. | 39                 |
| <b>D3</b> | 58   | mujer | ATS-DUI      | 38                 |

### Representantes del Colegio oficial de Enfermería de Tarragona

La muestra se seleccionó por muestreo intencional. La Presidenta como máxima representante de la institución y la Tesorera como persona de la junta con más tiempo de experiencia en la institución. El objetivo general era conocer la función real del colegio, la percepción que tienen los dirigentes del colectivo y las barreras que a nivel político tiene la profesión.

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

**Tabla 4. VARIABLES REPRESENTANTES COLEGIO**

| Código           | Edad | Sexo  | Estudios | Cargo      | Experiencia (años) |
|------------------|------|-------|----------|------------|--------------------|
| <b>Colegio 1</b> | 58   | mujer | ATS-DUI  | Tesorera   | 38                 |
| <b>colegio 2</b> | 63   | mujer | ATS-DUI  | Presidenta | 43                 |

Estudiantes de enfermería

La muestra se seleccionó al azar a medida que los alumnos se iniciaban en las prácticas de los centros. Quisimos seleccionar alumnos de los cursos iniciales y final de grado, con el objetivo de poder comparar percepciones y expectativas en diferentes momentos de la formación.

**Tabla 5. VARIABLES ESTUDIANTES**

| Código    | Edad | Sexo   | Estudios |
|-----------|------|--------|----------|
| <b>E1</b> | 32   | Mujer  | 4º grado |
| <b>E2</b> | 23   | Mujer  | 4º grado |
| <b>E3</b> | 30   | Mujer  | 2º grado |
| <b>E4</b> | 19   | Mujer  | 1º grado |
| <b>E5</b> | 20   | Hombre | 1º grado |
| <b>E6</b> | 23   | Hombre | 4º grado |

Médicos asistenciales de atención directa

Los informantes se han seleccionado mediante muestreo intencional o de conveniencia, es decir, los hemos escogido siguiendo criterios de conveniencia en base a los objetivos de la investigación y utilizando la estrategia de "bola de nieve". El número de médicos fue determinado por la saturación de la información.

El objetivo era conocer la percepción que tienen de las enfermeras y de la enfermería, así como saber las demandas que tienen de ese colectivo.

**Tabla 6. VARIABLES MÉDICOS**

| Código        | Edad | Sexo   | Estudios | Categoría prof.  | Experiencia | Situación laboral |
|---------------|------|--------|----------|------------------|-------------|-------------------|
| <b>Dra. 1</b> | 51   | mujer  | medicina | Adjunto          | 24          | fija              |
| <b>Dr. 2</b>  | 55   | hombre | medicina | Adjunto          | 29          | fijo              |
| <b>Dr. 3</b>  | 48   | hombre | medicina | Jefe de servicio | 22          | fijo              |
| <b>Dra. 4</b> | 46   | mujer  | medicina | Adjunto          | 20          | fija              |
| <b>Dra. 5</b> | 38   | mujer  | medicina | Adjunto          | 12          | fija              |

Representantes de sindicatos

La muestra se escogió mediante muestreo intencional. Seleccionamos un miembro de un sindicato corporativo (SATSE) y otro de un sindicato de clase (UGT) por ser conocedores de la situación laboral y por su relación con los centros donde se ha realizado la investigación.

El objetivo era conocer la percepción que desde los sindicatos se tiene de la enfermería y el valor que las empresas dan a este colectivo a la hora de negociar los convenios.

**Tabla 7. VARIABLES REPRESENTANTES SINDICALES**

| Código | Edad | Sexo   | Estudios                 | Categoría prof.   | Experiencia | Relación con Sagessa                                      |
|--------|------|--------|--------------------------|---|-------------|---|
| S1     | 58   | hombre | Licenciado en económicas | Responsable de negociación colectiva sector salud UGT Catalunya | 15 años     | Negocia los convenios de los diferentes centros del grupo |
| S2     | 57   | mujer  | DUI                      | Miembro comité empresa y enfermera asistencial                  | 34 años     | Miembro comité empresa HUSJR                              |

### Representante en Políticas de salud

El informante fue seleccionado por muestreo intencional por su experiencia profesional dentro del campo de las políticas de salud de Cataluña.

El objetivo era conocer la percepción que desde altas instituciones se tiene de la profesión.

**Tabla 8. VARIABLES REPRESENTANTE POLÍTICO**

| Código | Edad | Sexo   | Categoría prof.   | Experiencia |
|--------|------|--------|---|-------------|
| P1     | 56   | hombre | Ex Director del Cat Salut, exparlamentari Parlament de Catalunya por el PSC | 26 años     |

### 3.- Entrevista a usuarios

Otro de los puntos clave en nuestra investigación era conocer las percepciones de los usuarios, por lo que inicialmente nos propusimos realizar una encuesta cuyo objetivo era saber el grado de conocimiento que estos tenían sobre la enfermera. El cuestionario constaba de 30 afirmaciones en las que se describían estereotipos clásicos de la profesión y a los que debían responder según el grado de acuerdo/desacuerdo que tuvieran sobre cada frase, y 5 preguntas abiertas en las que se les pedía que describieran tres funciones propias del colectivo enfermero (enfermeros y enfermeras por separado), de los médicos y las auxiliares, y por último debían anotar las necesidades que los usuarios tenían del colectivo enfermero.

Se repartieron 30 cuestionarios a los usuarios ingresados en el Centro 2. Se les informaba del estudio que estábamos haciendo y se les proporcionó el cuestionario, indicándoles que se pasarían a recoger

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

horas más tarde. De los 30 cuestionarios, se obtuvieron 4 respuestas y de forma incompleta. Por lo tanto se desestimó esta metodología de trabajo.

Posteriormente, se diseñó un cuestionario cerrado de cinco preguntas, con posibles respuestas (ciertas y falsas) sobre las funciones de la enfermera. Se repartieron 20 cuestionarios y respondieron 2 personas.

Estaba claro que si queríamos conocer lo que pensaban y cómo percibían los usuarios a los profesionales de enfermería debíamos hacer entrevistas personales.

Desestimamos las entrevistas en profundidad, ya que se necesitaba invertir tiempo para su realización y éste podía ocasionar distorsiones durante el trabajo de los profesionales y el agotamiento de los usuarios.

Finalmente, después de especular sobre la metodología a aplicar, optamos por una entrevista estructurada, donde después de solicitar la edad y el sexo de la persona entrevistada se le realizaban 7 preguntas, cinco de las cuales de respuesta abierta.

- Edad
- Sexo
- ¿Conoce el nombre de la enfermera que le atiende?
- ¿Conoce el nombre del médico que le atiende?
- Dígame 3 funciones del médico
- Dígame 3 funciones de la enfermera
- ¿Cómo debe ser el médico ideal?
- ¿Cómo debe ser la enfermera ideal?
- ¿Para qué suele llamar a la enfermera?

### *Acceso a los informantes*

En primer lugar, y teniendo previamente la conformidad de la dirección del centro, contactamos con la responsable del servicio para explicarles la intencionalidad de nuestro estudio y la necesidad de hacer unas breves preguntas a los pacientes.

Una vez informada, le pedíamos el número de la habitación de aquellos pacientes que se encontraran en condiciones óptimas, físicas y mentales, de poder responder las preguntas.

Con el listado de habitaciones, nos dirigíamos a los usuarios, y tras explicarles nuestra investigación y la privacidad de su identidad y de sus respuestas, le pedíamos la conformidad para realizarle unas preguntas.

La entrevista se realizó a los 30 primeros usuarios ingresados (de los dos centros hospitalarios) que accedieron a contestar el cuestionario, de los cuales 15 eran mujeres y 15 hombres, con una media de edad de 51 años.

### **3.- Material documental**

Otro de los instrumentos utilizados para la recogida de información en nuestro estudio, es la utilización de documentos (Valles, 1999; Pujadas, Comas i Roca, 2004). Estos nos han ayudado a entender de forma más amplia el contexto en el que se mueve el colectivo enfermero e indagar en cómo las diferentes políticas impactan en el desarrollo de la profesión.

Para nuestro estudio hemos utilizado diversas fuentes documentales, escogidas en base a las necesidades que iban surgiendo durante la investigación.

- Manuales y documentos sobre la formación enfermera a lo largo de la historia, que ayudaran a tener una perspectiva evolutiva del contenido formativo de la disciplina.
- Literatura divulgativa sobre enfermeras
- Noticias de prensa
- Análisis de datos del INE Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados
- Sugerencias, quejas y agradecimientos aportados por los usuarios
- Memoria de los centros hospitalarios
- Documentación de RRHH de dichos centros (descripción de puestos de trabajo, evaluación de competencias, datos de plantilla estructural, manual de acogida a los nuevos profesionales,...)

### **2.5.- ÁMBITO DE ESTUDIO**

El trabajo de campo se ha realizado en dos hospitales de la provincia de Tarragona que son centros sanitarios de referencia de dos ciudades de la demarcación. Hemos preferido omitir el nombre de los centros para preservar la identidad de algunos profesionales.

La elección de estos dos centros se debe a varias circunstancias:

1.- Necesitábamos dos centros diferentes en tipología de complejidad asistencial y al mismo tiempo con similitudes en las características demográficas de las plantillas.

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

2.- Debían ser centros de fácil acceso, en este caso, la actividad laboral que realizo en la actualidad me permite el acceso a dichas instituciones, ya que de forma habitual tengo contacto con dichos centros y con sus directivos.

*Centro 1.*

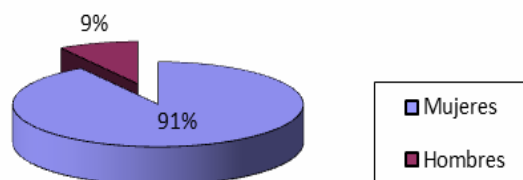
El centro 1 está ubicado en una ciudad de 104.962 habitantes (datos censales de 2014), es un hospital de referencia de Nivel 2, destinado a resolver prácticamente todos los problemas de salud, excepto aquellos que requieren recursos tecnológicos de alto nivel. Es un centro con 352 camas, con una plantilla de 1.302 profesionales, de los cuales un 76,6% son mujeres, el 83,4% tiene una edad superior a los 30 años y el 52,1% tiene una antigüedad superior a los 10 años en la empresa. La distribución de plantilla por categorías profesionales, la podemos observar en la tabla (9)

**Tabla 9. DISTRIBUCIÓN DE PLANTILLA CENTRO 1 (2015)**

| Denominación categoría                             | % Total |
|--|---------|
| Dirección y responsables                           | 5,3     |
| Profesionales de grado superior (Licenciados)      | 23,8    |
| Profesionales de grado medio (Diplomados, grados)  | 32,5    |
| Personal Ciclo Formativo de Grado Medio y Superior | 33,9    |
| Otros  | 4,4     |

Según datos de la plantilla de Febrero de 2015, en el Centro 1 trabajan 389 profesionales de enfermería, cuya distribución por género la podemos apreciar en la gráfica 1.

**Gráfica (1) Distribución por género. Centro 1**



## Centro 2

El Centro 2 está ubicado en una ciudad con 21.197 habitantes (datos censales de 2014) y está considerado, por el Departament de Salut de la Generalitat, como un Hospital general básico de Nivel 1, es decir, un centro que da respuesta a los requerimientos habituales de la población y con la tecnología necesaria para atender las patologías que no requieren un grado de especialización importante.

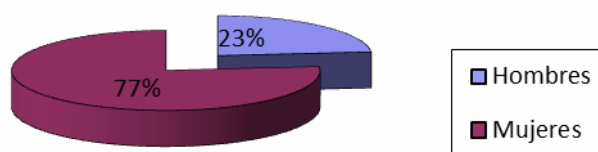
Es un centro con 88 camas, con una plantilla de 251 profesionales, de los cuales un 76,2% son mujeres, el 88% tiene una edad de más de 30 años y el 39,56% tiene más de 10 años de antigüedad en la empresa. La distribución de la plantilla por categorías profesionales, la podemos observar en la tabla (10)

Tabla 10. DISTRIBUCIÓN DE PLANTILLA CENTRO 2 (2015)

| Denominación categoría                             | % Total |
|--|---------|
| Dirección y responsables                           | 5,8     |
| Profesionales de grado superior (Licenciados)      | 19      |
| Profesionales de grado medio (Diplomados, grados)  | 34,4    |
| Personal Ciclo Formativo de Grado Medio y Superior | 39      |
| Otros  | 2       |

Según datos de la plantilla de Febrero de 2015, en el Centro 2 trabajan 69 profesionales de enfermería, cuya distribución por género la podemos apreciar en el gráfico (2)

Gráfica (2) Distribución por género. Centro 2



## 2.6.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación analiza los procesos de socialización de la profesión enfermera. Dado las características de tema, y para facilitar una información veraz, se cumplen con una serie de requisitos o consideraciones éticas.

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- Se ha obtenido el consentimiento de las direcciones de los centros para la realización del estudio.
- Se ha obtenido el permiso de la empresa para la utilización de información interna.
- La participación en las entrevistas de los profesionales y usuarios informantes ha sido libre y voluntaria.
- Los informantes desconocían previamente el guión de la entrevista.
- Los informantes han firmado un consentimiento informado previo a la entrevista (explicando los propósitos y el procedimiento de la investigación).
- A las personas entrevistadas se les pide el consentimiento para la grabación de las mismas.
- Se preserva el anonimato de los informantes, sólo la investigadora conoce sus identidades.
- El nombre de las personas entrevistadas no aparece en ningún apartado de esta investigación.
- En el caso de las observaciones, se ha comentado con los diferentes profesionales implicados.
- Se ha realizado una selección equitativa de los informantes, siguiendo unos criterios específicos para la selección de aquellos participantes que mejor pudieran dar respuestas a las preguntas de investigación y que pudieran garantizar mejor la cantidad y la calidad de la información.

### 2.7.- ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS

El procesamiento de datos obtenidos en el trabajo de campo se ha llevado a cabo de la siguiente manera:

- La información obtenida durante la observación participante se ha registrado en un diario de campo y se ha sintetizado.
- La información obtenida durante las entrevistas se ha registrado mediante grabación y posteriormente se ha procedido a la transcripción, categorización y codificación del contenido.
- Las fichas de las entrevistas se han sintetizado y codificado.
- La literatura de divulgación sobre enfermería se ha sintetizado y codificado.

El proceso de categorización y codificación de los datos se ha realizado manualmente. El análisis de los datos ha supuesto la realización de un estudio del conjunto de elementos informativos para delimitar partes y descubrir las relaciones entre las mismas y en su totalidad.

Los datos categorizados se han ordenado a partir de los diferentes sectores de participación: enfermeras asistenciales, estudiantes de enfermería, enfermeras dedicadas a la gestión, enfermeras docentes, representantes del colegio de enfermería, médicos, representantes de sindicatos y político.

El análisis de los datos derivados de la observación participante, las entrevistas y de las fuentes documentales, seguirán las fases propuestas por Medina (2005). Según el autor, estas fases son



progresivas y “no son tres momentos diferenciados del proceso analítico sino más bien diferentes operaciones (reducción de datos, disposición de datos y obtención de conclusiones) sobre el corpus de datos que configuran un solo proceso infragmentable, recurrente, inductivo-deductivo y circular” (2005: 54). Las fases son las siguientes:

1. Segmentación de las unidades de significado y agrupación en categorías.
2. Identificación de los temas principales o núcleos temáticos emergentes (Metacategorías).
3. Integración e interpretación de los datos a la luz del marco teórico construido.

### 3.- MARCO CONTEXTUAL

#### 3.1.- HISTORIA DE LOS CUIDADOS Y FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

En este apartado hacemos un recorrido por la historia de los cuidados a lo largo del tiempo, presentando cronológicamente la legislación referente a la profesión, analizando diversos manuales y programas formativos de cada época en los que se especificaba en mayor o menor grado la formación y requisitos que debían adquirir los profesionales dedicados al cuidado de pacientes; y observaremos como la enfermería se va adaptando profesionalmente a medida que las necesidades del entorno sanitario, de la sociedad y de los individuos van cambiando, hasta llegar a su profesionalización.

Sería complicado intentar determinar con exactitud el momento en que la primera mujer se dedicó al cuidado de la salud, creo que es más interesante decir lo que argumenta Iglesias (2003:163) citando a J. Achterber, que *“women have always been healers”*. Desde siempre han existido mujeres dedicadas al cuidado de personas enfermas, de niños y de ancianos, ayudando en los partos y atendiendo a los heridos. Pero es cierto que la evolución de la mujer y de la profesión a lo largo de la historia argumenta la situación actual de la misma. A lo largo del tiempo, la enfermería, ha pasado de ser el auxilio de los desahuciados, al auxiliar del médico y posteriormente a profesión autónoma, pero en cada momento se ha apreciado una clara crisis de identidad, fruto del tipo y cuantía de funciones asignadas y de la propia indefinición del vocablo cuidar.

Se afirma generalmente que las diferencias biológicas de las personas han determinado, desde siempre, el reparto de las actividades en el seno de las comunidades prehistóricas, lo que nos indica que la actividad del cuidar estará ligada a la mujer. El origen de la práctica de los cuidados debemos buscarlo en actividades de alimentación y conservación del grupo, relacionadas con aspectos de supervivencia y enmarcadas en el concepto de ayuda en las sociedades primitivas (Hernández, 1995).

Los cuidados basaban su práctica en un conjunto de conocimientos transmitidos por tradición que eran ejercidos por mujeres que reunían un determinado saber, y esto les permitía realizar las funciones necesarias para la supervivencia del grupo. Sus actividades eran destinadas básicamente a cubrir las necesidades esenciales de las personas, higiene, alimentación, movilidad, ayuda en los partos y a los moribundos. Zapico (2005: 54) señala que *“Las características de esta ocupación se basaban en el rol materno cuyos conocimientos (empíricos se basa en la práctica”*

En Egipto las comadronas eran un grupo profesional reconocido y los sacerdotes realizaban tratamientos basados en procedimientos naturales y creencias sobrenaturales. Los cuidados estaban ambientados en el mundo mágico y religioso y delimitado dentro del ámbito privado.

Grecia efectúa el paso del pensamiento mítico al pensamiento racional, pero los cuidados siguieron instalados en el mundo instintivo y mágico-religioso y relegados al ámbito doméstico (Zapico 2005). Debemos destacar la escasa importancia que tuvieron los cuidados de enfermería en aquella época, ya que fueron relegados al mundo de los sirvientes y esclavos y continuaron practicándose en el ámbito doméstico por mujeres “consideradas jurídicamente menores y sin posibilidades de desarrollo intelectual” (Hernández, 1995:69).

Con la civilización romana se instauró por primera vez la institucionalización de los cuidados, aparecieron las parteras, que eran las únicas encargadas de atender a los partos; las nodrizas, que se dedicaban a amamantar a los niños y eran esenciales en la educación de estos; los iatrolepta, expertos en la aplicación de unturas y masajes corporales; los parabolani, voluntarios que cuidaban a enfermos infecciosos; los nosocomi, que eran los enfermeros de los hospitales de campaña o valentudinaria; los esclavos, encargados del cuidado de enfermos y niños en el ámbito doméstico y posteriormente en la roma cristiana, aparecieron las diaconisas, viudas o solteras dedicadas a servir a la iglesia y que realizaban tareas de cuidado de enfermos (Siles, 1999).

A lo largo de la Edad Media la Iglesia alcanza su mayor poder y presencia. En esta época se crean hospitales, monasterios, hospicios, hosterías y conventos dedicados al cuidado de enfermos y peregrinos, con el cristianismo cambia el concepto de salud y enfermedad, y esto condiciona la puesta en marcha de nuevos procedimientos que ayuden al alivio de las enfermedades. La enfermedad es vista como un instrumento de salvación, tanto para los que la padecen, como para sus cuidadores. La mujer tenía un papel fundamental en el cuidado de la salud y gran parte del cuidado a los enfermos venía dispensado por mujeres. La santificación por medio de la ayuda y el cuidado de los enfermos es el motivo principal que lleva a la práctica de los cuidados enfermeros. Según Hernández (1995) “el valor social e institucional que otorga el cristianismo a las labores del cuidado, no posee objetivos que giren en torno a la constitución de un saber, sino, exclusivamente, alrededor de objetivos espirituales” (1995:77). De esta forma los cuidados se van a institucionalizar en esta época, basándose en un concepto de ayuda vocacional en la que se priorizan las necesidades espirituales de enfermos y pobres.

En los últimos siglos de la Edad Media (XIII-XIV) se considera el cuidado de enfermos como vía para la purificación y elevación espiritual. Aparece la figura de la mujer “consagrada” mediante la profesión de votos religiosos y el cuidado de los enfermos. Se construye así la “vocación” y el cuidado a la enfermedad como posibilidad de redención para la mujer (hasta ahora ser impuro) mediante la atención humilde hacia otros seres impuros: los enfermos. Esta situación representará un condicionante importante en la evolución de la profesión enfermera, puesto que esa actitud de humildad (personal e intelectual) del pensamiento cristiano “hace que la enfermería sea la única de las profesiones que, por falta de tradición metodológica, no alcance el estatus adecuado y necesario para elevarse a la categoría de disciplina” (Hernández 1995:80)

Según E. Aparicio (2010:70), la vocación de la mujer “consagrada”, halla su fundamento y orienta la práctica de los cuidados en ideologías que, citando a Collière, son:

*1) La prioridad de los cuidados espirituales; los cuidados del cuerpo (considerado despreciable, fuente de pecado y de corrupción) son posibles dentro de un margen, a saber, porque constituyen el soporte de los cuidados espirituales. El contacto directo con el cuerpo del enfermo será cada vez en mayor medida delegado al personal subalterno, y las prácticas de higiene, abandonadas, casi proscritas y gana terreno la obra de misericordia: “aconseja, corrige, enseña, consuela, perdona, apoya y reza”. Gana terreno la palabra; los consejos basados en los valores morales y religiosos sustituyen a los cuidados que emplean las manos.*

*2) Tiene que haber una degradación, alteración o pérdida de integridad física y/ o social para que los cuidados sean necesarios; los cuidados no se dirigen más que a los cuerpos sufrientes y miserables. El cuerpo que sufre es digno de atención en tanto constituye la imagen de Cristo sufriendo en la Pasión. Se habla de la mujer consagrada en términos de “Esposa de Cristo”, en contraposición a la “hija de Eva”. Se hace imprescindible referirnos al estado de virginidad inherente (aunque no necesariamente) a la condición de mujer consagrada.*

*3) Los cuidados se dirigen a los “pobres, humildes e indigentes”. Las mujeres “consagradas” permanecen en su papel de “humildes sirvientas”, sostenidas por el rezo. Su línea de conducta se proyecta en el eje de la obediencia y el servilismo. Las mujeres “consagradas”, en su condición de mujeres, son subordinadas a los que detentan el saber -el poder- : la jerarquía masculina, en este caso eclesiástica, a la que deben obediencia; se les niega el derecho al conocimiento y a su cuestionamiento. Servir a los pobres significa ser pobre entre los pobres: se prescribe que el cuidar exige la abstracción de sí misma, la renuncia a ser una misma, lo que se traduce en pobreza de saber y de desarrollo personal.*

En esta época se establece una división de las labores destinadas al cuidado de enfermos, aparecen las beguinas, dedicadas al cuidado de enfermos y pobres; las monjas enfermeras, que trabajaban en los conventos; los médicos, que destacan por el conocimiento teórico; los barberos, que además de cortar el pelo trataban heridas; los curanderos, que destacaban por sus conocimientos prácticos y escasos conocimientos teóricos; los boticarios, que recetaban y preparaban compuestos y por último las comadronas. Pero también en esta época y a pesar del dominio de la Iglesia, prevalecieron prácticas mágico-religiosas que fueron perseguidas ferozmente por la Iglesia (Hernández, 1995).

Durante el siglo XV y posteriores, el Renacimiento y la Reforma condicionan de forma fundamental la evolución de las profesiones sanitarias y los conceptos de salud, enfermedad y su cuidado.

Desde entonces hasta el año 1500, los objetivos de las instituciones hospitalarias era resolver una problemática principalmente social (acoger a los pobres, personas enfermas, niños abandonados...). Aparecen los primeros médicos titulados, barberos y cirujanos que se hacen cargo del control de hospitales y se introducen en el ámbito universitario. Este hecho, es de suma importancia ya que crea un agravio comparativo académico con respecto a enfermería, lo que sin duda, condicionará de forma substancial sus posibilidades de desarrollo.

Durante estos siglos, los cuidados siguen a cargo de las órdenes religiosas (masculinas y femeninas). Surgen diversos estamentos a nivel de personal de los hospitales y se utilizaron diferentes denominaciones para diversas actividades. El aspecto concreto de la administración de cuidados iba a cargo de los hospitaleros y enfermeros.

En los hospitales, el personal que atendía a las personas, indistintamente hombres y mujeres, llevaban a cabo cuidados autónomos, diferentes a la actividad médica. La prestación de cuidados cumplía una finalidad concreta que puede explicitarse como la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, no sólo aspectos físicos, sino también espirituales (Bertran, 2005). Esta jerarquización entre el personal dedicado a los cuidados, conllevó una remuneración económica por las labores realizadas y un reconocimiento social.

De alguna forma todos estos acontecimientos han influido en la creación de la identidad enfermera y en la imagen social que en la actualidad se tiene de ella, la visión caritativa de los profesionales que se creó en esta época, perdura en la actualidad, no sólo a nivel social, sino también en el seno del colectivo enfermero.

### **1.- Etapa preprofesionalizadora**

Durante los siglos XVI y XVIII, los cuidados no fueron exclusivos del ámbito institucional, sino que se daban sobretodo en el ámbito domiciliario, donde mujeres aplicaban sus conocimientos en la promoción de la salud (partos) y en el cuidado de la enfermedad. La denominación enfermera no se ha podido constatar hasta finales del siglo XVII, aunque existieron mucho antes mujeres que asumieron funciones similares al enfermero (Domínguez-Alcón, 1986).

Un aspecto importante y a tener en cuenta es la falta de una producción documental sobre las experiencias y conocimientos de los cuidados enfermeros. La transferencia de conocimientos se realizaba vía oral, sólo a partir del siglo XVI la presencia de las órdenes religiosas, que desarrollaron una actividad asistencial importante, permitió la edición de obras destinadas a la instrucción de parteras y de enfermeros.

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Dada esta circunstancia, hemos creído importante analizar algunos de estos manuales destinados a la formación de estos profesionales dedicados a las tareas de cuidado a enfermos y asistencia a los partos, con la intención de conocer el progreso que ha experimentado el currículum de la enfermería.

En estos siglos se editaron en España manuales destinados a la formación de personas que administraban cuidados. Sus objetivos eran, por un lado informar a las mujeres que asistían a los partos y por otro, mujeres que asistían a enfermos con el objetivo de evitar contagios y la propagación de enfermedades y epidemias. Por lo general, los manuales dirigidos a enfermeros estaban escritos por enfermeros o médicos que sentían la necesidad de transferir sus conocimientos a otros colegas. En ninguno de ellos se menciona la mujer enfermera. Sin embargo, los manuales dirigidos a comadronas están escritos por médicos (hombres) con el objetivo de instruirlos.

Hemos tenido la posibilidad de acceder a una serie de manuales (escaneados de los originales) archivados en el fondo antiguo de la biblioteca digital del Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. Las citas que presentamos a continuación, son extraídas de dichos documentos.

En 1541, el doctor Damián Carbón escribe el *“Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños”*, dirigido a comadronas ya que *“fue necesario por honestidad dexar estas cosas en poder de la mujer, la cual bien informada de lo que tocara a su arte pueda bien valer a la preñada, parida o paridera”* (1541:5). En el libro se explican nociones de anatomía, de las enfermedades del embarazo y sus remedios; describe el parto natural y las posibles complicaciones, indicando lo que se debe hacer en cada caso; detalla los cuidados del recién nacido, sus enfermedades, su crianza y educación. También describe, en el capítulo 3, las cualidades que ha de tener la *“comadre para ser buena”*, entre ellas destaca que debe ser experta y con experiencia, ingeniosa para poder solucionar los problemas que se puedan presentar, moderada, discreta y con buenas costumbres: *“es menester que tenga buena cara y bien formada en sus miembros (...) no sea riñosa, sea alegre, gozosa, honrada, apta para dar buenos consejos, sea secreta (discreta), delicada en el tacto, devota de la Virgen María y de los Santos y Santas”*(1541:13).

Otro de los manuales destinados a enfermeras que hemos podido examinar, es el de los Hijos de la Congregación del Venerable Bernardino Obregón destinado a los enfermeros en 1625, en el que se les explica cómo ayudar al bien morir de los pacientes, como aplicar los remedios ordenados por el médico (enemas, ungüentos, cataplasmas, qué hacer en caso de hemorragias, preparación de algunos remedios, y breves nociones de anatomía), contiene unos principios éticos y se menciona la obligación de hacerlo siempre con amor y caridad. En el manual también se explica cómo realizar los cuidados básicos (higiene, acogida de enfermos, hacer camas, alimentación y dietética, preservar el descanso, evitar los ruidos, movilización de pacientes, tratamiento de úlceras, higiene de boca,...). Pero aunque da la impresión de que el manual apunta cierta autonomía de acción, lo cierto es que a lo largo de la obra se

especifica claramente la dependencia a la profesión médica, insistiendo en que el médico es el que dicta las órdenes y el enfermero es el que las acata sin contemplaciones *“mas el enfermero no ha de hazer nada de su cabeza, sino con prudencia advertírsele al Médico; y los enfermeros han de procurar mucho la amistad de los médicos, y mostrarles mucho amor, y voluntad para que con ese amor sirvan a Nuestro Señor, y a los pobres; y los Médicos confiarán mucho en los enfermeros que hazen bien su ministerio”* (1625:12).

En los siglos XVII y XVIII aparece la figura del barbero sangrador y del sangrador flebotomiano formado en hospitales y órdenes religiosas. Su ejercicio estuvo asociado a la vigencia de una técnica delegada de la medicina, la sangría, que dio lugar a enfrentamientos entre partidarios y detractores de sus indicaciones y eficacia terapéutica. Según Amezcua (1997), los sangradores alcanzaron un cierto reconocimiento social, pero su práctica siempre estuvo condicionada por su posición ambigua entre los profesionales titulados (médicos y cirujanos) y otros empíricos sin formación, cuyos métodos traspasaban a menudo los límites de la superstición. Aunque actuaba como profesional liberal, el barbero sangrador, junto a otros oficiales y dependientes, formaba parte de la plantilla de todo hospital importante. Es precisamente en el ámbito institucional donde se pone de manifiesto la dependencia funcional del médico.

En este período, los cuidados fueron asumidos por religiosos en la doble dimensión espiritual y corporal, dando una importancia primordial a la dimensión espiritual. La caridad, la ayuda al prójimo, la realización de los cuidados por vocación y como llamada interior, fueron los rasgos básicos que se desprenden del análisis de las órdenes religiosas más vinculadas a los cuidados de enfermos en España (Eseverri, 1995)

Entre los manuales de la época destaca el escrito en 1734 por el enfermero Diego Bercebal, *“Recetario medicinal”*. El manual explica la forma de hacer la acogida a los enfermos, como realizar un examen físico y la higiene corporal, recomienda que el enfermero entienda de fiebre, pulsos, alimentación, reposo y efectos de los remedios, establece formas de interrelación con los enfermos, médicos y cirujanos y establece la obligatoriedad de informar en todo momento al médico.

En Enero de 1747 se aprueba la instrucción de los sangradores, dicha instrucción la encontramos en el manual de Le-Preux, (1747) *“Doctrina moderna, para los sangradores”*, en la cual se les instruye sobre la técnica de la flebotomía y arteriotomía, la aplicación de ventosas, las sanguijuelas, enfermedades de la dentadura o el arte de sacar muelas. En dicho manual se explican nociones de anatomía, diferentes técnicas de actuación, complicaciones que pueden surgir en el transcurso de las técnicas,... y siempre bajo control y dictamen del médico, es decir, aunque le da cierta libertad de actuación, la función de los sangradores está supeditada a las órdenes de un facultativo. Destacaremos de este documento que, según queda constancia en él, pasa la censura de un licenciado, que tras su lectura deja constancia por

escrito de que el contenido del mismo no es contrario a la moral católica, es decir, la Iglesia sigue teniendo una influencia decisiva en la profesión.

Otro manual de la época es *“Cartilla nueva, útil y necesaria para instruirse las Matronas, que vulgarmente se llaman Comadres, en el oficio de Partear”* escrito en 1750 por Antonio Medina. En él se describe la anatomía femenina, el embarazo y el parto. Es destacable que destine un capítulo especial (pp. 4 y 5) para las *“prendas (cualidades) que deberá tener una matrona para profesar el arte de partear”*. Según dispone el autor en el capítulo proemial, éstas deben ser: estar en una “edad proporcionada”, capaz de obrar por sí misma, tener una “salud robusta” (establece inhábiles las excesivamente gordas), “no ha de tener la mano callosa”, ni excesivamente grande, “saber leer y escribir”, debe ser “vigilante, y cuidadosa”, debe ser de “genio dócil y propenso à admitir el dictamen de sus mayores en suficiencia, pidiendo en oportuno tiempo el auxilio, y la consulta, yà del Medico, yà del Cirujano, en los casos en que ocurra cualquier dificultad”; “debe ser misericordiosa” (atender las necesidades de los pobres y ricos); “debe ser buena cristiana”, “debe ser de animo benigno, paciente, y alegre con modestia”; “debe ser templada”, “debe ser fiel, y silenciosa; porque de faltar al secreto en los casos en que importa, se sigue infamia y deshonor”. En el libro se otorga cierta autonomía en la actuación de las comadronas, pero siempre están bajo la tutela de los médicos.

Años después, en 1786, Carrère escribe el *“Manual para el servicio de los enfermos”*. En él se describe las cualidades que han de tener los enfermeros, trata de diferentes enfermedades y de los diferentes remedios y cuidados a realizar en cada caso; explica como proporcionar confort al paciente, las diferentes formas de hacer la cama, diferencia los cuidados a púerperas y recién nacidos, establece las acciones de prevención de úlceras por presión y el cuidado de la piel y mucosas, describe la forma de administrar los tratamientos, la preparación de algunos remedios, etc. y finalmente remarca la obligatoriedad de ejecutar fielmente lo que ordena el médico.

Como vemos, en esta época existen obras destinadas a la formación de los enfermeros escritas, en escasas ocasiones, por ellos mismos. Todas ellas se centran en el cuerpo, las enfermedades, los remedios y en la en la sumisión al médico. Por su parte las comadronas poseedoras del conocimiento y con unas funciones bien reguladas y cierta autonomía, no han dejado un legado escrito, sino que han sido médicos los que han escrito los manuales destinados a ellas. Para entender esta situación debemos pensar que en esta época existe una desvalorización de la mujer y un control riguroso de los libros escritos.

Es decir, en la Europa de finales del siglo XIV, los médicos habían conseguido un absoluto control sobre la práctica de la medicina en detrimento de las sanadoras, a excepción de la obstetricia, que seguía siendo labor de las comadronas. La implantación de la medicina como profesión universitaria facilitó



que la práctica de las mujeres fuera excluida legalmente, ya que el acceso a las universidades estaba vetado para ellas.

Cabre y Salmón, citados por Rigol (2003), determinan que “La monopolización del mercado sanitario y su control por parte de la medicina universitaria se asienta sobre la base del peligro que supondría la actividad sanitaria no regulada. Se acompaña de la creación de instituciones que tuvieran la capacidad de legitimar o sancionar los saberes legítimos y de transmitirlos. La universidad de medicina europea basa los estudios en una configuración, a partir del pensamiento escolástico que articula un discurso misógino de la diferencias sexual, excluye a las mujeres del acceso a estas instituciones y elabora un marco teórico que permite naturalizar esta exclusión y decidir quiénes pueden ejercer la curación” (pp.24). De esta forma se crean unas diferencias entre un saber y el otro, desde una perspectiva científica y por tanto incuestionable, y se asignan unas jerarquías que sitúan en un rango inferior lo femenino.

Es decir, de la documentación analizada entre XVI y XVIII, podemos extraer que a pesar de existir unas tareas de cuidados realizadas por mujeres y existir desde 1316 la denominación de enfermero, no se explicita de forma habitual en los documentos la denominación enfermera. Se da la circunstancia de que cuando aparecen los manuales de formación para enfermeros (1623), son los propios enfermeros los que los escriben, recogiendo sus experiencias y vivencias de su ejercicio profesional. Paralelamente, los documentos que hacen relación a la actividad profesional de las parteras, no hablan de sus experiencias ni vivencias, tal vez la transmisión de conocimiento se hizo de forma oral, y los escritos que recogen los conocimientos que éstas deben adquirir están escritos por médicos. Hemos observado que en la mayoría de los documentos estudiados aparecen apartados explicitando las cualidades físicas y rasgos de personalidad que han de tener los que se dedicaban a estos oficios.

Hay que tener en cuenta, que en estos siglos en los que la medicina oficial se afianza en Europa como ciencia y profesión representada exclusivamente por médicos, cirujanos y farmacéuticos varones, existe una coincidencia temporal con el establecimiento de la inquisición. Las mujeres poseedoras del saber ancestral, que utilizaban preparados de hierbas para el tratamiento de enfermedades y que durante siglos atendieron a gentes con pocos recursos, fueron tachadas de paganas y brujas, acusadas de curanderas, perseguidas y excluidas de la historia de la ciencia. Esa caza de brujas se produjo porque esas mujeres sanadoras eran percibidas como una amenaza al poder y control de la Iglesia, el Estado y el saber hegemónico de la medicina. Iban contra la norma establecida de la imagen de mujer sumisa.

Durante el siglo XVII la situación en España es de un incremento de la población, donde el hambre, la mortalidad infantil y las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas son elevadas, por lo que se hace necesaria una reforma sanitaria. El nivel de complejidad de las instituciones se ve incrementado. El Rey Carlos III pone en marcha un Plan de Beneficencia Social y Sanitaria. Las actividades hechas por las

enfermeras son similares a las descritas el siglo anterior, cuidados de higiene y confort, eliminación i alimentación y dependencia absoluta a las órdenes médicas. Respecto a las matronas, se les sigue concediendo cierta libertad de criterio a la hora de actuar, pero siempre se puntualiza la necesidad de avisar el médico en caso de urgencia. En esos siglos, según determina Bertran (2005), las tareas que se llevaban a cabo por parte de enfermería eran: Curas directas o de base como la asistencias, higiene y confort, eliminación, alimentación y otros; tareas técnicas como la vigilancia del estado del paciente, las curas con finalidades diagnósticas y terapéuticas; curas indirectas como prestaciones hoteleras, administración y gestión; tareas centradas en el personal y otros.

## **2.- La institucionalización de la enfermería**

Casi todas las ocupaciones han adquirido su reconocimiento social porque su desarrollo respondía a la necesidad de profesionalizar el desempeño de funciones o actividades que por motivos de escala, complejidad técnica u oportunidad dejaron de ser funciones circunscritas a los pequeños ámbitos comunitarios, y esto es lo que pasó con enfermería.

El siglo XIX empieza su proceso a partir del modelo vocacional religioso, asumido por la “religiosa sanitaria”. Esta etapa se fundamenta en la legitimidad del pensamiento agustiniano de subordinación y entrega desinteresada. Como apunta J. L. Medina: “La enfermería era considerada como adjunta de la medicina, y las enfermeras se autopercebían como servidoras de la profesión médica. El papel de la enfermera se igualaba con el de madre sumisa y obediente, y el del médico con el de cabeza de familia. En los primeros manuales (escritos por médicos) la sumisión es una cualidad que se exige de la enfermera. La sumisión es un valor importantísimo. De ese modo, como si fuese una esposa y una madre, la función de la enfermera fue relegada a la subordinación al saber médico y definida con calificativos como altruismo, sacrificio, bondad, obediencia y pensamiento subteórico. Pensar y reflexionar era la responsabilidad del cabeza de familia” (Medina 2005:32)

De la filiación conventual se pasa a la filiación médica, servir al enfermo se convierte en el vector ideológico de la enfermería. Los cuidados se convierten en tareas domésticas rutinarias que no exigen espíritu crítico ni iniciativa alguna. Se priorizan los cuidados espirituales. De ahí la imagen de la “hermanita”, verdadero modelo moral cuyo objetivo es la satisfacción de contribuir personalmente a la misión de la Iglesia, participando en la obra de la redención y contribuyendo a la salud espiritual del mundo.

Es en este siglo cuando se inicia el proceso de traspaso de poderes del sistema sanitario, desde la Iglesia hacia el Estado, consecuencia de la secularización, adoptando un modelo de cuidados más técnico. El Estado se interesa por asumir el servicio sanitario. A pesar de todo, las congregaciones religiosas no se ven afectadas de la misma forma que las órdenes sanitarias, debido a que su acción resultaba

imprescindible en los hospitales y sobretodo económicamente para el Estado, puesto que los cargos asistenciales corrían a cuenta de la beneficencia.

Conforme avanza el siglo XIX observamos cómo se va produciendo un notable avance de los conocimientos sanitarios, lo que contribuye a que se vayan perfilando distintos campos o especialidades clínicas. La sangría, como recurso terapéutico, poco a poco se va limitando, disminuyendo a su vez, la importancia y consideración de los que realizaban tal técnica, los antiguos Sangradores. En su lugar se decide crear una nueva figura profesional, el “Ministrante”, término que no es aceptado por la clase médica, que prefiere utilizar el término de “Practicante”, como sinónimo de “estudiante en prácticas”, para designar a quienes realizan la Cirugía Menor (Jiménez, 2006). La vigencia en los planes de estudio de dicha figura, apenas tuvo una duración de once años, entre 1846 y 1857.

Uno de los tratados que establece la reglamentación de esta figura, es el de Rotondo (1816): *“Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones, y modo de limpiar la dentadura, precedido de algunas observaciones sobre la odontalgia y otras no menos interesantes, para uso de los que se dediquen á la cirugía menor o ministrante”*. Este tratado es el reglamento que establece las condiciones bajo las cuales se autorizaba el ejercicio de la *cirugía menor o ministrante*. Para conseguir dicha autorización, los aspirantes debían haber realizado prácticas, al menos por seis meses, con un cirujano dentista (limpiar la dentadura y extraer los dientes y muelas) y realizar un examen. El tratado habla de las enfermedades de la boca, conocimiento de anatomía, tratamientos, síntomas y causas de estas enfermedades.

En los siglos XIX y XX se da un estatus de legalidad a la práctica de los cuidados, se institucionaliza la profesión bajo tres diferentes denominaciones: practicante, matrona y enfermera. Se planifica la formación y se establece una cierta normativa para la práctica diaria relacionada con la legislación sanitaria.

Podemos ver que durante los siglos anteriores la orientación de la profesión pasa por algunos cambios, inicialmente los cuidados tenían como objetivo la ayuda al enfermo o a la persona (mantenimiento de la vida), posteriormente se dirige a cuidados físicos y espirituales (bienestar y confort del paciente) y finalmente se vuelve a dar mucha importancia a los cuidados del alma, además de los cuidados del cuerpo. Cuando se profesionaliza la enfermería la orientación tiende al servicio de la medicina.

En el siglo XIX se legisla la sanidad en España: en 1820 se dicta la Ley orgánica de Sanidad Pública, en 1847 se crea la Dirección General de Establecimientos Penales, Beneficencia y Sanidad y en 1855 se promulga la Ley Orgánica de Sanidad.

En 1822, con la Ley de Beneficencia Pública, se reconoce una formación teórico-práctica para los Practicantes y Matronas, y se establece una normativa legal tanto en su formación como en su actividad profesional, quedando la formación bajo jurisdicción médica. Practicantes y matronas adquieren un estatus importante, pero el papel del enfermero no queda incluido en las Profesiones Sanitarias como oficio. Su labor más importante la constituían los cuidados directos a pie de cama y eso le permitía recoger una valiosa información que transmitía al médico, para que éste pudiera decidir respecto a las acciones que debía tomar. Su labor estaba más dirigida al servicio del médico que no del propio enfermo.

A su vez, se establecen diferentes tipos de enfermeros, que según Cantero (2010) fueron: los cuidadores-enfermeros (religiosos cuya asistencia no es remunerada), practicantes (desarrollan su cometido en zonas rurales), sangradores (no necesitan formación específica), parteras y matronas y asistentes voluntarios, hermandades y cofradías (seglares dedicados a la asistencia de enfermos).

Esta necesidad de profesionalización impuesta por el Estado y su adopción desde la Iglesia para no verse desplazada de un ámbito de actuación, llega a desvirtuarse hasta el extremo de amenazar con la desaparición del aspecto religioso, esto es, el sentido teológico vocacional de la misión sanitaria; es el riesgo del profesionalismo.

En 1857 aparece la Ley de Bases para la Institución Pública, llamada popularmente "*Ley Moyano*", este fue el marco que reguló las profesiones sanitarias en España. Se crea el título de practicante como profesión auxiliar de la medicina y el de Matronas autorizadas a asistir a partos naturales. Y en base a esta ley, posteriormente (1861) se publica el "*Reglamento para las enseñanzas de Practicante y Matrona*", sin que se contemple aún la figura de la enfermera como profesión, aunque sí como una ocupación encargada de cuidar a los enfermos en los hospitales y equiparadas en la práctica y en la nómina a la categoría de sirvientes de hospital (Siles, 2009)

En estos reglamentos se regula todo lo relacionado con las profesiones de Practicante y Matrona. El practicante será el que sustituya al cirujano menor y al barbero sangrador. La matrona será la encargada de asistir a partos y los Ministrantes se convierten y equiparan con los Practicantes, a partir de la Ley Moyano, con una orientación más técnica (realizaban sangrías, administraban medicación tópica, vendajes, extracciones dentales y podología), es decir, esta orden suprime oficialmente la enseñanza de Ministrantes y da lugar a los Practicantes.

En el Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas se establece la ordenación de estos estudios, entre lo más destacado de esta orden, es que tanto la enseñanza como los exámenes de matrona, se debían realizar a puerta cerrada, al contrario que los exámenes de los practicantes que eran públicos.

En dicho reglamento podemos ver los estudios necesarios para obtener título de Practicante, entre los que destacan: Nociones de anatomía del cuerpo humano, vendajes y apósitos, arte de hacer las curas, modo de aplicar tópicos irritantes, exutorios y cauterios, vacunación, perforación de las orejas, escarificaciones, ventosas y manera de sajarlas, sangrías generales y locales y arte del dentista y del callista.

De la misma forma podemos describir los estudios necesarios para aspirar al título de Partera o Matrona: Nociones de obstetricia, anatómica y fisiológica, parto natural, y complicaciones que se pueden dar, reglas para asistir a las parturientas y a los niños recién nacidos.

También en este caso, se aprecia una discriminación sobre las cualidades necesarias para el acceso. En el caso de los Practicantes se requiere: Haber cumplido diez y seis años de edad, primera enseñanza elemental completa, y en el caso de las Parteras o Matronas es necesario: Haber cumplido veinte años de edad, ser casada o viuda (Las casadas presentarán licencia de sus maridos, autorizándolas para seguir estos estudios; unas y otras justificarán buena vida y costumbres por certificación de sus respectivos Párrocos) y deberán tener la primera enseñanza elemental completa.

La formación de los practicantes se crea con unas actividades bien definidas como auxiliar de las ciencias médicas, con una orientación técnica de cuidados de reparación. La acreditación de sus conocimientos quedó bajo la autoridad del médico. En 1861 se edita un manual para la formación de los practicantes: *“Vademécum del practicante: Tratado de cirugía menor, del doctor Juan Marsillach”*. El manual indicaba las cualidades del buen practicante y las reglas para dar un buen servicio a los enfermos, anatomía, tratamiento de las curas, intervenciones de cirugía menor, arte del dentista y callista. El reconocimiento a esta profesión viene en 1866 cuando se adoptan las medidas oportunas para que los hospitales no admitan como practicantes aquellos que no hubieran cursado los estudios necesarios para obtener el título.

En 1866 se publica en Madrid el *“Manual para el uso de practicantes”*, por el doctor D. José Calvo y Martín, catedrático de clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. El documento comienza con una advertencia a los practicantes: *“Nada más grave y trascendental que las intrusiones en medicina. Los practicantes deben evitarlas siempre y limitarse á servir con acierto y diligencia lo que se les ordena: que también hay gloria para el arte sencillo. Cada cual en su esfera de acción puede ser útil á la humanidad doliente.”* (Calvo, 1866:1)

El manual, en su capítulo primero, establece las funciones del practicante. Estas funciones consisten en *“cuidar á los enfermos, administrarles con inteligencia lo prescrito por el médico, y velar porque se cumplan con exactitud las reglas higiénicas en la habitación de los enfermos.”* (Calvo, 1866:1) Respecto a las prescripciones del médico dice: *“Estas prescripciones son objeto preferente de toda su atención. Las*

*ejecutará con exactitud, anotando en el intervalo de las visitas todo lo que haya observado en los enfermos, para dar cuenta exacta de ello.” (Calvo, 1866:2)*

El manual, de más de 100 páginas, es un compendio detallado de normas de higiene a aplicar a los enfermos, tipos de administración de medicamentos (siempre dejando explícito que debe ajustarse a las órdenes médicas), técnicas de vendajes y curas de diferentes heridas y úlceras, descripción del material utilizado en las diferentes técnicas, arte de dentista y de cuidado de pies, explicación de cómo llevar a cabo operaciones de cirugía menor (sangrías, ventosas,...) y un apartado explícito sobre anatomía.

Con la creación del título de Cirujano Dentista (RD. 34 de 4 de junio de 1875), la práctica odontológica se desvincula de la labor del practicante, y por tanto éste ya no podrá ejercer de dentista.

Entre 1857 y 1888 las enseñanzas de practicante se suspenden y restablecen varias veces debido a órdenes de gobierno provisionales, y fue el Conde de Romanones el que dictó finalmente el reglamento para las carreras de practicantes y matronas (RD de 16 de noviembre de 1888. Reglamento para las carreras de Practicantes y Matronas).

Destacamos algunos apartados sobre las funciones que deben realizar, y que reproducimos literalmente dada la relevancia que creemos que aporta a esta tesis:

*Artículo 1: “La profesión auxiliar de la Medicina, creada con el título de Practicantes, habilita para el ejercicio de las pequeñas operaciones comprendidas bajo el nombre de Cirugía menor”, siempre bajo la disposición de un Licenciado ó Doctor de la Facultad de Medicina.*

*Artículo 3: “Los Practicantes podrán servir además de Ayudantes en las grandes operaciones que ejecuten aquellos Profesores, en las curas de los operados y en el uso y aplicación de los remedios que dispongan para los enfermos que dejen á su cuidado en el tiempo intermedio de sus visitas”.*

*Artículo 4: “En ningún caso podrán desempeñar las funciones propias de los Doctores ó Licenciados de, la Facultad de Medicina.”*

Los aspirantes debían preparar para el examen diversos temas que se describen en el documento y que eran: Artículo 5: *“nociones de anatomía exterior del cuerpo humano y las regiones en que se divide, y las reglas para disponer vendajes y apósitos, y para practicar todas las operaciones que corresponden á la Cirugía menor, excepto las del arte de dentistas. Además de estas nociones, aprendidas teóricamente, deberán adquirir la práctica necesaria, asistiendo dos años escolares a algún Hospital público”.*

Las Matronas, por su parte, autorizadas solamente para la asistencia a partos naturales, deberán adquirir de igual manera conocimientos sobre *“Nociones de Obstetricia, especialmente de la parte*

*anatómica y fisiológica. Fenómenos del parto y sobreparto naturales, y señales que los distinguen de los prenaturales y laboriosos. Preceptos y reglas para asistir á las parturientas y paridas y á los niños recién nacidos en todos los casos que no se aparten del estado normal y fisiológico. Primeros y urgentes auxilios que debe prestar el arte á las criaturas cuando nacen asfíticas o apopléticas y Modo y forma de administrar el bautismo de necesidad a los párvulos, cuando pelagra su vida. Tendrán que comprobar además que han asistido en alguna maternidad como auxiliares en los partos, por tiempo de dos años, con certificado del Profesor ó Profesores del establecimiento” (Artículo 12)*

Podemos apreciar claramente la diferencia de requisitos de una y otra profesión.

Durante la búsqueda bibliográfica hemos encontrado un documento que explica las vicisitudes por las que pasa la profesión. Escrito por el practicante S. Martínez en 1902, *“Recopilación de Reglamentos, Reales Decretos y Programas de las carreras de Practicante y Matrona”*, el autor así lo ilustra: *“Tales han sido las vicisitudes por que ha atravesado la carrera hasta el 16 de Noviembre de 1888, en que la hicieron libre, siguiendo hasta la fecha que, gracias al Excmo. Sr. Conde de Romanones, la vemos próspera y en vías de hacerla respetar por los futuros Ministros. Al hacer esta pequeña historia de las distintas alternancias y vicisitudes porque ha pasado la clase, habrán deducido nuestros compañeros el poco aprecio y consideración que se nos ha tenido, sin tener en cuenta para nada el importantísimo papel que el practicante representa a la humanidad doliente” (pp.4)*

En 1896 se crea la Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría (primera escuela de enfermeras de España). Su fundador fue el médico Federico Rubio. El primer requisito que se pedía a las alumnas era practicar la religión católica, llevar uniforme con la cruz de Malta, se les obligaba a raparse el pelo al cero y taparse la cabeza. Los estudios duraban 2 años y al finalizar recibían un certificado de aptitud para ser enfermeras de medicina y cirugía. Siempre bajo la máxima de que el médico era el que dirigía el tratamiento y la enfermera simplemente lo ejecuta.

Hablar de la profesionalización enfermera, es hablar de Florence Nightingale (1820-1910). Considerada la fundadora de la enfermería moderna, impulsó la formación de las enfermeras incorporando las bases fundamentales de la profesión e inspirando el modelo ideológico propio de la enfermería. Según Holton (1984) y Turner (1981), la enfermería, en ese momento, se convirtió en la personificación de los valores de la feminidad según los patrones victorianos. Es decir, F. Nightingale fijó las características morales de la enfermera, sus actitudes sociales en relación con el status subordinado dentro de la prestación de atención médica acordes con los valores autoritarios existentes en las familias victorianas.

También estableció las bases de la profesión, su primera idea era la “ley del orden y la obediencia” y en segundo lugar la necesidad de una “formación metódica, mediante la cual el conocimiento puede ser adquirido para superación del mal y, así, ofrecer la ayuda necesaria con el fin de paliar el sufrimiento de

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

nuestras vidas” (Pollard, 1890:vi). Nightingale entendía que “la consideración hacia los conocimientos y decisiones de los médicos y cirujanos ha de ser un elemento clave” (1890:174) y en su libro *“Formación de las enfermeras. Cómo cuidar a los enfermos”*, describía las características que debe tener una “buena enfermera”: carácter bondadoso y cercano al paciente, casta, sobria y honesta, veraz, digna de confianza, puntual y ordenada, alegre y servicial, limpia y aseada, considerada con el paciente, sencilla, pero no excesivamente afectiva, “La enfermera en ningún caso debe demandar reciprocidad al paciente un reconocimiento por sus servicios” (1890:206).

Con este planteamiento, Nightingale, establecerá para siempre la enfermería como profesión subordinada al médico y con escaso valor en el proceso de cura a los enfermos.

En el siglo XX se inicia la profesionalización de los cuidados sanitarios conocidos comúnmente como enfermería y se extiende hasta la década de 1960. La formación de enfermeras y practicantes se llevó a cabo según pautas establecidas a principios de siglo, con una orientación hacia la enfermedad y supeditada a la medicina.

De esta forma, el cuidado se profesionalizaba, ya que se hizo necesaria la titulación para ejercer y a la vez se “domesticaba” en el sentido de que la enfermería era el camino para expresar fuera del hogar el papel doméstico, “natural” de la mujer (Abel-Smith 1960).

De 1901 encontramos el *“Manual del Practicante y del Interno de Hospital”*, escrito por el médico Jerónimo García Velázquez. En esta época sigue en vigor la orden de 1888 y en él encontramos todo el temario que los aspirantes debían asimilar: anatomía, elementos de fisiología, nociones de terapéutica, microbiología, curas quirúrgicas, medidas de asepsia y esterilización, cura de heridas, vendajes, asistencia a heridos y lesionados, pequeñas intervenciones quirúrgicas (sangría, sanguijuelas, ventosas, inyecciones, vacunación), diversas técnicas de aplicación de productos, cateterismo esofágico y lavado de estómago, cateterismo uretral y lavado de vejiga y anestesia,... Así mismo, en la lectura del documento encontramos muchas alusiones a la función auxiliar del practicante y en la que apreciamos la dependencia total hacia el médico a la hora de realizar dichas funciones:

En caso de Infecciones: *“En estos casos, sin embargo, no debe hacer el practicante más que seguir al pie de la letra las prescripciones del médico.”* (pp. 44)

En caso de urgencia: *“Entiéndase bien que todos estos medios que hemos citado son los primeros auxilios que deben prestarse hasta la llegada del médico.”* (pp. 61)

Para poner una inyección: *“No se deberá administrar nunca una inyección hipodérmica, sea de la disolución que fuere, sin que haya sido previamente ordenada por el médico.”* (pp. 72)

En el caso de cauterización: *“La cauterización actual es de fácil aplicación y no requiere conocimientos especiales para practicarla; pero su empleo ha de ser ordenado siempre por el médico.”* (pp. 81)



También expresa un cierto menosprecio hacia los conocimientos que debe adquirir el practicante:  
*“Hemos enumerado ligeramente los medicamentos más vulgarmente usados; pero como su prescripción corresponde exclusivamente al médico, no nos hemos detenido á dar dosis ni á describir el modo de asociarlos. En cambio, como la administración de los mismos al enfermo puede ser encargada muchas veces al practicante, haremos algunas observaciones de interés que se relacionan con este particular.”*  
(pp. 38)

En Febrero de 1902 se publica un Real Decreto relativo al estudio y reválida de la carrera de practicante y aparece lo que se denomina *“Practicante autorizado para la asistencia a partos normales”*, cuya actividad se centraba en poblaciones de menos de 10.000 habitantes. Esta formación era muy superior en contenido y exigencia de prácticas al de las anteriores matronas, cuya formación se queda obsoleta y son los propios practicantes los que exigen una actualización de la formación de estas.

El 22 de marzo de 1902 el Ministerio de Instrucción Pública, publica la Real Orden dictando las reglas para el cumplimiento de los Reales Decretos de 26 de Abril de 1901 y 31 de Enero de 1902 que reorganizan la enseñanza de los Practicantes, con lo cual se establece un examen para su acceso. En Mayo el Ministerio de Instrucción Pública publica la Real Orden aprobando el programa para la carrera de Practicante. La formación se realizará en la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

En 1903, se traduce al castellano la 5ª edición del *“Arte de cuidar a los enfermos. Manual Teórico práctico para el uso de las familias en general y de las enfermeras religiosas en particular”* escrita por el francés y canónigo, L. Grenet. En el prólogo de la obra destacamos algunos fragmentos, ciertamente edificantes que determinan el control absoluto que intentan ejercer los médicos de la época hacia las enfermeras y sus actuaciones: *“Toda la ciencia médica tiene una sola y suprema finalidad: curar al enfermo; mas el instrumento inteligente de esta curación no es el mismo hombre de ciencia, sino la enfermera, que tiene á su inmediato cuidado la continua observación de las variaciones ocurridas en el curso de una dolencia y la concienzuda aplicación de los medios curativos ordenados por el médico. (pp. 5) “la enfermera será la continuadora del pensamiento científico y la ejecutora de sus mandatos (...) Precisa pues que este pensamiento científico se adapte en cierto modo á la inteligencia de las enfermeras, casi siempre insuficientemente cultivada; (...). Si un médico hubiera escrito la presente obra, corría el riesgo de hacerla ininteligible ó sobrado extensa, con lo cual quedara incumplida la primera condición que á esta obra se le debe exigir (...) Mayor latitud de conocimientos y más extensos detalles expondrían á un indiscreto intrusismo y pretenciosa suplantación de funciones, que tantos daños han causado y causarán todavía á los pobres pacientes (...) Que las enfermeras sepan hacer bien lo que se les encomiende, esto se pide y esto basta, pues no es poco; que en lo moral y en lo físico velen cariñosa y discretamente por la salud del paciente (...)”* (pp. 6).

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

En 1904 se publica la Instrucción General de Sanidad Pública lo que derivó en la creación de Juntas Provinciales de Sanidad, y de ellas salieron las Comisiones de señoras (sin una formación reglada) con el objetivo de vigilar la asistencia domiciliaria a enfermos pobres, realizar educación sanitaria de higiene durante la lactancia y la higiene de los niños, ofrecer protección a las embarazadas y parteras pobres y otros cuidados. Podemos decir que estas funciones precedieron a las enfermeras visitadoras o enfermeras comunitarias. Esta instrucción representó la organización de las profesiones sanitarias y estableció la exigencia de una titulación para el ejercicio de una profesión sanitaria.

En agosto de 1904 el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes publica el Real Decreto que reorganiza los estudios de la Carrera de Practicantes y la de matronas.

En 1909 se crea el Dispensario de Santa Isabel gratuito para los pobre de San Sebastián y se edita el *“Manual de la enfermera. Cómo se asiste a los enfermos y como se ayuda al médico”* por el enfermero Manuel Solórzano, cuyo título ya deja claras cual es el perfil personal y actitud que se espera de estos profesionales. Las damas enfermeras que querían acceder a dicho dispensario debían realizar unas promesas:

- *“Me comprometo a servir de todo corazón a los que se hallen en tratamiento en el hospital o dispensario al que yo pertenezca.*
- *No cesaré nunca de esforzarme en el mejor cumplimiento de la misión que me ha sido confiada.*
- *Me comprometo solemnemente a no divulgar los hechos de que yo tenga noticia acerca de la vida privada de mis enfermos.*
- *Reconozco la dignidad y grandeza de la misión que he aceptado. Ningún trabajo es trivial e indigno en la lucha contra la enfermedad y preservación de la salud.*
- *Me comprometo a servir con lealtad y obediencia a aquellos bajo cuya dirección estoy colocada. Que nunca en el cumplimiento de mis funciones me falten la paciencia, la bondad y la comprensión” (pp. 7).*

En el primer tercio del siglo XX, se crean las Escuelas de Enfermería y esto representa una emergencia de la enfermería como profesión regulada formalmente y contemplada en diversos planes de estudio con sus correspondientes titulaciones. Habrá que esperar hasta 1915 para el reconocimiento oficial del título de enfermera. A partir de ese momento se reconoce la presencia de los Practicantes, Matronas y Enfermeras, pero mientras los practicantes eran formados en las facultades de medicina, las matronas/enfermeras lo eran en escuelas hospitalarias, generalmente propiedad de órdenes religiosas, y con diferentes contenidos docentes, más técnicos los primeros, más espirituales y morales los segundos. Sus funciones estaban bien diferenciadas: la comadronas se dedicaban a la atención al parto, los practicantes debían aplicar las técnicas (cirugía menor, ayuda al cirujano en intervenciones, curas, aplicar medicinas y tratamientos, vacunaciones, actuar de callista, masajista) y las enfermeras debían

realizar labores más centradas en el cuidado directo a la persona o enfermero (higiene, alimentación, recogida de datos y aplicación de técnicas)

En 1915 se establece el título de enfermera y a propuesta de la orden religiosa de las Siervas de María, se crea por normativa la categoría de enfermera. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes publica la Real Orden aprobando el programa de los conocimientos necesarios para habilitar a las enfermeras. Con él se autoriza a ejercer la profesión de enfermeras a quien acreditase tener los conocimientos necesarios, perteneciesen o no a comunidades religiosas. En él también se especifica las cualidades físicas, morales e intelectuales de la enfermera en general y los deberes y obligaciones que ha de cumplir, tanto cuando se trate de enfermos particulares en su domicilio como en la asistencia que preste a los que se albergan en las salas de los hospitales.

El programa constaba de 70 temas donde se indicaban que los conocimientos del mismo podían adquirirse en clínicas, consultorios, asilos u hospitales y se fijaban los requisitos para el examen ante un tribunal parecido al que debían pasar los practicantes. La ley de 1915 creó una profesión sanitaria, la enfermera, diferente a la del practicante y que posteriormente se reforma. Podemos ver en la Tabla (11) el contenido de los primeros programas para enfermeras y practicantes.

**Tabla 11. Contenidos de los primeros programas para enfermeras y practicantes**

| <b>PROGRAMA PARA ENFERMERAS (1915)</b>   | <b>PROGRAMA PARA PRACTICANTES (1902)</b>    |
|--|---|
| Anatomía y Fisiología  | Anatomía y Fisiología                       |
| Cualidades de las enfermeras y deberes   | Relación con los médicos y farmacéuticos    |
| Higiene/Prevención/Asepsia   | Desinfección                                |
| Anestesia  | Anestesia                                   |
| Cuidados según diferentes patologías, dedica un tema a recién nacidos y otro a enfermos mentales | Embarazo y parto                            |
| Masajes  | Masajes                                     |
| Vendajes   | Vendajes (más extenso que el de enfermeras) |
| Curas  | Curas y cirugía menor                       |
|  | Vacunaciones                                |
| <b>TOTAL: 70 temas</b>   | <b>TOTAL: 78 temas</b>                      |

Fuente: Domínguez-Alcón, 1986:104

Observando la tabla anterior, podríamos plantearnos, si la ocupación de practicante y el de enfermera son ocupaciones diferentes o es una sola ocupación con denominaciones diferentes. Los programas, como hemos podido observar, son muy parecidos en contenido y extensión, aunque se aprecia una diferencia clave en la orientación de los cuidados, en el caso de los practicantes orientado hacia técnicas concretas de cirugía menor, curas y vacunaciones, y en el de las enfermeras hacia el cuidado de las necesidades más básicas y adaptadas a la persona. También se aprecia, en el caso de las enfermeras, una asignatura específica sobre las cualidades y deberes que debe cumplir y seguir, asignatura que no está presente en el caso de los practicantes.

Por tanto, a finales del XIX y principios del XX existen tres ocupaciones dedicadas a la administración de cuidados: practicantes, enfermeras y matronas. Estas siguen estando bajo la jurisdicción médica. En esta época se modifica el sentido de los cuidados, aunque el servicio al enfermo sigue siendo importante, su finalidad principal es ayudar al médico y aplicar sus tratamientos (Bertran, 2005).

### **3.- Profesionalización de la enfermería**

En el siglo XX se inicia la profesionalización de los cuidados enfermeros que culminará con la transformación de la enfermería como profesión reglada. El avance científico hace que las prácticas médicas se orienten hacia la reparación de la enfermedad, y la enfermería se ve relegada a un simple ayudante auxiliar del médico.

Numerosas obras en forma de manuales de enfermería determinan ese papel subalterno de la enfermera, Fischer, A., Arias, P., Durán, TM. y Vargas, AM. (1910), Pijoan, (1920), Solano, (1936), sin embargo la profesión enfermera reclamaba el discurso autolegitimador de la enfermería y no dejaba de hacer hincapié en la aproximación de los aspectos éticos y científicos, en contraposición a un concepto de oficio, entendido como una ocupación basada en actividades rutinarias, modificada por los ensayos y errores experimentados en la práctica individual.

En esta época aparece el debate en torno al estatus de la enfermería. Dos posturas enfrentadas: la vocación frente a la profesionalización técnica. Esto conllevará una crisis de enfermería que se extiende a lo largo de su proceso histórico y que perdura en la actualidad, una crisis de definición que surge de la contradicción que existiría, siempre desde la perspectiva médica, entre sus dos características, paralelas de hecho: vocación y profesionalización (Aparicio 2010). Si desde arriba (médicos) se recomienda a los profesionales la sustitución del rol humanitario por el rol técnico, desde dentro del propio colectivo de enfermería la reflexión se dirige a la reivindicación de la condición profesional de enfermería, pasando por el reconocimiento de la necesidad de la humanización para el cuidado de la enfermedad.

En los siglos XX y principios del XXI, podemos apreciar en la evolución de la enfermera dos periodos, por un lado la época republicana con la creación de las primeras escuelas y la Guerra Civil Española, y un segundo periodo de posguerra con las posteriores reestructuraciones en la formación y los cambios de orientación más reciente.

A partir de este momento, en los manuales escritos, son los médicos los que creen la conveniencia de formar a la enfermera y orientar esa formación hacia la curación de problemas de salud y enfermedad, pero también había que incluir cierto aspecto doméstico a los cuidados.

Estamos en un período de evolución social de la mujer y esa evolución sigue paralelo al desarrollo de la enfermería. Había que promocionar a la mujer.

El 1 de Marzo de 1917 el Ministerio de la Guerra, de acuerdo con la Asamblea Suprema de la Cruz Roja Española, publica el RD aprobado el 28 de Febrero donde se describen las *“Instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo de Damas Enfermeras de la Asociación de Cruz Roja Española”*, donde se exigía para ostentar ese título y pertenecer al Cuerpo: Ser súbdita española, mayor de diecisiete años y pertenecer como asociada a la institución; aprobar los estudios teóricos y las prácticas en hospitales. En el programa establecido se aprecia un incremento importante en los conocimientos que adquiere la enfermera.

Hemos podido acceder al *“Manual de la Enseñanza de Enfermeras de la Cruz Roja”*, escrito por el Dr. Mariano Fernández-Corredor que describe el programa del curso 1917-1918 de forma pormenorizada. En su lectura, se desprenden multitud de aspectos que debemos tener en consideración. A pesar de que la enfermera adquiere más conocimientos, se sigue manteniendo de forma explícita su labor auxiliar del médico, al que debe considerar su *“jefe”* y *“superior”* al que debe informar de las incidencias sufridas por los pacientes y sin otorgarle capacidad de decisión ni juicio clínico en ningún momento. La frase *“cuando lo ordene el médico”* se repite de forma constante en el discurso. También se observa una limitación en la transferencia de los conocimientos médicos hacia las enfermeras, justificándolo en base al poco interés que para la enfermera tienen.

Hemos incluido algunos párrafos aclaratorios:

- Hablando de anatomía: *“No conceptuamos de interés para la enfermera el conocimiento de las particularidades sobre la extensión de este músculo y por tanto suprimimos dicho asunto que interesa al médico”*(pp. 36)
- Hablando de Dietética: *“No conceptuamos de gran necesidad a la enfermera el conocimiento de las dietas a que tendrá que someterse a los enfermos a su cuidado, toda vez que no ella sino el médico es quien tiene que ordenarlo”* (pp. 51)
- Hablando de Auscultación y percusión: *“Este no es asunto de la incumbencia de la enfermera, la misión en este punto de ella, es conocer los instrumentos que para ello se emplean por el médico y anotar en su cartera lo que la ordenen para hacerlo a su vez en la tarjeta o Historia Clínica del enfermo y de esta manera ayudar al médico en su visita”* (pp. 83)
- Hablando de patologías: *“Así pudiera ir diciendo a las enfermeras infinidad de lesiones que pueden presentar los enfermos bajo el punto de vista médico o quirúrgico, pero entiendo que directamente a la enfermera no le corresponde hacer el diagnóstico de sus enfermos, sino únicamente recoger en éste el cuadro de cosas, síntomas que presentó para hacer presente al médico lo que de nuevo presenta un enfermo de visita a visita”*(pp. 99)

- Hablando de neurología: *“Difícil es el asunto del sistema nervioso para poderlo comprender por la enfermera no acostumbrada a estudios médicos, pero hemos procurado exponerlo de la manera menos árida posible para podernos hacer entender, aunque por esta causa hayamos podido ser deficientes para el lector competente de nuestras conferencias-resumen, que sabrá dispensarnos al tener presente tratamos de hacer enfermeras y no médicos competentes, que de hacer así hubiéramos caído en el ridículo de los ridículos”*(pp. 100)
- Hablando de infecciones: *“Igualmente no conceptuamos pertinente el estudio de las infecciones del aparato génito-urinario pues la enfermera, en estas cuestiones, creemos no necesite de precisión conocer y en cada caso, cual siempre, seguirán las instrucciones del médico de quien dependan”*<sup>115</sup>(...) *“lo que a meningitis, etc., se refiere, el campo de acción de la enfermera es limitadísimo y nada podrá hacer sin consultar con su jefe médico”* (pp. 117)
- Las Características que debe tener la enfermera son: *“gozar salud,” “tener vocación,” “no buscar remuneración alguna, sino por el imperativo categórico de hacer el bien por altruismo y abnegación,” “será obediente y cumplirá cuanto se la ordene, pero poniendo a contribución su inteligencia preclara,” “debe demostrar paciencia en el desempeño de su cargo, tratando con la dulzura y cariño que se merece el enfermo,” “debe tener secreto profesional,” “vigilar con constancia a sus enfermos” de hacer”* (pp. 4)

Es decir, necesitaban una persona, mujer, con pocos conocimientos, supeditada a las órdenes médicas, altruista, paciente, obediente, discreta y observadora.

En 1931 aparece el Consejo Superior Psiquiátrico, dependiente de la Dirección General de sanidad. Se establece que en cada Inspección Provincial de sanidad, exista una sección de psiquiatría y enfermedades mentales. En 1932 se crea el Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica, que supone un antecedente importante en España para profesionalizar en el futuro la enfermería especialista en salud mental, posteriormente se publica la Orden del ministerio de la Gobernación sobre los estudios de los enfermeros psiquiátricos

Si analizamos el Programa Oficial para obtener el Diploma de Enfermero Psiquiátrico, podemos ver que además de los temas teóricos sobre asistencia al enfermo mental, se establecen las características que deben tener los profesionales: las condiciones físicas y de carácter del enfermero o enfermera, la relación del enfermero con el enfermo, la discreción y la reserva profesional, la conducta y actitud general del enfermero para con el enfermo, la alegría, bondad, energía necesaria, dominio de sí mismo, honradez, sinceridad, altruismo, la relación del enfermero con los médicos y superiores administrativos, la responsabilidad legal del enfermero, los deberes generales del enfermero en el servicio, la puntualidad, disciplina, moralidad, espíritu de colaboración y compañerismo.

En 1934 se publica el *“Manual de la Enfermera”* de Usandizaga, Director de la Escuela de Enfermería de Valdecilla. En él, además de la formación práctica, se establece la formación teórica en la que se tratan temas de anatomía y fisiología, patología, higiene, técnica del cuidado de los enfermos, química, farmacología, dietética y puericultura y hay 12 páginas (primer tema) destinadas a la enfermera (misión, deberes, cualidades, enfermera modelo). Destacaremos, de este último apartado, que las cualidades físicas que se requieren son: resistencia física y sistema nervioso equilibrado. Ser alegre y optimista. No tener defectos físicos, excelente salud, buena presencia física. Y sobre los requisitos morales: sinceridad, bondad, paciencia, obediencia, sentido del deber y de la responsabilidad, economía y amor a la limpieza. También apunta Usandizaga las características de la enfermera ideal: debe inspirar confianza, siempre dirá la verdad y será discreta, guardará el secreto profesional aparentando ignorancia. Complaciente y atenta. Abnegación, tolerancia y respeto. Alta idea de su misión.

De 1936 a 1939 se produce en España un alzamiento militar originado en Marruecos y encabezado por el General Franco, que se extiende rápidamente por todo el país, empezando así la Guerra Civil. Existen en ese momento diferentes reconocimientos a la profesión Enfermera, designada como un oficio por ser una ocupación manual y llevada a cabo en su mayoría por Órdenes Religiosas. Enfermeras y Practicantes tienen formaciones distintas y sus títulos son expedidos, entre otros, por la Cruz Roja Española y por Falange Española Tradicionalista de las J.O.N.S. En ese momento existen 20 Escuelas en el país.

En 1936 el Dr. Solano publica la segunda edición del *“Manual de la enfermera. Como se asiste a los enfermos y como se ayuda al médico”* que, como se aprecia en el título, sigue exactamente la misma tendencia y título que el escrito en 1909 cuando se crea el Dispensario de Sta. Isabel. En el texto se ofrece a las enfermeras las nociones principales con breves definiciones sin profundizar en un aprendizaje exhaustivo, considerando a la estudiante como medio médico, con una formación similar pero menor. No hace referencia especial a los cuidados, solo teoría y técnicas.

En los años 40-50 se produce el gran “boom” hospitalario, se crea al Instituto Nacional de Previsión que obligaba a todos los trabajadores y empresarios a estar afiliados a la Seguridad Social, lo que provocó la necesidad de nuevos hospitales y la incorporación de profesionales de enfermería. Todo esto conllevó la necesidad de formar nuevos profesionales, por lo que se crearon nuevas escuelas de Enfermería, la secularización de la enfermería y la incorporación de algunos hombres a la profesión.

En 1941 el Ministerio de Educación Nacional publica un BOE (16 julio) con el programa oficial para los ejercicios de las alumnas enfermeras de la Facultad de Medicina. En él se aprecia que el programa práctico lo que valora son cuidados higiénicos básicos y técnicas auxiliares del médico.

A modo de resumen hemos elaborado la siguiente tabla (12) comparativa del currículum formativo a lo largo del tiempo.

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

**Tabla 12. Comparativa del currículum formativo 1902-1915-1941**

| PROGRAMA PARA PRACTICANTES (1902)                               | PROGRAMA PARA ENFERMERAS (1915)                                   | PROGRAMA PARA ENFERMERAS (1941)  |
|---|---|--|
| Anatomía y Fisiología   | Anatomía y Fisiología   | Anatomía y Fisiología  |
| Relación con los médicos y farmacéuticos                        | Cualidades de las enfermeras y deberes                            |  |
|   | Microbiología/infección/Asepsia/enfermedades contagiosas          | Infección e infestación (prevención, asepsia/esterilización)   |
| Anestesia   | Anestesia   |  |
|   | Patología y Cuidados según diferentes síntomas y signos           | Signos y síntomas  |
| Masajes   |   |  |
| Vendajes  | Vendajes  | Vendajes   |
| Curas (instrumental quirúrgico)                                 | Curas (Prevención úlceras por decúbito y operaciones de urgencia) | Curas, instrumental, preparación,...   |
|   | Técnicas de recogida y conservación de muestras                   | Técnicas de recogida y conservación de muestras  |
| Primeros auxilios   | Primeros auxilios   | Primeros auxilios<br>Atención a las urgencias  |
| Farmacología (formas de aplicación)                             | Farmacología  |  |
| Cirugía menor (sangrías, hemostasia, Vacunaciones, inyecciones) | Inyecciones   | Técnicas (inyecciones, enemas, ventosas, tratamiento hemorragias, irrigaciones, oxigenoterapia, curas, vendajes,...) |
| Embarazo y parto  | Cuidados del recién nacido  |  |
|   | Dietética   | Nutrición y alimentación   |
|   | Enfermedades mentales   |  |
|   |   | Higiene  |
|   | Control de constantes   | Control de constantes  |
|   |   | Higiene, aseo.   |

Fuente: Elaboración propia en base a Domínguez-Alcón (1986)

Se aprecia una clara diferencia entre el contenido teórico de los practicantes, eminentemente técnico y muy alineadas con la práctica médica, y el de las enfermeras, que aun siendo técnico, es de menor calado. Podemos distinguir también que mientras a los practicantes se les enseñaba como debía ser la relación médico-practicante, a las enfermeras se les enseñaban las cualidades y deberes que debían seguir.

En 1942 el Dr. Murga y Serret, publica *“La enfermera española”*, adaptada al programa oficial de las Facultades de Medicina, publicado en el BOE del Ministerio de Educación Nacional de 1941. El documento, contiene un programa teórico de 33 lecciones y un programa práctico.

En 1944 aparece la Ley de Bases de Sanidad Nacional que contempla la creación de los Colegios Oficiales de Auxiliares sanitarios y del Consejo General que acoge a Practicantes, Matronas y Enfermeras. Ese mismo año hay una Orden del 26 noviembre 1945 del Ministerio de Gobernación en la que se aprueba el Reglamento y Estatutos del Consejo General de Auxiliares y de los Colegios Provinciales, respectivamente, y los Estatutos del Consejo de previsión y socorros mutuos. En él se diferencia



claramente las funciones cada uno de los profesionales, deja muy clara la dependencia y subordinación al médico por parte de enfermería:

- El practicante es auxiliar inmediato del médico en todas sus actividades profesionales
- La matrona está autorizada por su título a asistir a partos normales
- La enfermera es la auxiliar subalterna del médico, estando siempre a las órdenes de éste. La enfermera por sí sola no tiene facultades para llevar a cabo ningún cometido

En la Tabla (13) podemos apreciar claramente las diferentes funciones que realizan practicantes y enfermeras.

**Tabla 13. ACTIVIDADES DE PRACTICANTES/ENFERMERAS**

| PRACTICANTES  | ENFERMERAS  |
|---|---|
| Realizar operaciones de cirugía menor.<br>Ayudar en grandes operaciones realizadas por los médicos.<br>Curas a operados.<br>Administrar medicación y tratamientos bajo orden médica.<br>Administrar inyecciones.<br>Asistir a partos normales.<br>Realizar vacunaciones.<br>Aplicar tratamientos específicos de cirujano callista y pedicuro o masajista. | Proporcionar atención: aseo, alimentación, eliminación, recogida de datos clínicos.<br>Administrar medicamentos bajo orden médica.<br>Asistir a operaciones quirúrgicas, intervenciones y curas ayudando a los médicos. |

Fuente: Sellán, C., (2007)

En 1952 el Ministerio de Educación Nacional promulga un decreto por el que organizan los estudios de la carrera de enfermera y se crea la Comisión Central de estudios de Enfermeras (CCEE) como órgano asesor del Ministerio. Este órgano está presidido por un médico y en las vocalías se incluye un representante de la jerarquía eclesiástica, la Dirección General de sanidad, la Sección Femenina, Sanidad Militar, Cruz Roja, religiosas auxiliares sanitarias, etc.

En el decreto se establece que las escuelas debían estar dirigidas por médicos, los cargos de jefatura de estudios y secretaria podían desempeñarlos enfermeras y los profesores debían ser médicos, además debería haber enfermeras instructoras, capellán y administrador. La legislación da soporte e institucionaliza la subordinación de la profesión enfermera respecto de la medicina y relega a las escuelas y enfermeras a un papel secundario con pocas posibilidades de intervención en la dirección de la escuela (Bertran, 2005).

A mediados del siglo XX, en septiembre de 1953, se reorganizan nuevamente los estudios con la publicación de un BOE con una Orden del Ministerio de Educación Nacional que determina las normas de estudio de las escuelas de enfermeras. Los estudios de enfermería, que dependían de la facultad de Medicina, se cursan en régimen de internado con una duración de 3 años. Los requisitos para ingresar

## **TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

en la escuelas de enfermeras son: tener diecisiete años, tener aprobado el Bachillerato elemental, poseer las condiciones físicas y de salud necesarias, que se comprobaran por medio de un reconocimiento médico, ser presentadas por dos personas de solvencias moral reconocida, aprobar el examen de ingreso en la Escuela y presentar una carta en la que razone los motivos por los que se desea seguir los estudios de Enfermera. La Jefe de la Escuela, a la vista de los documentos presentados y después de haber celebrado una entrevista personal con la solicitante y hecho las investigaciones que juzgue oportunas informará a la Junta Rectora, que decidirá si se la admite o no a examen de ingreso. Al final del primer trimestre hacía una selección entre las alumnas y solo permitía continuar sus estudios a aquellas que demostraban condiciones físicas, morales e intelectuales y vocación suficiente para el ejercicio de la profesión, con arreglo al informe suministrado por profesores, instructoras y jefes de servicios.

Con el Decreto de 4 de diciembre de 1953, se funden los planes de estudios de Practicantes, Matronas y Enfermeras en uno solo: ATS (Auxiliar Técnico Sanitario), ésta titulación potenciaba la técnica en la enfermería y la ayuda al médico, dejando de lado el cuidado de la persona que en la etapa anterior realizaba la religiosa sanitaria. Es en este momento cuando se produce la gran transformación en el campo profesional (Cantero, 2010).

En 1955 se publica un BOE del Ministerio de Educación Nacional que establece las Normas para nueva organización de sus estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios, que establece un incremento claro del nivel de estudios. Los ATS pasan a ser considerados como profesionales técnicos.

En abril de 1956 se publica un BOE del Ministerio de Educación Nacional que describe el Reglamento de la Escuela de Ayudante Técnico Sanitario Masculino de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid. Este centro funcionará bajo la dependencia inmediata de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid con la que está vinculada por la naturaleza de sus estudios.

El Decreto 2319/60 sobre la Competencia Profesional, legisla las funciones de la enfermera y obligaba a que su actuación se desarrollara siempre bajo dirección del médico. En ningún momento se reconoce ningún grado de independencia a los profesionales.

El crecimiento hospitalario y la diferenciación de los puestos de trabajo vinculados a la progresión científico-tecnológica en el ámbito de la salud durante la segunda mitad del siglo XX, propician el crecimiento de la demanda de ATS, y las residencias sanitarias favorecen la creación de escuelas propias para la formación de profesionales.

Durante los años siguientes hay un auge importante de la profesión que ve como regula algunas de las especialidades (Radiológica y Electrología, Podología, Pediatría y Puericultora, Enfermería del Trabajo, Psiquiátrica y Neurología, Análisis Clínicos, Urología y Radio-Electrología).

La enfermería es transformada en una profesión reglada y este orden se extiende hasta la década de 1970, en que la Ley General de Educación 418/70 contempla la creación de la Diplomatura en Enfermería en el que se perfila la enfermería como profesión, logrando el control sobre sus propias competencias.

La importancia de la educación universitaria desempeña un papel fundamental en el cambio del perfil profesional de la enfermera en todos los niveles. Se concibe la profesionalización como la apropiación de un amplio cuerpo de conocimientos científicos, teóricos y metodológicos, así como una amplia y sólida formación filosófica que permita a la enfermera actuar en congruencia con la guía del conocimiento y el compromiso de la permanente actualización, con vocación humanista de servicio al paciente (Olivera, 2007)

En 1977 se publica el BOE 22/8/77 del Ministerio de Educación y Ciencia que determina las directrices para la elaboración de los planes de estudios de los Diplomados en Enfermería y en 1980 el mismo Ministerio, publica el BOE 24/1/80 con el que se homologan los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) y el de Diplomado de Enfermería.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, únicamente se refiere al ejercicio libre de las profesiones sanitarias sin afrontar su regulación, aunque prevé como competencia del Estado, la homologación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización de personal sanitario, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios. El objetivo primordial es establecer la estructura y funcionamiento del sistema sanitario público en el nuevo modelo político y territorial del Estado que deriva de la Constitución de 1978.

Entre 1998 y 2003 los países miembros de la Unión Europea se reúnen en diversas ocasiones realizando diversas declaraciones (Sorbona (1998), Bolonia (1999), Praga (2001)) en los que determinan la convergencia entre los sistemas nacionales de educación superior, que permita la libre circulación de profesionales. Se incide en la importancia de un desarrollo armónico de un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y evalúan los avances realizados por cada país en la reunión de Berlín de 2003.

Aparece el concepto de crédito europeo de transferencia y acumulación (ECTS) para todos los estudiantes de la UE como punto de referencia que permita la colaboración entre universidades. Esto implicará la reorganización conceptual de los sistemas educativos para adaptarse a los nuevos modelos

de formación centrados en el trabajo y aprendizaje del estudiante, y también fomentará la movilidad de los estudiantes dentro y fuera de Europa. El EEES va a permitir que la enfermería quede estructurada igual que el resto de disciplinas.

Para tratar de lograr estos fines y continuar progresando en calidad y seguridad de las enseñanzas, adaptándose a las nuevas metodologías enseñanza-aprendizaje, se fomenta en los alumnos el desarrollo del pensamiento crítico, para así, poder lograr que germine en ellos la actitud por la investigación, poniendo a su alcance los conocimientos y herramientas necesarias para que puedan manejar con éxito las nuevas tecnologías de la información, para su posterior comunicación y divulgación de los avances logrados. También se les transmite que las necesidades personales y de los diferentes colectivos han cambiado considerablemente en un corto periodo de tiempo, por ello los profesionales enfermeros deben considerar no sólo las respuestas a las modificaciones sustanciales en la demanda de cuidados, sino que también deben ser capaces de consensuar cuál es la oferta profesional que tendrán que desarrollar (Matesanz, 2009)

Pero parece ser que este proceso, aunque importante, no es del agrado de todos, autores como Hernández (2010) o Francisco (2008), son escépticos ante la idea de que ese aumento de tres a cuatro años de la formación pregraduada se vaya a traducir en grandes diferencias entre la formación y las competencias profesionales adquiridas por los nuevos graduados en relación a los diplomados.

En 2003 entra en vigor la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003), esta ley viene a cohesionar el ejercicio de las profesiones sanitarias con el derecho a la protección de la salud, a la vida y a la integridad, a la intimidad personal y familiar, a la dignidad humana y al libre desarrollo de la personalidad.

Como hemos visto, los cambios sociales, profesionales y legislativos ocurridos en los últimos años, inciden directamente en las competencias y perfiles profesionales, por lo que se debía elaborar una propuesta que permitiera converger los estudios a los parámetros que marcaba el Espacio Europeo de Educación Superior. La Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) realizó en 2009 el *Libro Blanco. Título de grado de enfermería*, un trabajo en colaboración de la mayoría de universidades españolas, con el objetivo de diseñar el contenido del Título de Grado adaptado al EEES.

Es decir, el porvenir de la enfermería se debe construir desde la formación superior. Pero ¿qué aporta la formación superior al desarrollo de la profesión?

Según Martínez (2011):

- 1.- La formación superior identifica la prestación de cuidados como eje que articula todo el trabajo enfermero.

- 2.- Hace más clara la identificación del ámbito de competencia y del servicio enfermero ya que: amplía la comprensión de la comunidad y de los clientes.
- 3.- Capacita para demostrar que esa porción de las necesidades y problemas de salud de la comunidad que identificamos con la perspectiva del cuidado es relevante en relación a la salud y al bienestar de la población.
- 4.- El conocimiento profundo de las diversas perspectivas conceptuales, asegura el pensamiento crítico y el diseño creativo del cuidado.

Respecto a la capacidad para solucionar problemas, la contribución de la formación superior puede concretarse en:

- 1.- Amplia y define con mayor precisión el ámbito de responsabilidad enfermero.
- 2.- Dota de un mayor abanico de prescripción a los profesionales.

Sin duda, la formación superior permitirá que las enfermeras reivindiquen un sistema de promoción profesional basado en la posibilidad de desempeñar correctamente mayores responsabilidades en la gestión y la planificación de los servicios sanitarios, pero también en la capacidad de resolver situaciones de cuidado cada vez más complejas que se presentan en la comunidad.

Existen documentos, que a modo de recomendaciones, señalan los cambios potenciales venideros y que van a necesitar una nueva cartera de servicios profesionales:

- ✓ El documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "La política de salud para todos en el siglo XXI"<sup>3</sup>, que formula diez objetivos para poder atender y mantener el mejor estado de salud de la población posible en los dos primeros decenios de este milenio.
- ✓ La décima conferencia ministerial de la OMS sobre los cuidados enfermeros y obstétricos, (Declaración de Munich: las enfermeras y matronas una fuerza para la salud) aborda el rol esencial que tienen las enfermeras en Europa y la contribución que aportan al desarrollo sanitario y a la prestación de los servicios de salud<sup>4</sup>.
- ✓ El documento de la OMS, sobre "Servicios de Enfermería y partería. Orientaciones estratégicas, 2002-2008"<sup>5</sup>, establece los objetivos y estrategias a desarrollar y los resultados a lograr por las enfermeras durante este periodo.
- ✓ Documentos marcos que hacen referencia a las competencias de la enfermera generalista del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2003)<sup>6</sup>.

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1998) *La política de salud para todos en el siglo XXI*. Disponible en: [http://www.famp.es/racs/intranet/otras\\_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf](http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf) Consultado el 23/5/14

<sup>4</sup> DECLARACIÓN DE MUNICH (2000) *Enfermeras y matronas: una fuerza de salud*. Oficina Regional Europea de la OMS. Disponible en: [http://aesmatronas.com/descargas/doc\\_otros/DECLARACION\\_DE\\_MUNICH.pdf](http://aesmatronas.com/descargas/doc_otros/DECLARACION_DE_MUNICH.pdf) Consultado el 12/8/14

<sup>5</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002) *Servicios de Enfermería y partería. Orientaciones estratégicas, 2002-2008*. Disponible en: [http://200.144.255.73:8000/whocc/images/online/archivo\\_strategic\\_directions\\_es.pdf](http://200.144.255.73:8000/whocc/images/online/archivo_strategic_directions_es.pdf) Consultado el 23/5/14

<sup>6</sup> CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA (CIE) (2003) *Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista*. Disponible en: [http://www.cnde.es/cms\\_files/Marco\\_Competencias\\_CIE\\_Enfermera\\_Generalista.pdf](http://www.cnde.es/cms_files/Marco_Competencias_CIE_Enfermera_Generalista.pdf) Consultado el 23/5/14

- ✓ Investigaciones realizadas por Aiken L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002), que demuestran como disminuyen la incidencia de problemas sanitarios y los índices de mortalidad, en los pacientes hospitalizados, cuando estos son cuidados por titulados enfermeros con un alto nivel de formación.
- ✓ La Directiva de la Comunidad Económica Europea, COM (2002) 119 final, 2002/0061 (COD), relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, que dice: “Los estados miembros asegurarán que el conjunto del programa de enseñanza se encuentra bajo la responsabilidad y dirección del personal de enfermería de la escuelas o de la institución de enseñanza reconocida por la autoridad competente y según la legislación vigente”<sup>7</sup>
- ✓ Los Estatutos de la organización Colegial de Enfermería de España, que en su Título III “De los principios básicos de la profesión de Enfermería”, desarrolla en dos capítulos los principios del ejercicio profesional y la calidad y la excelencia de la práctica profesional de enfermería.
- ✓ Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), que tiene como objetivo garantizar la equidad, calidad y participación social en el Sistema Nacional de Salud. En su capítulo III hace referencia a los principios generales de los profesionales de la salud y dice que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales debe orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.
- ✓ Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (2003), que desarrolla el ejercicio de las profesiones sanitarias enmarcada en cinco títulos. En el Título I, artículo 7, apartado 2, define que: “corresponde a los diplomados universitarios en enfermería, la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.
- ✓ Ley Orgánica de Universidades (2001) proporciona el marco educativo en el que encuadrar los estudios universitarios. En el articulado correspondiente al título XII, contempla las reformas que hayan de realizarse en las estructuras de los estudios para adaptarlos al EEES.
- ✓ La integración del Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Educación Superior, Documento Marco, publicado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, establece las grandes líneas para la adaptación de las enseñanzas a dicho EEES<sup>8</sup>.

Sin embargo, a pesar de todos los retos que se presentan a las enfermeras a medio y largo plazo, los estudios de Grado no ofrecen ese cambio paradigmático que se esperaba, y representa más un cambio a nivel de metodología docente que de contenido. Parece claro que el grado (y también las especialidades) no fue resultado de una planificación consciente basada en las necesidades del sistema,

---

<sup>7</sup> COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2002) *Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales*. Disponible en: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2002/ES/1-2002-119-ES-F1-1.Pdf> Consultado el 15/5/14

<sup>8</sup> MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE (2003) *La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Documento Marco. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion-documentacion-basica> Consultado el 23/7/14

sino que se trató simplemente de desarrollos derivados de la intención uniformadora de las autoridades sanitarias y educativas españolas plasmadas en los procesos de adaptación al EEES (Hernández, 2010).

Después de todos estos años de evolución profesional, en los que se ha luchado por que el cuidado enfermero sea el núcleo disciplinar propio y exclusivo de la enfermería e independiente del médico, podemos ver que en la actualidad existe un claro conflicto con la realidad, y hoy el papel de la enfermera se ve relegado a la realización de tareas que complementan la intervención médica. Es decir, enfermería aún no ha encontrado un sitio autónomo y reconocido dentro del sistema sanitario, debido en parte, a la naturaleza de su objetivo profesional (el cuidado, de naturaleza intangible) y al ejercicio del mismo (no hay una manera única de cuidar, sino que el cuidado es individualizado y adaptado a cada persona que lo recibe) (Alberdi y Cuxart, 2005).

Podríamos decir, citando a Nogales que “a pesar de todos los cambios aportados por la evolución de la ciencia, la enfermería sigue manteniéndose, desde los más remotos tiempos, en su objetivo de benefactora del ser humano a través de su cuidado” (2006:17)

### **3.2.- PROFESIÓN Y CULTURA**

#### **1.- Profesión y ocupación enfermera**

El concepto profesión ha estado unido al progreso y desarrollo de las sociedades, “pero es difícil tener una definición única de la profesión, ya que existe una frontera difusa entre lo que es una ocupación y una profesión. Sin embargo, es posible identificar algunos elementos como la formación educativa de alto nivel, la estructura organizativa, la vinculación con las estructuras de poder, el estatus, la actualización continua y la búsqueda de autonomía como factores que inciden en la determinación de una actividad determinada como una profesión” (Fernández, 2001:1).

Muchos son los autores que a lo largo de la historia han analizado el proceso de creación de las profesiones, lo cierto es que el desarrollo de una profesión está ligado a la evolución de las sociedades, donde asume unas características determinadas por las que se reconoce su institucionalización dentro de la sociedad a la que pertenece.

Según la sociología de las profesiones, existen cinco atributos que son esenciales para que exista una profesión (Greenwood en Bañez, 2003:30):

- “La existencia de un cuerpo de conocimientos, que sustente la práctica
- La autoridad profesional y ser capaz de determinar lo que es más adecuado para el cliente

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- La sanción social de esta autoridad, de forma que se confiere a la profesión el control sobre los mecanismos de admisión e ingreso a la profesión y la confidencialidad
- Un código ético que regule la conducta de los profesionales
- Una cultura profesional formada por valores, normas y símbolos que establecen unas creencias comunes a todos los profesionales sobre lo que es o debe ser la profesión”

Otros autores, como Cleaves, sostienen que las profesiones “son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad y elevadas normas éticas” (Cleaves en Gallego 2009:45)

Dentro del área de la salud, F. Freidson (1978) analizó la profesión médica, según él, la profesión la ejercen personas que realizan un conjunto de actividades consideradas útiles y productivas, mediante la utilización del conocimiento formal por parte de estos profesionales, además el concepto de profesión requiere, no sólo la formación universitaria de sus miembros, sino que estos deben estar organizados en instituciones destinadas a configurar su identidad profesional. Según el autor es importante identificar el papel que el Estado y las instituciones tienen a la hora de garantizar un estado de privilegio de una profesión y de sus élites, es decir, confiere un estatus profesional con un reconocimiento y un poder legitimado. Este estatus, confiere el reconocimiento y la confianza de los usuarios y se basa en la posesión desigual del conocimiento entre el profesional y el cliente. El autor enfatiza las tres características que considera fundamentales en una profesión: monopolio del saber y de su aplicación técnica, requerimientos para el acceso y elitismo del conocimiento y de la autoexigencia, es decir, defiende que el dominio y la autonomía son el centro del profesionalismo. En esta misma línea, J. A. Rodríguez y J. L. Guillém, determinan que “El conocimiento abstracto se configura como un eficaz mecanismo para el mantenimiento de posiciones sociales de poder y privilegio” (1992:10). En este caso, F. Freidson determina que la ocupación de enfermería, es una ocupación paramédica.

Autores como Larson, entiende la profesionalización como un proceso evolutivo que se va modificando a lo largo de la historia y es ésta la que determina el tiempo, las condiciones y estructuras del proceso. Según la autora, las profesiones son organizaciones que intentan el dominio intelectual y organizativo de áreas de preocupación social, y el proceso de profesionalización consiste en la creación de un monopolio de mercado por parte de las profesiones que deberá proveer de la estandarización del producto ofrecido y su control, la exclusividad del conocimiento y la eliminación de competidores del mercado (Larson en Rodríguez y Guillém, 1992).

Otro de los autores que aborda el estudio de las profesiones desde la sociología de las profesiones es A. Abbott (1988), para él, el desarrollo de las profesiones está unido a las relaciones interpersonales y al contenido de la actividad profesional, pero siempre visto en un contexto donde se otorga el poder al



conocimiento profesional. El conocimiento abstracto es el elemento imprescindible para la ampliación de sus jurisdicciones y el mantenimiento del poder y privilegio, y esa jurisdicción y estatus es más elevada cuanto mayor es la cohesión interna y la capacidad de movilización de sus miembros. El autor establece los valores que todo grupo profesional debe exhibir: altruismo, disciplina interna, eficiencia en la aplicación de los conocimientos y resolución de problemas y compromiso hacia la sociedad, las instituciones sanitarias y los clientes.

En general, todos los estudios realizados sobre las profesiones “coinciden en que una profesión es un grupo profesional con una pericia especial, basada en un aprendizaje extenso y en un conocimiento abstracto” (Rodríguez y Guillén, 1992:13).

En base a estos atributos y partiendo de la base de que en la Ley de Ordenación de Profesiones sanitarias, la enfermería se considera una profesión sanitaria. Como base para fundamentar esta afirmación podemos aportar algunas consideraciones:

- Enfermería posee un cuerpo de conocimientos a nivel de grado universitario con unas especialidades desarrolladas en la Ley de Especialidades.
- Enfermería posee la capacidad de decidir lo que es más adecuado para los pacientes en base a esos conocimientos adquiridos en la etapa académica
- Posee una organización colegial que se encarga de la ordenación profesional
- Basa su actividad en un código ético
- El altruismo y espíritu de servicio a la comunidad se reflejan en los estatutos colegiales

En base a todo esto podríamos decir que enfermería podría considerarse una profesión, pero hemos de ser conscientes de las limitaciones que el colectivo posee.

- El intrusismo profesional es un hecho real, y no sólo porque haya otras ocupaciones que sin la titulación necesaria realicen actividades enfermeras, sino porque enfermería, durante años ha visto la usurpación de competencias que les eran propias y la creación de profesiones nuevas derivadas de ellas (podología, fisioterapia, dietética, son ejemplos), por lo tanto no hemos sabido mantener nuestras jurisdicciones ni privilegios.
- El conocimiento enfermero, en muchas ocasiones no es propio de la disciplina, sino que se impregna de conocimientos de otras disciplinas (pedagogía, antropología, sociología, medicina, psicología,...) dejando de lado aquel conocimiento propio (diferentes modelos de enfermería).
- Durante la vigencia de los estudios de ATS y la Diplomatura, las enfermeras eran formadas por personal médico, con los sesgos profesionales de identidad que ello comportaba.
- En relación a la creación del conocimiento propio que se debería originar mediante la investigación y la evidencia científica, no ha sido un tema prioritario entre los profesionales

hasta la incorporación de la disciplina al ámbito universitario y por tanto no ha habido tiempo suficiente para generar conocimiento.

- En el control del contenido de trabajo, enfermería también tiene limitaciones, como es la dependencia médica de sus actuaciones, que condiciona su quehacer diario a pesar de contar con competencias propias que podría desarrollar.

Si a todo esto añadimos el altruismo, la intuición, el humanismo, la indefinición e intangibilidad de los cuidados, la feminización de la profesión y el cuidado como tarea doméstica y la poca cohesión interna del colectivo (Creus, 2002a:417), no es de extrañar que autores como Bertrán (2004), Bañez (2003), Ramió (2005), Hernández (2010), Mompart (2004), pongan en tela de juicio y perciban carencias el proceso de profesionalización enfermera.

El recorrido histórico de la profesión, que hemos visto anteriormente, con todas sus fluctuaciones ha influido en su desarrollo. Según J. Siles, los colectivos que han desarrollado su propia historia, establecen grupos socioprofesionales y científicos muy vertebrados, y sin historia, no hay existencia social, sin una conciencia histórica, entendida como antesala del desarrollo social, se configuran “sociedades silenciosas, sin voz, que apenas evolucionan y mantienen en un nirvana sus estructuras ideológicas, sociales, políticas y económicas, erigiéndose la tradición oral en la conservadora por antonomasia del patrimonio cultural (son ágrafas)” (2004:7)

La memoria colectiva es la que dota de identidad a un grupo profesional, ese poder de grupo es el que va a crear la propia memoria, es decir, la historia sirve como depositaria de una memoria colectiva que ha de crear el grupo y en el caso de enfermería, su memoria histórica está proyectando en la sociedad las dimensiones biológicas, de género, limitadas al ámbito doméstico (Siles, 2004) y con cierto carisma pseudoreligioso-vocacional.

¿Puede tener enfermería una memoria histórica y una identidad corporativa como grupo profesional después de ver su recorrido histórico? En realidad la enfermería como grupo profesional, tiene una historia muy corta y sembrada de obstáculos:

- Inicialmente los cuidados eran de naturaleza doméstica y hasta bien entrado el siglo XIX eran proporcionados por mujeres sin un conocimiento o preparación formal.
- Durante mucho tiempo el cuidado a las personas estaba compartimentado en más de un grupo profesional (barberos, ministrantes, sangradores, ministrantes, enfermero, matrona, practicante, enfermera,...) sin que el cuidado integral y holístico fuera el eje vertebrador de sus funciones.
- El impacto de la Iglesia en la profesión aún se percibe en la imagen estereotipada que la sociedad tiene de la enfermería.

- Cuando aparece la figura de ATS, que unifican los estudios de practicante, matrona y enfermera y es cuando enfermería pierde su nombre, las matronas no se identificaban con la carrera y los practicantes vieron reducido su estatus, y adquieren un cuerpo de conocimientos como auxiliar del médico basado en el modelo biomédico, perdiendo la esencia de los cuidados que deberían guiar la práctica y estructurando su trabajo alrededor de él.
- Cuando se integra en la universidad y se crea el título de diplomado, recupera su nombre, pero sus conocimientos siguen estando basados en el modelo biomédico y en sus actividades prevalecen las funciones delegadas de ellos, por encima de las funciones propias de cuidado.

Es decir, es difícil reconocer que la enfermería ha terminado su proceso de profesionalización, a pesar de que se ajusta a los requisitos que algunos autores definen para determinar la profesionalidad de un grupo social, y del esfuerzo que están haciendo los profesionales en adaptarse a los cambios curriculares.

El carácter cotidiano y doméstico de la actividad enfermera, impide que la sociedad reconozca la labor esencial que esta profesión viene realizando desde la antigüedad, pero también el colectivo debe colaborar en ese reconocimiento y valorar su propia aportación a la sociedad y al sistema de salud, sólo así será la forma de que enfermería reconozca su participación imprescindible en la historia de los cuidados desde tiempos inmemoriales.

Pero lo más importante y que determina el que una ocupación pase a considerarse una profesión es el valor simbólico que la sociedad otorgue a dichas actividades, y el cuidado de las personas, a pesar de la suma importancia para la supervivencia de los grupos, se realizaban en el ámbito doméstico y privado, y culturalmente se otorgó esa labor a las mujeres que de una forma “natural” adquirieron ese rol. Mujeres que fueron consideradas seres inferiores, desprovistos de inteligencia, impuros,... ¿qué valor se le podía otorgar a sus actos? Es el mismo valor que se le otorga en la actualidad a las labores de las amas de casa que siguen sin ser reconocidas como trabajadoras y sin remuneración económica, excepto cuando estas actividades son realizadas fuera del ámbito familiar.

Por lo tanto, sólo cuando las actividades relacionadas con el cuidado a las personas fueron necesarias fuera del ámbito doméstico, debido a carencias sociales, conflictos bélicos, creación de hospitales, desarrollo tecnológico, necesidades de la actividad médica,... se empezó a visualizar la enfermería. Como indica J. Siles (2000), cuando se estudia la mujer, como elemento básico y actora social imprescindible en la función sociosanitaria de la familia, es cuando enfermería entra en la historia y comienza el proceso de socialización profesional.

Las profesiones que han evolucionado a posiciones más privilegiadas se consideran a sí mismo útiles a la sociedad y proyectan esa imagen en ella utilizando todos los medios a su alcance, es decir, influyen en la

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

construcción de su imagen social, de su realidad histórica, por lo que todos sus integrantes se autorresponsabilizan de ello. Pero en una sociedad democrática, la historia debe construirse mediante la aportación de todos sus colectivos integrantes y todos deben tener las mismas oportunidades de tener voz en el proceso (Siles 2004).

Viendo el recorrido histórico de la profesión, podemos ver que su presencia en la historia es de forma fragmentada, siempre en base a necesidades concretas y sobre todo sin perder de vista el género como base para la discriminación de la mujer y la concesión de roles. De forma que si se necesitaba una persona que hiciera una técnica concreta como las sangrías, pues se creaba el sangrador, si era necesaria la realización de cateterismos venosos, se creaba el flebotoniano,... hombres formados para ello y reconocidos por ello, mientras que la enfermera se dedicaba a cubrir las necesidades básicas de la persona (higiene, alimentación,...) sin necesidad de formación, porque sus actividades no son valoradas suficientemente, es lo “natural”.

En la actualidad, aunque se han unificado las actividades del cuidado entorno a los profesionales de enfermería, sigue sucediendo algo muy parecido, los enfermeros son ubicados en servicios donde domina la tecnología y son reconocidos laboral y socialmente, y las enfermeras se ubican en plantas asistenciales de atención directa al paciente y no se sienten reconocidas.

Lo cierto es que enfermería, si nos basamos en la historia, no ha tenido durante mucho tiempo una ideología y una identidad profesional clara para evolucionar en la sociedad, y esto le ha impedido la planificación y ejecución de estrategias que le permitieran conseguir objetivos propios como colectivo.

La ideología profesional, podemos definirla como “conjunto de significados, símbolos, imágenes y creencias que tienen lugar en una determinada sociedad y que explican ciertas interpretaciones y orientan las pautas de conducta y comportamiento de un grupo social, dándoles identidad para sustentar una forma de reconocerse y reconocer a los demás, así como para expresar una determinada cosmovisión, la cual se presenta como válida para ser asumida y en su caso defendida ante otras” (Jarillo, 1999:65), ésta es adquirida durante el proceso formativo e influye en la valoración y comportamiento profesional, y da identidad y significado a la profesión. Es decir, la ideología otorga legitimidad, que es la que puede reconocerse cuando se expone una cierta forma o modelo de ideología que se mantiene, y cuya transmisión es la que se prioriza o reivindica como modelo correcto de ejercicio profesional.

La universidad tiene la función social de formar a los nuevos profesionales, y es el espacio privilegiado en la transmisión ideológica, aunque pocas veces se asuma y acepte esa función (Bourdieu y Passeron, 1967), también se realiza esta transmisión en los órganos colegiales o gremiales, o los medios de

comunicación que son origen y vehículo de transmisión de ideología. En la historia de enfermería, la transmisión ha estado dificultada por el mismo proceso de profesionalización.

La profesionalización es una referencia a un determinado grupo de personas con aspectos e intereses comunes. Los individuos que se identifican con una profesión, comparten su sentido social y la ejercen, pueden tener unas representaciones y valores simbólicos de la profesión, pero no pueden evitar que se les identifique con un conjunto de atributos reconocidos como parte de una profesión. El proceso de construcción simbólica de las profesiones, no sólo depende de la ideología individual que asuma una persona dentro de la sociedad (una imagen del ser y del deber ser profesional, de las relaciones con otras profesiones y de su función en la sociedad), sino que depende del concepto de la profesión que exista en la sociedad y la posición ideológica que otras profesiones adopten con respecto a una profesión determinada. La ideología de una profesión, puede surgir y generarse dentro de la misma profesión y de los profesionales que la integran, pero llega un momento en que ese imaginario profesional y el reconocimiento de los atributos de una profesión quedan fuera del margen de control que los miembros ejercen y pasan a ser parte de la conceptualización general que la sociedad tiene. Para que exista una coherencia ideológica, deben coincidir los valores externos, reconocidos para dicha profesión por parte de la sociedad en general y lo que determinan los miembros de dicha profesión. Es decir, podemos distinguir un componente referido a la ideología social sobre las profesiones y otro a la ideología que sobre sí misma tiene determinada profesión. La interacción entre ambas da lugar a la ideología profesional (Jarillo, 1999).

La identidad de la enfermería vista socialmente permanece en gran parte en su pasado histórico y sus funciones se entrelazan en la estructura social doméstica. Su legitimación pasa por dar validez a las funciones que realiza, como necesarias para el desarrollo de la sociedad y la realidad es que en la actualidad el rol de cuidadora de la mujer siguen frenando la justificación profesional y científica de la enfermería en el terreno más resistente a las modificaciones: el de las mentalidades (Siles, 2004)

De hecho, en la actualidad existen, al menos tres bases de pensamiento diferentes de la enfermería sobre cual es el eje alrededor del que se estructura la profesión.

De forma esquemática podríamos clasificar estos profesionales en razón de su concepción de la enfermería, en tres grupos bien diferenciados y que se han denominado, según Martínez (2011:8):

- 1.- “Enfermeras cuidadoras”
- 2.- “Enfermeras tecnológicas”
- 3.- “Enfermeras ATS”

En base a sus características específicas aportadas por Martínez (2011), hemos elaborado la tabla (14):

Tabla 14. Diferentes concepciones de la enfermería actual según Martínez (2011)

| Grupos profesionales | Eje de su trabajo                          | Objetivo de trabajo                                  | Áreas de trabajo   |
|----------------------|--|--|--|
| Enf. cuidadoras      | Necesidades del paciente                   | Satisfacción de las necesidades del paciente/cliente | Salas generales, en la atención primaria y con enfermos crónicos                     |
| Enf. tecnológicas    | Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad | Conseguir el diagnóstico y tratamiento más eficaz    | Cuidados intensivos, urgencias, quirófanos y trasplantes                             |
| Enf. ATS             | Trabajo del médico                         | Conseguir mayor rendimiento de la labor del médico   | Cualquier área donde exista personal médico que necesite colaboración en su trabajo. |

Fuente: Elaboración propia en base a Martínez (2011)

Podemos ver que en los tres casos el eje y el objetivo que vertebra su trabajo son diferentes, son diferentes concepciones de la profesión y esta diferencia dificulta de forma importante la creación de una ideología única y no ayuda a la cohesión del colectivo.

En este contexto, el proceso de profesionalización de la enfermería es un camino largo y lleno de dificultades. Cambiar el conocimiento práctico hacia el conocimiento científico es un reto para el colectivo; conseguir la autonomía en un contexto donde en la práctica asistencial se están desempeñando roles, en su mayoría, dependientes de la actividad médica y dejando en un segundo plano la responsabilidad de la toma de decisiones al ejecutar los planes de cuidados; la colegiación que debería ser la impulsora de los avances profesionales, no encuentra la fuerza necesaria en los profesionales que no participan activamente en ellos; cambiar la imagen social de la profesión, haciendo visibles los cuidados, para conseguir un reconocimiento,... todos estos son elementos que chocan contra el desarrollo profesional y la imagen que los profesionales tienen de su profesión.

Podemos concluir con el texto que Siles (2004:9-10) nos aporta:

- *Las raíces biológicas que inciden en la división sexual del trabajo han mantenido a las cuidadoras dentro del límite del ámbito doméstico, obstaculizando su proceso de profesionalización.*
- *La construcción de nuevos significados para la actividad de cuidar ha chocado con sólidos impedimentos ideológicos y de género, dificultando la creación de una memoria colectiva liberada de estereotipos aberrantes.*
- *Para que el proceso de construcción social de la historia de la enfermería sea efectivo, es preciso realizar una profunda reflexión crítica acompañada de una fase previa de desconstrucción de los clichés anquilosantes que mantienen la enfermería en esquemas mentales del pasado.*
- *La construcción social y transcultural de la historia sólo es posibles en marcos políticos democráticos en los que la ideología predominante (en todos los niveles: profesional, social), está en consonancia con el sistema político, y esto es particularmente válido para la historia de*

*la enfermería, dado que no se puede entender su proceso de profesionalización sin considerar su gran vinculación al mundo de la mujer y al papel de ésta en el sistema educativo, social y laboral.*

## **2.- Culturas del trabajo**

La inclusión del concepto culturas del trabajo en nuestra investigación está determinada por los objetivos planteados, ya que nos permitirá aglutinar algunos de los elementos a analizar en la tesis.

El término culturas del trabajo forma parte de un amplio y heterogéneo repertorio terminológico que utiliza y conjuga expresiones tales como cultura organizativa, profesional, de la empresa, etc., con significados y presupuestos muy distintos y hasta opuestos y contradictorios.

En constante reformulación, durante años se realizaron estudios sobre procesos de trabajo y su visión desde el interior de los mismos donde se analizan las dimensiones culturales y simbólicas del proceso de trabajo; sobre cultura obrera a la que identificaban con espacios concretos de existencia de los trabajadores en el trabajo, la comunidad y la organización sindical y a partir de la cual los obreros construían su propia visión del trabajo y la sociedad; sobre reproducción social y sus vínculos entre familia, unidad doméstica y trabajo; sobre identidades profesionales y el papel de las instituciones en el proceso de socialización y formación de identidades profesionales, desde el modelo parsoniano de los “modelos profesionales ideales” que servirán a la hora de la elección profesional; sobre las interacciones y adaptaciones que se establecen entre las diferentes subculturas que coexisten en las organizaciones y sobre estudios de género en los mercados de trabajo y la feminización de ciertas ocupaciones; son algunos de los ámbitos de algunos de los estudios llevados a cabo (Guadarrama, 1998)

Hay numerosas referencias sobre el término “cultura organizativa”. Schein (1988), hace un recorrido histórico de las aportaciones de diferentes autores al término, entre los que destacaremos algunos de ellos: en su obra cita a Goffman que la define como “Comportamientos observados de forma regular en la relación entre individuos, como por ejemplo el lenguaje empleado y los rituales anejos a la deferencia y la conducta”, también cita a Schein y Van Maanen que determinan que la cultura organizacional son “las reglas de juego para progresar en la empresa, los hilos que un recién incorporado debe aprender a manejar para ser aceptado como miembro” y a Deal y Kennedy que la definen como “los valores dominantes aceptados por una empresa, como la “calidad del producto” o el “precio del liderazgo” (Schein, 1988:23).

Sin embargo para Schein, estas definiciones se quedan en la superficie del concepto y acuña su propia definición: “un modelo de presunciones básicas –inventadas, descubiertas o desarrolladas por un grupo dado al ir aprendiendo a enfrentarse con sus problemas de adaptación externa e integración interna-

que hayan ejercido la suficiente influencia como para ser consideradas válidas y, en consecuencia, ser enseñadas a los nuevos miembros como el modo correcto de percibir, pensar y sentir los problemas” (1988: 25-26)

Es decir, la cultura entendida como los valores compartidos por los miembros de una organización, juega un rol importante en el desempeño organizacional, puesto que la forma en cómo se hacen las cosas y el cómo se relacionan los empleados, son el motor de la organización y otorgan valor a las empresas. Por lo tanto debemos pensar que cualquier estrategia que quiera poner en marcha la organización dependerá en gran medida de una adecuada cultura organizacional, llegando a ser esta más valiosa que sus propios activos tangibles (Trillo y Sanchez, 2006).

Las empresas actuales en constante cambio y caracterizadas por la flexibilidad y la innovación y muchas veces alejadas de normas estrictas, necesitan potenciar la cohesión de sus miembros y este rol es el que desempeña la cultura mediante unos valores comunes, unos símbolos, creencias y comportamientos. La cultura organizacional es una forma de pensar común para todos los trabajadores que promueve una forma de acción común en el lugar de trabajo. Estas creencias y valores implícitos, son los que pueden marcar la diferencia entre unos trabajadores comprometidos que realizan un trabajo satisfactorio o los que presentan una desafección y realizan tareas insatisfactorias, en definitiva, pueden marcar la diferencia entre una empresa que funcione adecuadamente y la que no (Goffee y Jones, 2001).

Las empresas con una cultura fuerte, con una imagen y una percepción positiva por parte de los trabajadores, impacta positivamente en los resultados de la misma. Si existe discrepancia entre la percepción que tienen de la empresa cada uno de los integrantes, y la que cree que posee el resto de personal, pueden aparecer conflictos internos que impactará en la moral de los trabajadores y en su satisfacción (Garmendia, 1988). Autores como Deal y Kennedy (1985), estudiaron diferentes empresas de éxito y pudieron determinar que una filosofía compartida que enfatizara la importancia del elemento humano y con una comunicación eficaz, son las claves de las “empresas vigorosas”

Es decir, la cultura organizacional es un término usado para representar los valores organizacionales de “carácter informal y a las estructuras y prácticas que utiliza la dirección para encuadrar la fuerza de trabajo dentro de un cuerpo más sensible, competitivo y eficiente” (Roca, 1998:157), pero el resultado en muchas ocasiones acostumbra a ser estático y limitado, quedando reducido a un listado de normas y valores irrefutables impuestos por la dirección que constituyen un instrumento para el control (Roca, 1998)

Otro autor del que haremos hincapié por su aproximación desde la antropología social, es Palenzuela (1995). Este propone, a partir del concepto “culturas del trabajo”, una aproximación al conjunto de las representaciones y construcciones ideáticas que, a partir del trabajo, más precisamente, desde los



procesos de trabajo, se generan, se difunden bajo la forma de constructor ideológicos sobre el trabajo y se interiorizan por parte de los agentes sociales, modulando con ello sus prácticas sociales, dentro y fuera de los lugares de trabajo y más allá del tiempo de trabajo. Palenzuela, define las culturas del trabajo como: “conjunto de conocimientos teórico-prácticos, comportamientos, percepciones, actitudes y valores que los individuos adquieren y construyen a partir de su inserción en los procesos de trabajo y/o de la interiorización de la ideología sobre el trabajo, todo lo cual modula su interacción social más allá de su práctica laboral concreta y orienta su específica cosmovisión como miembros de un colectivo determinado” (1995:13)

Por tanto, cuando un grupo comparte una cantidad de experiencias comunes, con el tiempo originan una visión compartida del mundo que les rodea y el lugar que ocupan en él. “La cultura es un producto aprendido de la experiencia grupal, y por consiguiente algo localizable sólo allí donde exista un grupo definible y poseedor de una historia significativa” Schein (1988:24)

Sin embargo, no podemos perder de vista el contexto de nuestra investigación, las organizaciones hospitalarias, estas son organizaciones complejas formadas por subgrupos (subculturas) en constante interacción, por lo que debemos hablar de un concepto dinámico de la cultura organizacional. Ésta se aprende, evoluciona con nuevas experiencias y puede ser cambiada. Entre estos grupos existentes dentro de la empresa que comparten proximidad física y experiencias comunes de trabajo, pero también pueden aparecer conflictos como forma de mantener su identidad, comparándose su grupo con otro. Pero debemos tener en cuenta que “La comparación, la rivalidad y/o el conflicto intergrupales sirven para edificar y mantener la cultura intergrupal” Schein (1988:55).

Los profesionales de la salud deben coexistir bajo las influencias de diferentes subculturas que en muchas ocasiones, como es el caso de la medicina y la enfermería, tienen “diferente perspectiva profesional y niveles de formación que permiten reconocer las nociones, valores y especialmente interpretaciones del ser y deber ser de la profesión” (Jarillo, 1999:20). Diferentes culturas profesionales y una cultura organizativa que impacta en el espacio y tiempo de trabajo, son parte de un entramado laboral en que se establecen las relaciones interprofesionales, que vendrán determinados por conductas, valores y actitudes integrados en la personalidad de los individuos y relacionados con la profesión, el puesto de trabajo y el proceso de socialización seguido para el trabajo y continuado desde este (Lozano, 2014).

Pero vamos más allá, puesto que como establece I. Moreno (1997) en las culturas del trabajo se establecen “tres tipos de relaciones sociales que entendemos como irreductibles aunque estén fuertemente imbricadas: las relaciones de producción, las relaciones de sexo y las relaciones interétnicas” (1997:21), es decir, existen tres principios estructurales: el productivo, el de género y el étnico y cada uno de ellos genera un sistema de identidades colectivas: las identidades productivas (de

clase y socioprofesionales), las identidades de género y las identidades étnicas, y todas poseen contenidos culturales en continua modificación, cultura de producción (culturas empresariales y culturas del trabajo); culturas de género (masculina y femenina); y culturas étnicas (andaluza, catalana,...) y todas ellas son detectables en la realidad social, pero no podemos adjudicarlas de forma pura y separada a los colectivos identitarios que generan.

Debido a esto, en la generación de las culturas del trabajo actúan no sólo los procesos productivos, sino también los principios de sexo-género y étnico, por lo que podemos decir que todas las culturas del trabajo están internamente generizadas y etnizadas (Moreno, 1997) Esto hace, que en caso que nos ocupa, el de la enfermería, la cultura del trabajo está fuertemente impregnada de rasgos de cultura femenina, es decir, feminizada.

Es decir, que “las culturas del trabajo se construyen (...) en uno de los (...) factores estructurantes de la identidad social” (Palenzuela, 1996:13), por lo tanto, nos es indispensable el conocimiento de la identidad de una cultura de trabajo para saber las dificultades de adaptación de los trabajadores en los procesos productivos, para así entender el sistema de clases. Pero tampoco pensemos que es tan fácil, puesto que, además, en el interior de las culturas del trabajo existen representaciones interpretativas de la ideología dominante sobre el trabajo y que legitiman las relaciones de producción desigualitarias (Moreno, 1997:23). Por lo tanto, podemos ver que las organizaciones son de naturaleza multicultural, con emergencia de subculturas (ocupaciones, profesionales, clase, género,...), con sus diferentes formas de ver y entender las cosas, y que están interrelacionadas y unidas por diversos modos de ajuste de unas con otras (Roca, 2001)

Otro autor que nos ayuda a entender las culturas del trabajo es Reygadas (2002). El autor analiza cómo el estudio de las culturas del trabajo implica investigar las maneras en las que el proceso laboral repercute en la producción de significados (eficacia simbólica del trabajo) y las influencias que ejerce la cultura en el desarrollo de la actividad productiva (eficacia laboral de la cultura), todo ello mediado por procesos de conflicto y negociación que ocurren durante el ejercicio del trabajo, embebidos en las estructuras sociales y culturales más amplias.

Según L. Reygadas “El trabajo tiene dos partes o dimensiones, una ideal y otra material, las cuales están siempre presentes e influyen una en la otra” (2002:105), la dimensión simbólica y la dimensión material<sup>9</sup>. El autor define la cultura del trabajo como “la generación, actualización y transformación de formas simbólicas en la actividad laboral” (2002:106).

Por un lado determina la “Eficacia simbólica del trabajo”: como la manera en que el trabajo determina a la cultura. “Se puede decir que hay un proceso de creación de significados desde el trabajo: la actividad

---

<sup>9</sup> Godelier (1989) lo definió como “Lo ideal y lo material”.

laboral siempre va acompañada de construcciones simbólicas” (2002:108). En el caso de enfermería un ejemplo de eficacia simbólica del trabajo, lo tendríamos a nivel de Atención Primaria (AP), desde la reforma en 1984 en el que se concedió a enfermería cierto grado de autonomía y por tanto nuevas formas de trabajo. Ello conllevó el cambio de la forma de trabajar y la percepción que los usuarios tienen de los profesionales en ese ámbito.

Y por otro nos habla de la “eficacia laboral de la cultura”: como la influencia de la cultura sobre el trabajo, “la importación de maneras de percibir, sentir y valorar desde el conjunto de la experiencia social hacia la actividad productiva”...”de lo simbólico a lo productivo” (2002:110) En relación a enfermería, está claro que la imagen social de profesión de servicio y dependiente del médico, influye en la forma de trabajar.

Pero además ambas nociones, la eficacia simbólica del trabajo y la eficacia laboral de la cultura dependen de las relaciones de poder que se establecen entre los actores productivos, es decir, los centros productivos serían espacios de conflicto, en los que los profesionales pertenecientes a las diferentes culturas existentes, lucharían por hacer prevalecer sus intereses sobre los de sus adversarios, y sin analizar estas confrontaciones en el proceso de trabajo, no podremos entender la intersección entre las determinaciones simbólicas y culturales en la producción.

Por lo tanto, el entramado cultural que se establece en las organizaciones (culturas profesionales, ocupacionales, organizativas, de género,...) repercute en el desarrollo de la actividad productiva (eficacia laboral de la cultura), y a la vez la actividad productiva, repercute en la producción de significados (eficacia simbólica del trabajo) y todo ello mediado por los procesos de conflicto y negociación que ocurren durante el ejercicio del trabajo, embebidos en estructuras sociales y culturales más amplias.

#### **4.- MARCO TEÓRICO/UNIDADES DE ANÁLISIS**

Dentro del marco teórico de nuestra investigación, hemos determinado las unidades de análisis que son importantes para la consecución de nuestros objetivos. Dichas unidades de análisis nos ayudarán a conocer diferentes aspectos que impactan en el proceso de socialización y en la construcción de la realidad social en la que se desenvuelve la enfermería en la actualidad.

Una de las unidades de análisis es el diálogo que se establece entre la Universidad y las organizaciones empresariales, este es importante en la socialización de los alumnos, puesto que estos deberán estar preparados para aplicar lo aprendido en las aulas al entorno laboral.

Nos ha interesado también conocer el papel que enfermería desempeña en las organizaciones de salud y la importancia que éstas otorgan a los profesionales. La priorización del trabajo delegado del acto médico sobre los cuidados enfermeros está llevando a la profesión a una invisibilidad y a la depreciación de la labor enfermera a pesar de las investigaciones realizadas que otorgan a estos profesionales influencia en los resultados de salud.

Otro de los aspectos que nos interesa en nuestra tesis es la influencia del género en la profesión y en las organizaciones. Enfermería como profesión feminizada está viendo en la incursión de profesionales masculinos una oportunidad de desarrollo y de mejora en el empoderamiento enfermero en las instituciones sanitarias y en las políticas de salud.

También nos interesa, como base de nuestro estudio conocer los procesos de socialización de los profesionales de enfermería y los procesos de construcción del conocimiento enfermero.

##### **4.1.- DIÁLOGO UNIVERSIDAD-EMPRESA**

Según diversos autores como Corti (2000), Alonso, Fernández y Nyssen (2009), Castillo, Caravantes, García, González y Lleó (2013), la nueva realidad del trabajo en el capitalismo postmoderno se caracteriza por la flexibilidad y la continua reinención de las instituciones y sus reglas del trabajo, la inseguridad laboral, los empleos precarios, fluidos y cambiantes, dentro de la modernidad líquida de la que habla Bauman (2004), las prácticas de subcontratación y externalización de funciones, el declive de las solidaridades del trabajo y de los sindicatos, la reingeniería de las empresas y sus modelos de gestión, obsolescencia de los conocimientos ligados a las funciones, evaluación de desempeños, individualización del éxito y el fracaso.

En este contexto, una de las preguntas que debemos intentar responder, es si la educación universitaria es la adecuada para las necesidades de una sociedad y una economía que cada día cambia y crece en

complejidad y de un mercado laboral que tiende a valorar aspectos que no son meramente el talento y conocimiento de las personas, siendo reemplazados por conceptos ambiguos como la inteligencia emocional, competencias, gestión del conocimiento, liderazgo estratégico,...

Según la definición del Consejo de Europa, la educación superior tiene cuatro metas: la preparación para el mercado laboral, la preparación para una vida como ciudadano activo en una sociedad democrática, el desarrollo personal y el desarrollo y manutención de una base amplia y avanzada del saber (Alonso et al. 2009).

Los sistemas educativos se han vuelto complejos y las instituciones que los componen se enfrentan a una serie de demandas diversas y contradictorias provenientes de diversos sectores: estudiante, familias, académicos empresas, comunidades locales, medios de comunicación,... Todo esto demanda adaptaciones constantes en el sistema de enseñanza de las universidades y de las propias instituciones educativas que hace que también ellas entren en esa incertidumbre y riesgo y por lo tanto también ellas se resistan a cambiar y a ordenarse en función de las demandas externas de esa sociedad de riesgos.

Las instituciones de formación están cambiando, ya que deben competir, surgen nuevos proveedores (instituciones privadas, universidades corporativas, a distancia,...), los estudiantes pasan a ser clientes, los profesores son contratados, las funciones institucionales se convierten en desempeños donde se enfatiza la eficiencia, la gestión se racionaliza y adopta un estilo empresarial, aparecen los incentivos vinculados a la productividad, las universidades son comparadas y clasificadas, se crea un mercado global para servicios de educación superior. "La universidad ya no es más un lugar tranquilo para enseñar, realizar trabajo académico a un ritmo pausado y contemplar el universo como ocurría en siglos pasados. Ahora es un potente negocio complejo, demandante y competitivo que requiere inversiones continuas y de gran escala" (Alonso et al. 2009:24)

Las elevadas tasas de paro existentes entre diplomados y licenciados universitarios, ha llevado a que los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) se planteen los motivos por las que, estas enseñanzas que antes eran clave para conseguir un empleo cualificado y seguro, parecen no responder adecuadamente a las nuevas necesidades competitivas de los mercados.

Este debate entre formación y necesidades de los mercados, coincide con el cambio de modelo productivo, de una sociedad industrial basada en un modelo de producción en serie (fordismo), caracterizado por una estabilidad en los mercados, la presencia de grandes organizaciones y una relaciones laborales institucionalizadas, a un nuevo modelo de producción flexible y competitivo (modelo postfordismo). Este nuevo modelo "se ha caracterizado por un declive del empleo industrial a favor del sector servicios, la explosión de las nuevas tecnologías de la información y la desregularización de los diferentes mercados, incluidos los del trabajo, lo que ha tenido un impacto más que significativo

en el mundo del trabajo y, particularmente, en la formación requerida a las nuevas y veteranas cohortes de trabajadores” (Alonso et al. 2009:28)

En la era fordista, las cualificaciones se establecían siguiendo unas trayectorias definidas en un modelo claro. En la cúspide empresarial se situaban las profesiones liberales y cargos de la administración con títulos universitarios que reflejaban la adecuación entre competencias y el puesto de trabajo, en un nivel inferior, se ubicaban los trabajadores que contaban con una formación definida de menor nivel y finalmente, en la base de la pirámide, el trabajador de la fábrica sin apenas cualificación y ligado a los exigencias de la organización del trabajo. Es decir, se instaura la división del trabajo y se jerarquiza el grupo social, entre los que realizan las tareas productivas y los que controlan el proceso de producción, a partir de ahí se legitima la fragmentación social. Se incorpora la idea de trabajo como derecho fundamental de las personas y como mecanismo por el que el individuo se transforma en “ser social” (Palenzuela 1995:8)

Durante los años 90 (era postfordista) los mercados requieren una adaptación de las empresas a nuevos consumidores y requerimientos de mercado cada vez más globalizados y competitivos y en el que se da un valor especial al conocimiento, es la “sociedad del saber” o “sociedad del conocimiento” cómo dice Druker en Sandoval (2010). Es decir, en estos años se produce un reajuste de las economías y se da paso a la nueva economía, basada en servicios, inversiones financieras y las tecnologías de la información y de las comunicaciones, lo que produce una inestabilidad laboral y las relaciones pasan a ser fluidas e inestables.

El conocimiento marcará el límite entre estar en el sistema o estar excluido de él. Manuel Castells (2003) en su conocido libro de *La era de la información*, dice que las nuevas tecnologías de la comunicación son la clave del progreso económico del nuevo capitalismo de redes, y estar conectado a dichas redes transnacionales de creación de valor o no estarlo, va a marcar la diferencia entre el progreso económico y la decadencia. La formación será un elemento clave en las economías de futuro.

Por otro lado los altos ejecutivos, (con elevadas cualificaciones) se convierten en el nuevo modelo de éxito social, es la transición del “Estado del bienestar” al “Estado emprendedor” que denomina Alonso et al. (2009). Para ello instituciones políticas han intentado intervenir en los mercados laborales con el fin de garantizar que su fuerza de trabajo siga siendo competitiva con iniciativas como *el Aprendizaje a lo largo de toda la vida*<sup>10</sup>.

En ese nuevo modelo, complejo, incierto, veloz, fluido y la inestabilidad de la economía, impactan de forma importante en el diseño de entornos de aprendizaje y construcción del conocimiento, ya que éste

---

<sup>10</sup> La Unión Europea definió el Aprendizaje a lo largo de la vida, en la Cumbre de Lisboa (2000), como “Todas las actividades formales e informales de aprendizaje con un determinado fin, realizadas de manera continua con el objetivo de mejorar las cualificaciones, los conocimientos y las competencias”

último queda desfasado y obsoleto con gran rapidez (Caro y Jiménez, 2006; Alonso et al. 2009; Martín, Rabadán y Hernández, 2013). Ante este panorama, no es de extrañar que muchos expertos estén de acuerdo en afirmar que la universidad sufre una falta de adaptación a los nuevos tiempos y se la acusa de no responder educativamente a los nuevos retos, tanto docentes como de investigación aplicada (Alonso et al., 2009; Caro y Jiménez 2006)

Esto ha provocado algunas reformas de la enseñanza universitaria haciendo énfasis en las capacidades de los alumnos, y se han realizado esfuerzos por definir cuáles son dichas capacidades en un entorno dinámico.

En el pasado el individuo poseía un título universitario que era la credencial que garantizaba el conocimiento y que ofrecía la posibilidad de un empleo de calidad. En la actualidad, la fluidez, la flexibilidad, la adaptación permanente hace que el propio individuo sea el responsable de detectar las necesidades que se demanda en el mercado y se deba construir su propio itinerario formativo suficientemente atractivo para los empleadores, es decir, el individuo pasa a autogestionar sus competencias con el fin de crear un currículum adaptado a las necesidades de las empresas. Esto es un indicador de la existencia de una escasa comunicación entre las instituciones universitarias y el mundo del trabajo, que se resume en la distancia creada entre los requerimientos que éste demanda a los trabajadores y la preparación con que los titulados universitarios afrontan su entrada en el mismo.

Hay muchos estudios que intentan analizar ese distanciamiento y plantear aspectos de acercamiento entre la universidad y el mundo del trabajo.

- En 1995, la Comisión Europea publica el *Livre blanc sur l'éducation et la formation. Enseigner et Apprendre. Vers la Société Cognitive*<sup>11</sup>. Dicho libro sugiere la necesidad de acercar la escuela a la empresa.
- En la Declaración de Bolonia de 1999<sup>12</sup> se sentaron las bases para la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior. Su objetivo era adecuar la enseñanza a las necesidades del puesto de trabajo y garantizar una formación universitaria que capacite a los alumnos para una adecuada inserción laboral, se han propiciado reformas en el sistema educativo.
- En la Cumbre de Lisboa<sup>13</sup>, promovida por el Consejo de la Unión Europea, de marzo del 2000, plantea como objetivo hacer de la UE la economía del conocimiento más competitiva y

<sup>11</sup> COMISIÓN EUROPEA (1995) *Livre blanc sur l'éducation et la formation. Enseigner et Apprendre. Vers la Société Cognitive*. Disponible en: [http://europa.eu/documents/comm/white\\_papers/pdf/com95\\_590\\_fr.pdf](http://europa.eu/documents/comm/white_papers/pdf/com95_590_fr.pdf) Consultado el 12/6/14

<sup>12</sup> DECLARACIÓN DE BOLONIA (1999). Comunicado de la Conferencia de ministros Europeos responsables de la Educación Superior. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion> Consultado el 12/06/14

<sup>13</sup> CONSEJO EUROPEO DE LISBOA 23 Y 24 DE Marzo (2000) Conclusiones de la Presidencia Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1\\_es.htm](http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm) Consultado el 12/06/14.

dinámica y se establecen objetivos destinados a la creación de empleo y de la adecuación en habilidades de los recursos humanos a las nuevas oportunidades laborales.

- Posteriormente en Praga 2001<sup>14</sup>, en Berlín 2003<sup>15</sup> pretenden una economía, basada en el conocimiento, más competitiva y dinámica del mundo, en Londres 2007<sup>16</sup> que establece que “La educación superior debería jugar un papel esencial en la promoción de la cohesión social, en la reducción de las desigualdades y en la elevación del nivel de conocimiento, destrezas y competencias en el seno de la sociedad” (Comunicado de Londres (2007:4)).

Podemos ver como se han ido definiendo los objetivos concretos y plazos para la consecución de la armonización de los sistemas educativos universitarios en los 46 países que forman parte del proceso. Sin embargo, al mismo tiempo, en el mercado laboral, hay un discurso entre empleadores y universitarios que apunta hacia una desvalorización de la educación superior (Alonso et al., 2009).

Desde los años 80, una de las características de la sociedad española, ha sido el desempleo juvenil y la precariedad laboral y se empieza a hacer alusión a la Universidad como “fábrica de parados”, es decir, titulados sin expectativas de conseguir un empleo congruente con su formación (Martín, Carulla, y de Miguel, 1979), lo que ha originado muchas reflexiones sobre el posible alejamiento entre la universidad y el mercado de trabajo, sobre todo en lo referente a las necesidades de la empresa.

Las empresas comienzan a exigir de sus candidatos ciertas “competencias que tradicionalmente no han formado parte del currículo académico, tales como habilidades sociales, liderazgo, capacidad de trabajo en equipo, gestión del estrés, inteligencia emocional y otras” (Alonso et al., 2009:41), también corroborado por otros autores (Caro y Jiménez, 2006). Es decir, que los universitarios no sólo deben tener unos conocimientos teóricos, sino que además, han de tener unas nuevas habilidades.

Se han encontrado estudios encaminados a descubrir los desfases entre el mercado laboral y la enseñanza universitaria (Purcell, Elias y Wilton, 2004; Purcell, Elias, Davies y Wilton, 2005; Caro y Jiménez 2006; Gil, Álvarez, García y Romero 2009; Contreras, 2014; Del Arco y Enciso 2011; García-Montalvo 2005; Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya (AQUCAT) 2014), además de proyectos a nivel internacional, como:

---

<sup>14</sup> COMUNICADO DE PRAGA (2001). *Comunicado de la Conferencia de ministros Europeos responsables de la Educación Superior*. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion>. Consultado el 19/08/14

<sup>15</sup> COMUNICADO DE BERLÍN. *Comunicado de la conferencia de ministros responsables de la Educación Superior, mantenida en Berlín* el 19 de Septiembre de 2003. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/3.pdf> Consultado el 19/8/14

<sup>16</sup> COMUNICADO DE LONDRES (2007). *Comunicado de la Conferencia de ministros Europeos responsables de la Educación Superior*. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion> Consultado el 20/08/14



- CHEERS Project<sup>17</sup>. *Careers after Higher Education: a European Research Study. Higher Education and Graduate Employment in Europe-European Graduate Survey*: El objetivo del proyecto de investigación "Educación Superior y Empleo de Graduados en Europa" fue analizar el empleo y el trabajo de los egresados de las instituciones de educación superior en nueve países europeos durante los primeros años después de la graduación.
- REFLEX<sup>18</sup> Project. *The flexible Professional in the Knowledge Society. New Demands on Higher Education in Europe*
- Proyecto TUNING<sup>19</sup>: *Tuning Educational Structures en Europa* se inició en 2000 como un proyecto para vincular los objetivos políticos del proceso de Bolonia y en una etapa posterior la Estrategia de Lisboa para el sector de la educación superior. Con el tiempo Tuning se ha convertido en un proceso para diseñar, desarrollar, implementar, evaluar y mejorar la calidad de los programas de grado.
- ANECA<sup>20</sup>: *Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación*: En el año 2009 analizó los procesos de inserción laboral de los titulados universitarios en España. Indaga en las experiencias, vivencias y actitudes de los titulados superiores con relación a las dificultades encontradas y a los factores facilitadores de la inserción laboral.

También se han realizado estudios desde la perspectiva del empleador sobre la formación de egresados de distintas universidades (Martín, Rabadán y Hernández 2013; Caro y Jiménez, 2006; Rodríguez, Padres, Bernáldez y Sánchez, 2010)

Desde hace años que se está haciendo una llamada, por parte de la comunidad internacional, para que la Universidad juegue un papel protagonista en el desarrollo social y económico en el orden mundial. En la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI, publicada por la UNESCO<sup>21</sup> 1998, ya se demanda una "educación superior sin precedentes, acompañada de una gran diversificación de la misma, y una mayor toma de conciencia de la importancia fundamental que este tipo de educación reviste para el desarrollo sociocultural y económico" y entiende la educación como uno de los pilares fundamentales de los derechos humanos, la democracia, el desarrollo sostenible y la paz, y de que se necesitan medidas para asegurar la coordinación y cooperación entre los diversos sectores y dentro de cada uno de ellos y, en particular, entre la educación general, técnica y profesional secundaria y

---

<sup>17</sup> CHEERS PROJECT (1998) *Careers after higher education: a European Research Study. Higher Education and Graduate Employment in Europe-European Graduate Survey*. Disponible en: [http://www.uni-kassel.de/wz1/TSEREGS/goals\\_e.htm](http://www.uni-kassel.de/wz1/TSEREGS/goals_e.htm). Consultado el 02/08/14

<sup>18</sup> REFLEX PROJET (2003) *The flexible Professional in the Knowledge Society. New Demands on Higher Education in Europe*. Disponible en: [http://www.ehea.info/Uploads/Seminars/REFLEX\\_general\\_report.pdf](http://www.ehea.info/Uploads/Seminars/REFLEX_general_report.pdf). Consultado el 19/08/15.

<sup>19</sup> PROYECTO TUNING (2000) *Contribution des Universités au processus de Bologne*. Disponible en: [http://www.tuningal.org/es/publicaciones/cat\\_view/47-publicaciones-en-espanol-libros?start=15](http://www.tuningal.org/es/publicaciones/cat_view/47-publicaciones-en-espanol-libros?start=15). Consultado el 17/08/14

<sup>20</sup> AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (ANECA) (2009) *Informe sobre el estado de la evaluación externa de la calidad de las universidades españolas*. Disponible en: <http://www.aneca.es/Documentos-y-publicaciones/Informes-sobre-calidad-universitaria>. Consultado el 18/08/14

<sup>21</sup> UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO) (1998) *Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI*. Disponible en: [http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration\\_spa.htm](http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm) Consultado el 18/7/14

postsecundaria, así como entre universidades, escuelas universitarias e instituciones técnicas, para constituir un espacio abierto para la formación superior que propicie el aprendizaje permanente y el reciclaje profesional, para ello las instituciones de educación superior deberían tomar en consideración sistemáticamente las tendencias que se dan en el mundo laboral y en los sectores científicos, tecnológicos y económicos.

También en el Marco de acción prioritaria para el cambio y el desarrollo de la educación superior insiste la UNESCO en que “la preparación para la educación superior no deberá ser el único ni el principal objetivo de la enseñanza secundaria, que ha de preparar también para el mundo del trabajo, con una formación complementaria siempre que sea necesario, para proporcionar a los alumnos los conocimientos, las capacidades y las competencias necesarios para ejercer una amplia gama de trabajos”.

Por otro lado la Ley Orgánica 4/2007 de universidades afirma que “Nuestra sociedad confía hoy más que nunca en sus Universidades para afrontar nuevos retos, los derivados de la sociedad del conocimiento en los albores del presente siglo” y reconoce que las Universidades ocupan un papel central en el desarrollo cultural, económico y social de un país, por lo que cree necesario reforzar su capacidad de liderazgo y dotar a sus estructuras de la mayor flexibilidad para afrontar estrategias diferenciadas en el marco de un escenario vertebrado. Entiende, que “la modernización del sistema económico impone exigencias cada vez más imperativas a los sectores que impulsan esa continua puesta al día; y no podemos olvidar que la Universidad ocupa un lugar de privilegio en ese proceso de continua renovación, concretamente en los sectores vinculados al desarrollo cultural, científico y técnico. Es por esto por lo que nuestras Universidades necesitan incrementar de manera urgente su eficacia, eficiencia y responsabilidad, principios todos ellos centrales de la propia autonomía universitaria”.

Es decir, se establece un nuevo equilibrio entre la Educación Superior y el sistema económico y el desarrollo sociocultural que requiere un debate y un cambio del papel de la Educación Superior en la sociedad del conocimiento y el mercado mundial.

Las universidades tradicionales, se ven inmersas en un contexto nuevo, en el que imperan las demandas del mercado, una mayor competitividad, el énfasis en la flexibilidad y la innovación y con “el surgimiento de una cultura de clientes entre los estudiantes, difícilmente compatible con la cultura de los valores de servicio público de las universidades tradicionales” (Alonso et al. 2009:49), son empresas de conocimiento y el nuevo contexto choca con la permanencia y estabilidad de las estructuras universitarias tradicionales.

La competitividad y globalización de las economías hacen que estas trabajen en la incorporación del recurso de la Educación Superior como base de la generación y, en parte, garantía de la empleabilidad del que se prevé como recurso máspreciado de las economías globales del conocimiento.

En 2005 la Conferencia general de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) celebrada en Ginebra<sup>22</sup> reconoce que “la educación, la formación y el aprendizaje permanente contribuyen de manera significativa a promover los intereses de las personas, las empresas, la economía y la sociedad en su conjunto, especialmente en vista de la importancia fundamental que reviste alcanzar el pleno empleo...” OIT (2005:1). Recomienda: “asumir la responsabilidad principal de invertir en una educación y formación de calidad, previa al empleo, reconociendo que es fundamental disponer de docentes y formadores cualificados que trabajen en condiciones decentes”(pp.4). “Promover, con la participación de interlocutores sociales, la identificación permanente de las tendencias en materia de competencias que necesitan las personas, las empresas, la economía y la sociedad en su conjunto. (pp.5)

En España, desde los años 90, aparece una preocupación similar, tal como señalan Alonso et al. (2009): “la universidad como resorte fundamental para enfrentar los retos de la sociedad del conocimiento y la economía global se incorpora progresivamente en el discurso institucional desde el proceso de integración en el marco europeo” (2009:54). Según la Ley orgánica 6/2001 “nuestras universidades necesitan incrementar de manera urgente su eficacia, eficiencia y responsabilidad,...” (Ley orgánica 6/2001:2)

España se une al juego de equilibrios en el tratamiento de aspectos económicos y sociales, de cooperación y competencia, o de autonomía y dependencia, siguiendo las líneas directrices del EEES. “En definitiva, la reforma pretende ser un paso adelante en la organización del sistema universitario hacia una estructura más abierta y flexible que sitúe a las Universidades españolas en una mejor posición para la cooperación interna y la competencia internacional, a través de la creación, transmisión, desarrollo y crítica del conocimiento científico y tecnológico y de la transferencia de sus beneficios a la sociedad, con el fin de que consigan ser atractivas en un mundo globalizado” (Ley orgánica 4/2007:2)

Por tanto, en un escenario problemático donde el empleo es un recurso escaso y donde la competitividad crece a escala mundial, se advierte cierto desarrollo en el papel de las universidades, hacia una plena implicación en la mejora del ajuste de los perfiles de los titulados universitarios a las demandas de los empleadores en el mercado laboral. También se apuesta por la participación de empleadores y estudiantes en los procesos que deben realizar las universidades para adaptarse a las

---

<sup>22</sup> ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) (2005) *Recomendación 195 sobre el desarrollo de los recursos humanos: educación, formación y aprendizaje permanente*. Primera edición. Ginebra, OIT. Disponible en: <http://www.oitinterfor.org/publicaci%C3%B3n/recomendaci%C3%B3n-195-sobre-desarrollo-recursos-humanos-educaci%C3%B3n-formaci%C3%B3n-aprendizaje-perm>. Consultado el 30/08/14

demandas de aprendizaje a lo largo de la vida. “Los gobiernos y las instituciones de educación superior necesitarán una mayor comunicación con los empleadores y otros implicados como base fundamental para sus reformas” (Comunicado de Londres, 2007:5)

Dada la situación de empleo actual, el concepto de empleabilidad toma un protagonismo esencial. Se ha pasado de una situación en la que encontrabas un trabajo para toda la vida, a otra situación que se caracteriza por la necesidad de preparación, por parte del trabajador, para ser empleable y acrecentar sus posibilidades de obtener un empleo de calidad.

El concepto de aprendizaje a lo largo de la vida, como garantía de empleabilidad y ligado a dicho aprendizaje, se enfatiza en el protagonismo otorgado a la responsabilidad del individuo y del proceso de aprendizaje seguido por éste en la obtención y mantenimiento del mismo. Pero no es una responsabilidad exclusiva del individuo, sino que existe un compromiso por parte de gobiernos, de invertir y crear las condiciones necesarias para mejorar la educación y la formación y también por parte de las empresas para formar a sus trabajadores (OIT, 2005:5).

Algunas iniciativas a nivel europeo han hecho hincapié en la necesidad de adecuar los conocimientos aprendidos en el sistema educativo a las necesidades de un sistema productivo como el actual, basado en la información y el conocimiento (Castells, 2003). Ejemplos de ello son el Programa PISA<sup>23</sup>, que hace referencia a los perfiles académicos y profesionales que exige la sociedad, o el Proyecto TUNING, que busca afinar las estructuras educativas de Europa abriendo un debate para identificar e intercambiar información y mejorar la colaboración europea para el desarrollo de la calidad, efectividad y transparencia de cara a mejorar los estudios dentro de la UE.

Existen trabajos que han promovido así investigaciones con el objetivo de conocer las demandas de los empresarios para ajustar los planes universitarios a la satisfacción de esas necesidades, un ejemplo es el trabajo de Hofstadt y Gómez, (2006) que, en su libro *Competencias y habilidades profesionales para universitarios*, pone de manifiesto que las empresas exigen de sus candidatos cada vez más ciertas competencias que tradicionalmente no han formado parte del currículo académico, como habilidades sociales, capacidad de trabajo en equipo, inteligencia emocional,... Está claro que el conocimiento de dichas necesidades es esencial a la hora de afrontar futuras reformas educativas a niveles superiores, y acercar así la universidad y la empresa.

Un estudio que nos ha llamado la atención porque abarca diferentes titulaciones en su análisis, es el de Alonso et al. 2009, donde se entrevista a recién egresados de titulaciones de licenciaturas y diplomaturas de carreras técnicas y científicas, letras y humanidades, dando los siguientes resultados:

---

<sup>23</sup> ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE) (s.f.) *El programa PISA de la OCDE Qué es y para qué sirve*. Disponible en: <http://www.oecd.org/pisa/39730818.pdf> Consultado el 01/09/14

Los titulados piensan que su formación no está en relación con puestos de alta cualificación ni salarios elevados. Se observa un cierto desencanto con los estudios universitarios al considerar que sus rendimientos profesionales no corresponden a las expectativas creadas, se quejan de la falta de aplicación de los conocimientos de la carrera, achacan parte de las dificultades del mercado de trabajo a la configuración de los planes de estudios, que son acusados de obsoletos, con demasiada teoría y una falta de asignaturas prácticas. Piensan que las empresas no valoran los conocimientos, demandan experiencia. Así como en las generaciones anteriores se tenía una actitud de ambición profesional, meritocracia y sacrificio personal, en la actualidad eso no es así, según el estudio, el trabajo no juega un papel importante en su identidad, sus valores son más cercanos a los post- materialistas, se ponen límites al trabajo, ya que su objetivo vital es disfrutar de la vida. Trabajar para vivir y no vivir para trabajar. Los titulados parten de la expectativa de que la universidad es la institución que supone una plataforma hacia una mejor empleabilidad en el mercado de trabajo, sin embargo, el futuro con el que se encuentran, es muy distinto al previsto: chocan con un mercado laboral que solo les ofrece trabajos precarios, inestables y que, en muchos casos, no les ofrece ningún tipo de progreso profesional ni formación. En definitiva el egresado critica a la universidad porque no le ha formado lo suficiente para un mercado de trabajo en el que no tiene encaje.

Por otro lado en el mismo estudio se entrevista a empleadores del sector de la industria, nuevas tecnologías, servicios jurídico y financiero y de la comunicación, siendo los resultados los siguientes:

Los empresarios piensan que el modelo cultural actual está basado en el mínimo esfuerzo (causado por una cultura familiar excesivamente protectora), comparado con generaciones anteriores. Son conscientes de las dificultades actuales del mercado de trabajo por su precariedad y falta de perspectivas de crecimiento, pero no se sienten responsables de la situación, sino que culpan al mercado global. Remarcan de forma continua el esfuerzo personal como variable para empujar a la gente fuera de la precariedad. De este modo, en ocasiones se achaca a que no se ha trabajado lo suficiente. Piensan que en la formación de los egresados, hay un exceso de teoría y una falta de práctica, se pide en general una vinculación más fuerte de la universidad con la empresa, y más orientación práctica. Se muestran recelosos hacia aquellos trabajadores que acumulan excesiva formación de postgrado antes de su andadura laboral, pues no es la formación requerida para el puesto de trabajo disponible y, en ocasiones, ello genera además enormes expectativas laborales que la empresa no puede satisfacer. Piensan que la universidad actual está completamente alejada, por su estructura de funcionamiento, de los valores de espíritu de sacrificio, responsabilidad y disponibilidad que son necesarios en el cada vez más exigente mundo de la empresa, también creen que existe desconexión de la institución con la realidad, y sobre todo tienen una idea de decadencia de la institución y de la formación que en ella se imparte como fruto de la apatía y de una cultura de

la comodidad que se ha instaurado entre el alumnado y del que son considerados culpables los responsables. Se pide una adaptación de la universidad para que no sólo imparta conocimientos teóricos abstractos, sino para que, sobre todo, adiestre y discipline a la futura mano de obra de las empresas.

Es decir, en un mercado laboral creciente en complejidad y competitividad, donde el empleo de calidad es escaso, donde las economías necesitan para su desarrollo de recursos intensivos de capital humano cualificado capaz de producir y gestionar el conocimiento, vivimos un distanciamiento entre la formación universitaria y los requerimientos del mercado laboral que requiere conocimientos que no aparecen en la educación superior y se otorga un papel importante a la responsabilidad individual del empleado respecto al éxito de su empleabilidad.

Los titulados por su parte, contemplan el empleo de calidad como un bien escaso y su condición de universitario no es un valor suficiente para conseguir el éxito en el trabajo. Pero en este caso, así como los empresarios ponen parte de la responsabilidad en el esfuerzo del individuo, los titulados no lo sienten así, sino que para ellos el trabajo ha pasado a un plano diferente al de generaciones anteriores, ellos minimizan el papel de su propia responsabilidad individual en la consecución del éxito laboral y ponen la responsabilidad fuera de sí. Piensan que es el empleador el que establece las condiciones de trabajo, no siempre fáciles de cumplir por la dificultad de cumplir los requisitos curriculares. Esto produce desencanto y resentimiento en los titulados.

En el caso de enfermería, el entorno envía constantemente mensajes contradictorios a la enseñanza, tanto en el sentido de no definir cuál es el profesional que precisa, como de mantener unos centros educativos en los que se supone que alcanzan unos niveles elevados de complejidad y de desarrollo del conocimiento. “Hay poca relación entre lo que se enseña y lo que se demanda y no se ha producido de forma real y fructífera, la deseada relación entre la Universidad y las instituciones sanitarias, de forma que se pudiera establecer una formación adecuada a las necesidades reales de prestación de cuidados enfermeros en el sistema de salud español” (Mompert, 2004:7). La autora determina que debería formarse a los estudiantes de enfermería para poder adaptarse a un entorno cambiante y adquirir los instrumentos de pensamiento y ejercicio que permitan a los profesionales no sólo tener una titulación, sino construir conocimiento por medio de su trabajo.

En otros ámbitos formativos podemos observar que se produce el mismo desfase: “Los licenciados en psicología afirman que su preparación inicial no tiene relación con el desempeño de su trabajo” (Fernández y Fernández, 2006:424).

Según los estudios que abordan la relación entre la teoría enfermera y la práctica asistencial, los estudiantes alcanzan unas capacidades que les permiten, según los planes de cuidados, explicar las

situaciones que se encuentran en sus prácticas clínicas desde modelos de cuidados y del proceso de atención de enfermería (modelo de Dorotea E. Orem), sin embargo, no siempre mantienen, a lo largo de su trayectoria profesional posterior, ni el modelo como referente explicativo, ni el proceso de cuidados como guía de su práctica (Francisco, 2008).

En la aplicación de la teoría en la práctica influye de manera especial la idea estereotipada de que las actividades relacionadas con el “*cuidar*” son prácticas sencillas inherentes a las personas, en especial a las mujeres (Adam, 1982) y que está unido a un sentimiento de vocación. Sin embargo la realidad es muy distinta, ya que el ejercicio clínico o asistencial se produce en unas circunstancias que están determinadas por las necesidades particulares de cuidados de la persona que requieren esa atención, es, por tanto, una práctica singular y compleja.

Autores como Hernandez, Moral y Esteban (2002), Mompart (2004) y Esteban (2002) indican la existencia de un distanciamiento entre el conocimiento adquirido en el período de formación y su posterior aplicación en el ejercicio profesional. Según Meleis y Price (1998), las enfermeras clínicas son las que tienen que aplicar el conocimiento contenido en las estructuras teóricas en las situaciones reales, pero se encuentran con dificultades ya que es un conocimiento elaborado empíricamente, con marcos teóricos y teorías de referencia provenientes de otras disciplinas.

En definitiva, el objetivo de los estudiantes es que aprendan significativamente de la realidad, aplicando el conocimiento científico como fundamento para la toma de decisiones y para la aplicación de los cuidados, pero llegados a las prácticas clínicas, aparecen diferentes visiones entre las expectativas de las enfermeras clínicas y docentes. Las docentes han facilitado a los estudiantes la formación teórica y las clínicas desarrollan su práctica desde una perspectiva interpretativa de los conocimientos, lo cual produce cierta incertidumbre entre los estudiantes.

#### **4.2.- ENFERMERÍA EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS**

En la actualidad, el contexto laboral al que se enfrentan las enfermeras es ciertamente complejo. La falta de recursos, relacionada con un financiamiento insuficiente y con un aumento de costes de la atención sanitaria; un incremento en la oferta de servicios y en la demanda de los mismos debido al aumento de la población y de la esperanza de vida, los problemas de salud debido al envejecimiento y la cronicidad, son algunos de los aspectos que influyen en el contexto.

Debido a esta situación, la gestión de los centros sanitarios se establece en términos económicos y esto tiene una repercusión importante en el cuidado enfermero ya que organizativamente existe una mayor carga de trabajo, precariedad laboral, menos autonomía de trabajo, se incrementan los ratios enfermera/paciente,...y los profesionales apenas cuentan con el tiempo necesario para realizar las

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

técnicas delegadas de la actividad médica, debiendo dejar de lado las actividades de cuidado que son las esenciales en la profesión. Esta situación genera en las enfermeras cierta frustración e impotencia por no poder ofrecer una asistencia de calidad a los pacientes.

En 2006, el Consell de Col·legis d'Infermeria de Catalunya publicó un estudio con las recomendaciones para la dotación de enfermeras en unidades de hospitalización. Según el documento, en los hospitales se concentra la patología más compleja y con más necesidades de cuidados. Además, con el objetivo de que el proceso hospitalario sea más resolutivo, se intensifican los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que origina un incremento de actividad durante las estancias que son más cortas y las enfermeras, con la misma disponibilidad de tiempo, tiene enfermos a su cargo con niveles de dependencia y cargas de trabajo mayores.

Este entorno requiere de enfermeras competentes con alto nivel técnico, eficaces, con capacidad analítica, intuitivas, con habilidades pedagógicas y relacionales, visión interdisciplinar y una atención a la familia. Pero la realidad de las organizaciones en los últimos tiempos, es que están marcadas por la poca especificidad de los profesionales respecto a su puesto de trabajo, es decir por enfermeras generalistas a las que se les exige de forma constante una gran flexibilidad a la hora de prestar sus cuidados en servicios totalmente diferentes (Estrada, 2014) a los que han de adaptarse de forma rápida y eficaz, sin poner en peligro la calidad asistencial, ni la seguridad del paciente.

Este conflicto de intereses que se produce entre los profesionales de enfermería, por un lado las enfermeras aspiran a desarrollar una práctica basada en unos cuidados individualizados y por otro lado la elevada carga asistencial sirve de impedimento para tal aspiración. Esta situación genera cansancio y desinterés y una fatiga laboral que se relaciona con el síndrome de Burnout en el personal de enfermería (Seguel y Valenzuela, 2014)

Ante esta situación, los cuidados de enfermería quedan invisibilizados en las organizaciones, ya que han de priorizar las tareas delegadas y dejar en un segundo plano esa parte específica que es esencial en la profesión, el cuidado.

Los líderes de enfermería son conscientes de esta situación que viven las enfermeras, pero en muchos casos se ven limitados sus espacios de poder. Su función es esencial para el avance profesional, ya que deben implementar modelos de cuidados, favorecer la investigación, potenciar las estrategias e intervenciones de las enfermeras, intentar conciliar la vida familiar y laboral de las enfermeras en los mecanismos de contratación, sustituciones, horarios y realizar estrategias de formación con el objetivo de asegurar unos cuidados enfermeros de calidad y potenciar el papel de las enfermeras en los equipos interdisciplinares, por lo que este contexto adverso les plantea un reto difícil.



Con las Direcciones de enfermería (que se instauran a finales del siglo XX) y situadas organizativamente al mismo nivel jerárquico que las Direcciones médicas y por debajo de la Dirección del Centro, quedaba equilibrado el sistema de poder organizativo y las posibilidades de influencia eran superiores, al menos en papel, ya que la realidad es que los problemas de enfermería seguían sin resolverse en muchos casos. Pero a principios del XXI, de la misma forma que surgieron, dichas direcciones se desvanecieron y se crearon las Direcciones de cuidados de enfermería por debajo, jerárquicamente, de la dirección médica, con lo cual se perdió la parcela de poder que tenía dentro del sistema y de los órganos de decisión. Esta limitación en el ejercicio de poder, procede del exceso de poder de otros colectivos profesionales, en general, los médicos (Morales, Morilla y Martín, 2007).

Pero, si como hemos dicho anteriormente, los cuidados enfermeros son invisibles, debido en parte a su intangibilidad, ¿Cómo podremos saber cuál es la aportación real de enfermería al sistema? Diversos autores hablan de ello. Welton (2007) concluyó que existía una relación entre el ratio de enfermera/paciente con los efectos beneficiosos para este último, demostrando que con un número mayor de enfermeras en los centros hospitalarios de agudos se produce una disminución de la tasa de mortalidad, disminución del tiempo de estancia de los pacientes en los hospitales, disminución de las infecciones nosocomiales y de efectos adversos (infecciones urinarias, paradas cardíacas, neumonías,...), otros autores como Kovner, y Gergen (1998), Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber (2002) y Needelman, Buerhaus, MattkeStewart, y Zelevinsky, K. (2002), Person, Allison, Kiefe, Weaver, Williams, Centor, y Weissman. (2004), Unruh (2003), Amaro (2009), corroboran estos resultados.

Entonces, si apostar por mejorar la dotación de enfermería repercute en mejores resultados, ¿a qué se debe el que las empresas no apuesten por las enfermeras y sobretodo en estos tiempos de crisis se recorten las dotaciones de enfermería? La respuesta la encontramos en el elevado coste que supone un aumento de enfermeras para las empresas. Las enfermeras suponen alrededor del 25% de los gastos de un hospital, según el trabajo realizado por el Consell de Colegios de Enfermería de Catalunya en 2006 sobre la dotación de enfermeras en los hospitales.

Autores como Cruzado, Jaime, y Sánchez (2012) dicen que “las enfermeras han de desarrollar medidas que demuestren su valor económico a una organización de cuidado de la salud” (2012:23), pero encontrar un indicador objetivo que valore el impacto de los cuidados enfermeros en el resultado para los pacientes, es un tema complicado por la complejidad de la atención, ya que aislar un factor específico de otros factores de la atención directa que puedan influir en la calidad y seguridad de pacientes y por consiguiente, en sus resultados, no es tarea fácil.

Si tenemos en cuenta que las organizaciones actuales, basan su gestión en términos económicos, no nos hemos de extrañar que en ellas no se apueste por la enfermería, a pesar de los resultados positivos en la salud de los pacientes. Rothberg, Abraham, Lindenauer, y Rose, (2005) realizaron un estudio con el objetivo de determinar el coste-efectividad de diferentes dotaciones en el personal de enfermería de

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

hospital. El estudio concluye que un mayor número de pacientes por enfermera (8:1), es más rentable, económicamente hablando, para los hospitales, pero se asocia a una mayor mortalidad, y una dotación de enfermería superior por paciente (4:1), mejora el índice de mortalidad y disminuye la estancia, pero no es rentable para el centro, aunque el coste nunca excedió de los 449 dólares por vida salvada

Otro de los estudios que hemos encontrado interesantes es el de Martínez (2007), el cual hace una gráfica en el que se compendian los estudios realizados sobre el impacto de la dotación de plantilla en resultados sobre pacientes.

**Tabla 15. Estudios que demuestran una asociación entre plantilla de enfermeras y resultados adversos**

| Estudio   | Características                                  | Conclusiones  |
|---|--|---|
| Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals N Engl J Med Volume 346(22), 30 May 2002, pp 1715-1722  | Muestra de 799 hospitales de 11 Estados de EEUU  | Relación entre eventos adversos y muerte y número de enfermeras   |
| Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Stewart, Maureen; Zelevinsky, Katya<br>Nurse Staffing And Patient Outcomes In Hospitals Boston: Harvard School of Public Health, 2001. (Accessed May 6, 2002, at <a href="http://bhpr.hrsa.gov/dn/staffstudy.htm">http://bhpr.hrsa.gov/dn/staffstudy.htm</a> .) | Muestra de 799 hospitales de 11 Estados de EEUU  | Fuerte relación entre resultados de pacientes y número de enfermeras  |
| Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, Douglas M. Sloane, Julie Sochalski, Jeffrey H. Silber,. Effects of Hospital Nurse Staffing on Mortality and Nurse Burnout and Job Dissatisfaction JAMA 2002 288: 1987-1993  | 210 Hospitales generales en Pensilvania          | Con ratio enfermera paciente ajustado, los pacientes quirúrgicos experimentan un riesgo superior de mortalidad en 30 días y tasas altas de fallo de rescate |
| Aiken LH, Smith H & y Lke, ET. Lower Medicare Mortality Among a Set hospitals Known for Good Nursing Care. Medical Care, 1994; 32(8):771-787.   | 234 hospitales de EEUU                           | Los hospitales magnéticos tienen una reducción de sobremortalidad   |
| Lichtig LK, Knauf RA, Milholland DK. Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. J Nurs Admin 1999;29:25-33.   | 462 Hospitales en N. York y California           | Más horas de cuidado-enfermera fue asociada a una disminución más baja de los índices de infección  |
| Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. Image J Nurs Sch 1998;30:315-21.   | Pacientes quirúrgicos en 589 hospitales en EEUU. | Mayor ratio asociado a incidencia más baja de neumonías e infecciones urinarias   |
| American Nurses Association. Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington (DC):American Nurses Association; 2000.  | 1500 hospitales en 9 Estados, de EE.UU.          | Menor ratio asociado a mayores tasas de infección   |

Fuente: Martínez, 2007

De alguna forma, los estudios tratan de aportar valor y visibilidad a los cuidados de enfermería y mejorar la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

En enero de 2014 el Consell de la Professi3 Infermera de Catalunya aprueba una propuesta de indicadores para evaluar los cuidados enfermeros. Estos indicadores est3n basados en las intervenciones enfermeras que dan respuesta a la atenci3n primaria, hospitalaria y sociosanitaria. El prop3sito del documento es objetivar la aportaci3n del colectivo enfermero a la salud de la poblaci3n y a la eficiencia del sistema y dotar a la profesi3n de herramientas para dar una pr3ctica asistencial de calidad, y a la vez, hacer visible la contribuci3n de las enfermeras a la calidad asistencial y a la seguridad de los pacientes. No tenemos noticias en estos momentos de que ese documento se est3 llevando a la pr3ctica en ning3n centro.

Actualmente, las necesidades de la población exigen una especialización en el cuidado y atención al paciente, así como una creciente tecnificación de las actividades médico-asistenciales, esto está obligando al personal a una mayor especialización en todos los niveles, y enfermería no puede ser menos.

Pero esta situación que demanda a la enfermería una mayor profesionalización, le está exigiendo el replanteamiento de la profesión y la formulación de ciertas preguntas, como ¿cuál es el papel que debe desempeñar el profesional de enfermería en el nuevo sistema de salud? o lo que es más importante, ¿hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos para llegar a una conceptualización de la disciplina vinculada y adaptada a la realidad actual?

La alta especialización que actualmente impera en el sistema de salud, exige a las enfermeras un mayor conocimiento de las nuevas tecnologías, y da la impresión de que a consecuencia de esta especialización, la profesión está perdiendo la cualidad humanística que tradicionalmente la había caracterizado. Esta circunstancia unida a otras como pueden ser la sobrecarga de trabajo, las tareas rutinarias en el trabajo y un déficit de herramientas teóricas y metodológicas, hacen que en la actualidad la disciplina enfermera y sus profesionales, tengan problemas de identidad, de rol y de delimitación de competencias.

Este inconveniente tiene la solución en la reinención de la profesión y de los cuidados desde una perspectiva científica y humanista. Como dice Olivera (2007), han de ser los mismos profesionales los que deben construir sus propios instrumentos científicos, técnicos, metodológicos, humanísticos y filosóficos, con el objetivo de poder generar modelos científicos de atención al paciente que posibiliten la recuperación de la salud, el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.

Según aporta M. Creus "En una profesión con vocación de servicio y con vocación de futuro, el reto aparece cuando se vive en un entorno continuo y vertiginoso, en el cual, para continuar siendo útil, hay que mantener una interrelación permanente con todos los grupos sociales y adaptarse a las nuevas demandas" Es necesario conocer el entorno y sus tendencias de futuro para "permitir el nuevo posicionamiento profesional de las enfermeras con respecto a la sociedad (...) sólo disponiendo de las claves necesarias, los profesionales de la enfermería podrán saber en qué dirección hay que avanzar. Adecuando así la oferta a la demanda social" (2002b:734)

#### 4.3.- INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA ENFERMERÍA

Como hemos visto en apartados anteriores, el género ha representado un aspecto importante en el desarrollo enfermero a través de la historia de la disciplina, debido a la diferenciación de roles de género establecidos culturalmente.

El debate naturaleza-cultura emerge en la discusión de los roles de sexo-género que se remonta a teorías filosóficas de siglos pasados en la que se crea toda una lógica que justifica una concepción diferenciada de los sexos, en la que el hombre es identificado con la cultura y la racionalidad, y la mujer está íntimamente ligado al cuerpo y a la naturaleza. Como consecuencia, el mundo de lo público se ha identificado con un orden social androcéntrico, abstracto, masculino y racional; mientras que el mundo de lo privado se ha identificado con lo personal, femenino y afectivo (Fuentes, 2010).

P. Iglesias (2003) nos permite realizar una inmersión en el tiempo y nos recuerda algunas de esas teorías y épocas que marcaron la diferenciación de roles:

- Teoría aristotélica y galénica del sexo único, según la cual la mujer es un hombre disminuido, un varón imperfecto.
- Teoría de los dos sexos, que afirma la existencia de una diferencia absoluta y radical entre hombre y mujer, donde los órganos genitales serán la expresión y el fundamento de esta diferencia inconmensurable, ya que definían y controlaban el ser de las mujeres.

Posteriormente durante la segunda mitad del siglo XIX existe una gran preocupación por medir y clasificar las diferencias entre los distintos seres humanos, incluyendo las diferencias entre hombre y mujer, y aparecen diferentes teorías:

- Teoría de la frenología. Las mujeres tenían menos vigor intelectual y menos capacidad de reflexión. En el hombre, el intelecto predominaba sobre los sentimientos y sin embargo, dirigían la vida de las mujeres
- La craneología. Determinaba que el cráneo de las mujeres se asemejaba al de los niños y las razas inferiores.
- La teoría de la recapitulación. Afirmaban que las mujeres, los niños y los salvajes compartían muchos rasgos en común, ocupando las mujeres y los pueblos primitivos lugares inferiores en la escala biológica que venía a culminar, como rey de la evolución, en el hombre.
- Durante la época victoriana, en la que la mujer es una enferma en virtud de su propia naturaleza, su propia razón de ser, es la reproducción de la especie.

Este binomio naturaleza-cultura fue estudiado por Sherry B. Ortner, que en su conocido artículo, *“¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura?”* (1974) intenta demostrar el por qué la mujer es

considerada, en la mayoría de las culturas como más cercana a la naturaleza, mientras que el hombre se considera más cercano a la cultura. Según la autora, el cuerpo de la mujer y sus funciones, están más involucrados con la perpetuación de la especie, y esto parece ser lo que la acerca a la naturaleza, a diferencia de la fisiología del hombre, que le permite asumir los proyectos de la cultura. Esto sitúa a la mujer en roles sociales que se consideran en un orden inferior del proceso cultural y más cerca de la naturaleza. Es decir, el cuerpo de la mujer parece condenarla a una función de mera reproducción de la vida. El hombre, por el contrario, carece de funciones creativas naturales, por lo que debe afirmar su creatividad externamente, "artificialmente", a través de la tecnología y símbolos. Esto puede "explicar uno de los grandes enigmas: "el problema de la mujer", la aceptación incondicional casi universal de la mujer de su propia devaluación. En otras palabras, la conciencia de la mujer -su pertenencia, por así decirlo, en la cultura- se evidencia en parte por el hecho mismo de que ella acepta su propia devaluación y toma el punto de vista de la cultura" (Ortner, 1974:76) .

En definitiva, a través de la historia se ha llegado a una construcción social en la se acepta que las mujeres están hechas para los cuidados, rol que pertenece a la esfera privada y los hombres están hechos para actividades relacionadas con la esfera pública, rol que les otorga prestigio y poder. Esta diferenciación entre sexo y género (que dependen de factores eminentemente culturales), ha sido muy eficaz para resaltar que los roles, atributos y comportamientos de mujeres y hombres "Son algo adquirido y no innato, son fruto de la articulación específica entre maneras de representar las diferencias entre los sexos y asignar a estas diferencias un estatuto social" (Comas 1995: 40).

Por tanto, es la cultura de un grupo la que vincula a hombres y mujeres unas ciertas destrezas y aptitudes referidas al mundo del trabajo. Sociedades como la nuestra, asigna al género femenino y al género masculino diferentes cualidades construidas desde un punto de vista cultural. En esta línea, Iglesias (2009) señala que "Los conceptos de sexo y género son construcciones mentales que varían en cada época y en los que influyen de forma notable elementos ideológicos, religiosos, prejuicios culturales, etc. En general un individuo es adscrito a un sexo u otro desde el nacimiento ante la evidencia de los genitales externos. Existe una correlación obvia entre los genitales y el papel de un individuo en la propagación de la especie, pero ninguna cultura considera la diferencia en los genitales externos como suficiente por sí misma para justificar la completa separación entre los roles masculino y femenino en la sociedad. Más bien, las culturas justifican esta división basándose en otros rasgos menos aparentes, de orden físico, mental y emocional, que se suponen son diferenciadores de los sexos de forma natural. Los rasgos que en una cultura se atribuyen como naturales, propios de la forma de ser masculina o femenina, forman la construcción del sexo en esa sociedad, pudiendo variar ampliamente de una a otra cultura, y de una a otra época. Se trata de estereotipos a los que a menudo no se ajustan las personas concretas. Los roles sociales atribuidos a cada sexo vienen a constituir el género, y se justifican en nombre de los rasgos naturales propios de cada sexo. En distintas épocas, la filosofía y la ciencia vienen a proporcionar argumentos que justifican y consolidan los prejuicios impuestos desde la religión y la organización social, sin cuestionarlos" (2003:9).

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Por lo tanto, el género, como construcción social “asigna roles diferenciados a los individuos de ambos sexos y constituye una categoría estructurante de la identidad social, junto a la identidad étnica y la identidad socio-profesional” (Palenzuela y Cruces, 2011:490). Esta diferenciación, impregna todas “las estructuras y lógicas económicas, relaciones familiares, pautas de organización social, rituales y ceremoniales, claves simbólicas, ideologías y prácticas cotidianas, y circulan en torno a la división de sexos y afectan a las prácticas laborales, que se producen según una asignación “sexuada” y “generalizada” a hombres y mujeres. Esta situación comporta que los hombres sean vistos como sujetos sociales y las mujeres sean percibidas como seres básica y primordialmente sexuados (Mozo, 1997; Celma y Acuña, 2009) y una separación entre espacios domésticos y públicos, es decir, la proyección social del trabajo masculino frente a la invisibilización del femenino como simple “ayuda”, es decir, “la dominación patriarcal basada en una división sexual del trabajo, ha dado lugar al protagonismo hegemónico de los hombres, dentro de un modelo de división sexual de las tareas que se constata en todas las culturas” (Comas 1995:22).

Muchas veces se ha hablado de las dificultades que el colectivo enfermero ha tenido y tiene en su desarrollo profesional, y en muchas ocasiones se ha achacado a condicionantes institucionales, pero esto 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. “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).

Podemos ver, cómo la situación de la mujer a lo largo de la historia, ha transcurrido de forma paralela a la situación de la mujer en la enfermería y en el desarrollo de su rol, el cuidado. Es decir, 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. “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” (Celma y Acuña, 2009:122).

Todo este contexto nos ayuda a comprender cómo la profesión enfermera, a pesar de los cambios que ha habido, mantiene una carga simbólica que obstaculiza su desarrollo profesional. El binomio género-enfermería ha tenido una influencia esencial en el desarrollo y percepción social que se tiene de la profesión como continuación de los cuidados domésticos. Esto ha influido en las relaciones interprofesionales dentro de las organizaciones y en la falta de reconocimiento profesional. Es decir, las enfermeras en el ámbito laboral “son “esposas, madres y empleadas domésticas” al mismo tiempo. “Esposa” del médico en su función de ayudante, “ madre” de los pacientes en su curación y cuidado y

"servidora doméstica" de las instituciones de salud" (García, Sainz y Botella, 2004) y esta misma reflexión la encontramos en otros autores como Zapico y Adrián, 2003; Cánovas, 2004; Fajardo y German, 2004; Carrasco, Márquez y Arenas, 2005; Celma y Acuña, 2009; Gallego, 2009; Hernández, 2010.

Es más, la misma Florence Nightingale, cuando escribió en 1859 "*Notas de enfermería. Qué es y qué no es*", sentó las bases de lo que debían ser las enfermeras "maternales, atentas y compasivas", rasgos asociados a la maternidad. Pero esta imagen, esta construcción social integrada por valores y conductas esperadas en las enfermeras, aún estaba vigente en 1988 cuando Pizurki, Mejia, Butter y Ewart publicaban "*Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*". Estos autores establecían que en las sociedades occidentales, el estereotipo masculino encierra particulares tales como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad, mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad. Hay que tener en cuenta un aspecto importante, en 1988 la enfermería ya era una formación universitaria, y lo que no deja de sorprendernos es que esas atribuciones de esos "valores femeninos y masculinos a enfermeras y médicos dentro del sistema sanitario, es una realidad de la que tienen perfecta constancia la mayoría de los actuales profesionales" (Alberdi, 1997).

Esta situación hace que en enfermería se promueva la incorporación de mujeres, por poseer las cualidades necesarias para realizar el trabajo de cuidado y asistencia, que son extensiones al terreno profesional de la división sexual del trabajo doméstico acorde con los estereotipos sociales de género dominante (Báñez, 2003) y por lo tanto se reproduzcan de generación en generación de promociones de enfermeras los roles impuestos por la sociedad patriarcal dominante y asumidos por los propios profesionales. De alguna forma enfermería reproduce en la práctica las habilidades y actitudes que la sociedad espera de ellas.

Estos estereotipos han ocasionado que la sociedad haya encasillado a la enfermería en una imagen concreta y han hecho que estas características se atribuyan a todo el colectivo, pero según C. Domínguez-Alcón, en las enfermeras, 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" (Domínguez-Alcón, 1990: 175).

Todos estos antecedentes marcarán el desarrollo profesional de las enfermeras. Instituciones, otras disciplinas, los usuarios, incluso los propios profesionales de enfermería se verán condicionados por los

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

estereotipos de género imperantes en la sociedad, y este hecho originará que enfermería durante su historia haya sido silenciada y relegada del ámbito del conocimiento a través de estrategias deslegitimadoras que responden a intereses de poder y control y que lo hacen a través de una violencia simbólica ejercida contra las enfermeras (Rigol, 2003)

Hagamos un ejercicio práctico. Con la intención de conocer el imaginario social que existe actualmente sobre enfermería, medicina y sus profesionales, hemos realizado varias búsquedas en Google (día 20/8/15 a las 13:30h) para contabilizar el número de noticias que aparecen y ver las imágenes que nos ofrecen. En relación a las imágenes hemos de decir que las aportadas a continuación, son pantallazos de las primeras imágenes que salen tras la búsqueda, estas no han sido seleccionadas en absoluto.

Selección de la búsqueda: “Enfermera” Resultados: 15.700.000 de registros

**Imagen 1. Resultados de la búsqueda en Google de “enfermera”**



En relación a las enfermeras, hemos apreciado que aparecen como profesionales cercanas al paciente (utiliza el tacto), risueñas y cariñosas (con el corazón en la mano); en algunas ocasiones infantilizadas, presumidas y eróticas; el símbolo identitario es la cofia con la cruz roja y la jeringuilla en la mano o algún artefacto relacionado con técnicas; aparece en general sola o con algún paciente pero no con el equipo profesional, se la distingue con la carpeta en la mano (parece esperar recibir órdenes) y con actitud maternal.

Selección de la búsqueda: “Enfermero” Resultados: 1.100.000 de registros



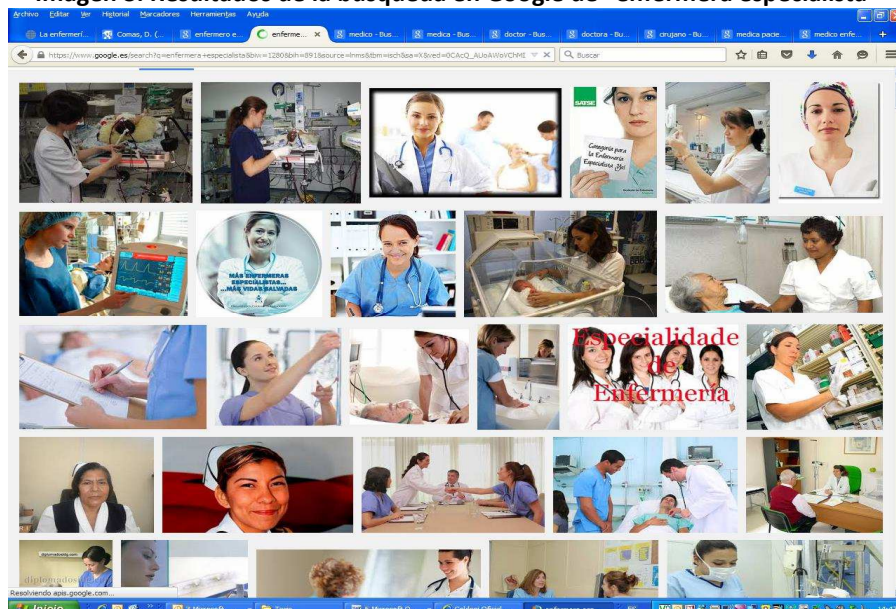
Imagen 2. Resultados de la búsqueda en Google de "enfermero"



En relación a los enfermeros las imágenes nos presentan a unos profesionales más distantes con el paciente (sirve de apoyo), el símbolo principal es el fonendoscopio, en general viste de azul, verde (indica que pertenece a servicios especiales) o con bata, sólo en dos casos se aprecia la cruz roja y solo en uno la jeringuilla, aparece en diversas ocasiones rodeado del equipo, es decir es una imagen más cercana a la imagen médica que posteriormente veremos.

Selección de la búsqueda: "Enfermera especialista" Resultados: 708.000 de registros

Imagen 3. Resultados de la búsqueda en Google de "enfermera especialista"



En relación a la enfermera especialista, está claro que el imaginario social, la percibe como una profesional más técnica, lejos de las jeringuillas, compartiendo espacios con el equipo multidisciplinar y con más autoridad ante el enfermo.

Selección de la búsqueda: “Médico” Resultados: 149.000.000 de registros



En relación a los médicos, podemos observar que sus símbolos por excelencia son la bata blanca y el fonendoscopio, en general aparece rodeado de otros médicos y presentan una actitud afable.

Selección de la búsqueda: “Doctor” Resultados: 1.020.000.000 de registros



En relación a los doctores podemos observar que las imágenes simbolizan la autoridad, estatus, conocimiento y legitimidad, podemos ver que son personas de mayor edad, que equivale a experiencia y sus símbolos siguen siendo la bata blanca y el fonendoscopio

Selección de la búsqueda: “Médica” Resultados: 110.000.000 de registros

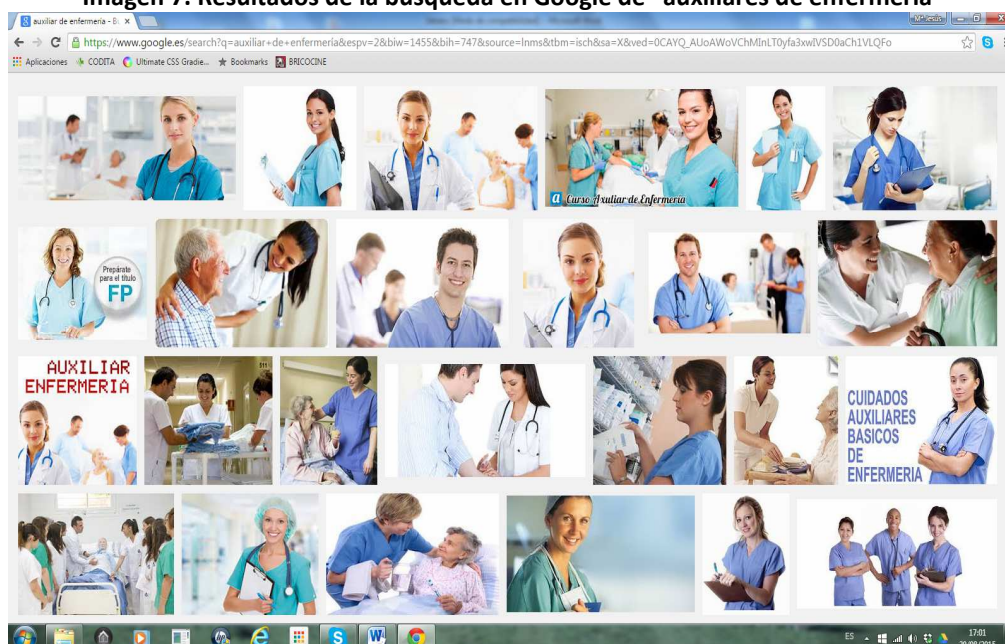
Imagen 6. Resultados de la búsqueda en Google de “médica”



En relación a la médica, la bata blanca y el fonendoscopio son los símbolos representativos y se las percibe más cercanas que los médicos, jóvenes y afables

Selección de la búsqueda: “Auxiliar de enfermería” Resultados: 1.600.000 de registros

Imagen 7. Resultados de la búsqueda en Google de “auxiliares de enfermería”



## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

En el caso de las auxiliares de enfermería, nos ha sorprendido que las imágenes estén alejadas de cualquier estereotipo de género, se las percibe cercanas al paciente, no se aprecian símbolos concretos de identificación, el uso del fonendoscopio es recurrente.

A continuación, hemos querido conocer la percepción que aparece en google sobre las relaciones interprofesiones.

Selección de la búsqueda: “Enfermera médico” Resultados: 1.340.000 de registros

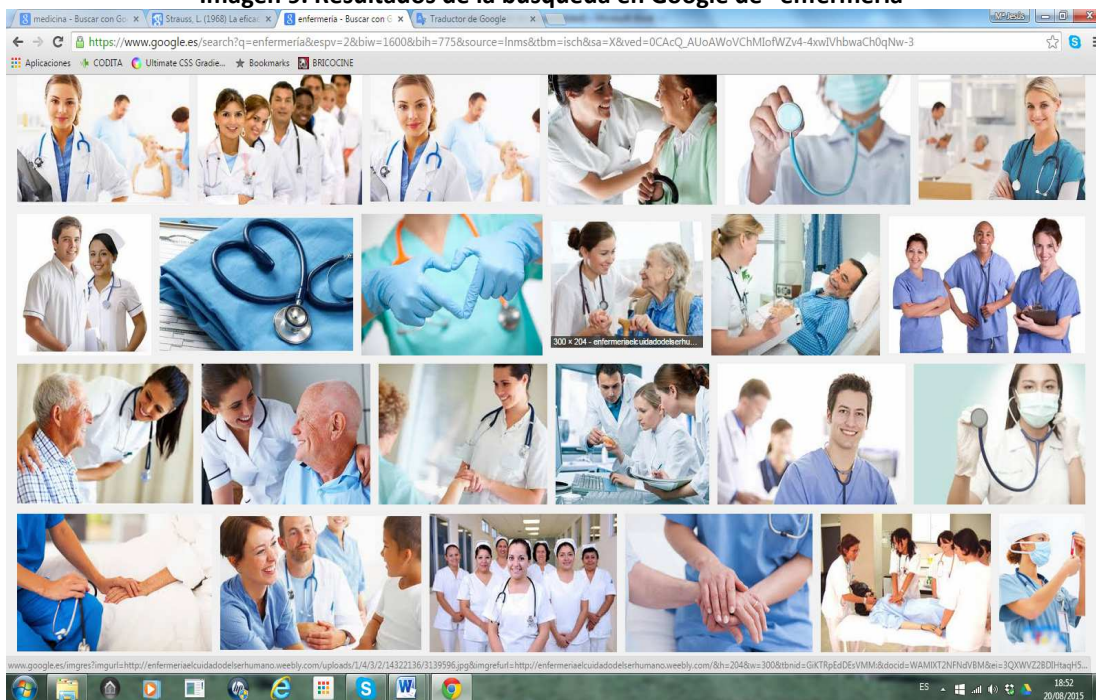


Respecto a la relación enfermera médico, las lecturas que podemos sacar de estas imágenes nos indican que habitualmente la actitud del médico es dando las órdenes a la enfermera, ésta toma nota de las órdenes, en algunos casos se observa cierta actitud insinuante ante el médico o directamente se arroja a sus brazos y mantienen relaciones personales.

Por otro lado hemos querido saber cómo se perciben las dos profesiones, medicina y enfermería socialmente.

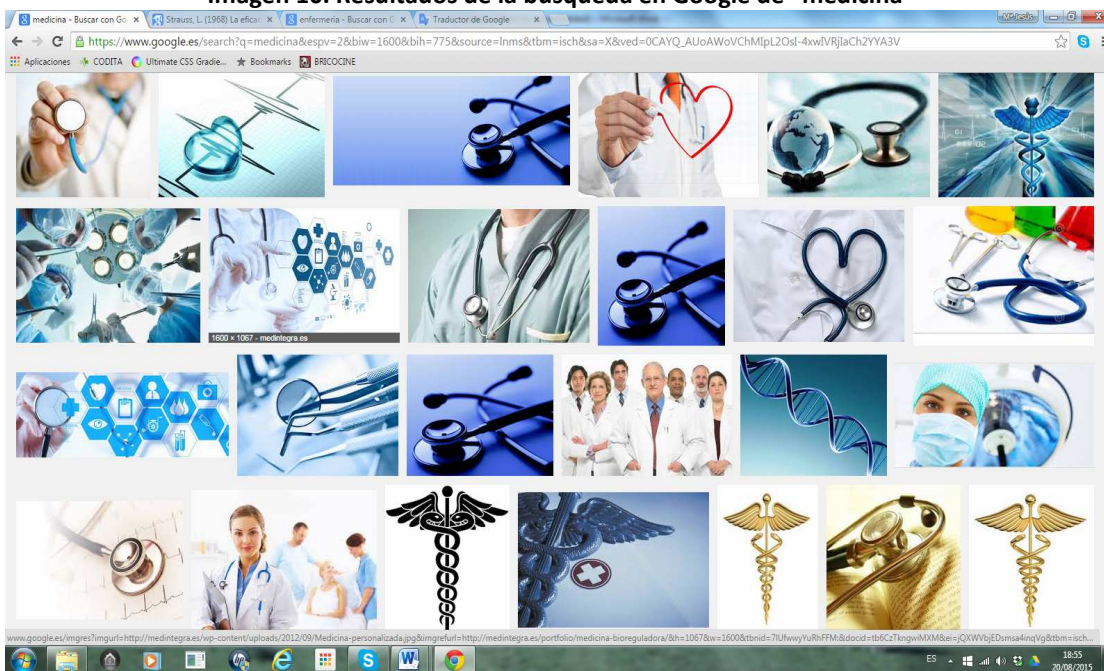
Selección de la búsqueda: “Enfermería” Resultados: 27.000.000 de registros

Imagen 9. Resultados de la búsqueda en Google de “enfermería”



Selección de la búsqueda: “Medicina” Resultados: 236.000.000 de registros

Imagen 10. Resultados de la búsqueda en Google de “medicina”



## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Si comparamos la imagen 9 y 10, podemos ver claramente que en enfermería (disciplina) desaparecen algunos de los estereotipos observados anteriormente sobre las enfermeras. En las imágenes se muestran enfermeras y enfermeros trabajando en equipo, cercanos al enfermo, se percibe más profesionalidad, es como si diesen más valor a la profesión que a los profesionales; en el caso de la medicina se observa conocimiento, ciencia, investigación, símbolos de identidad propios (vara de esculapio) y equipo médico.

Así es como la sociedad ve a los distintos profesionales, las enfermeras y doctores son los que tienen más marcada la imagen simbólica de los estereotipos de género; se aprecia diferencia entre las imágenes de enfermeras y enfermeros, en las que ellos representan la profesionalidad; existe una marcada diferencia entre la enfermera y la enfermera especialista a la que perciben más profesional; nos ha sorprendido la imagen de las auxiliares, casi más cercana a la imagen del enfermero; perciben diferencias entre el médico y el doctor, en relación a la experiencia y legitimidad que impone su presencia; no se aprecian estereotipos de género en las imágenes de las médicas; en lo relativo a las relaciones enfermera-médico, se mantienen claramente los estereotipos, de diferencia jerárquica y de enfermeras insinuantes que mantienen relaciones con los médicos.

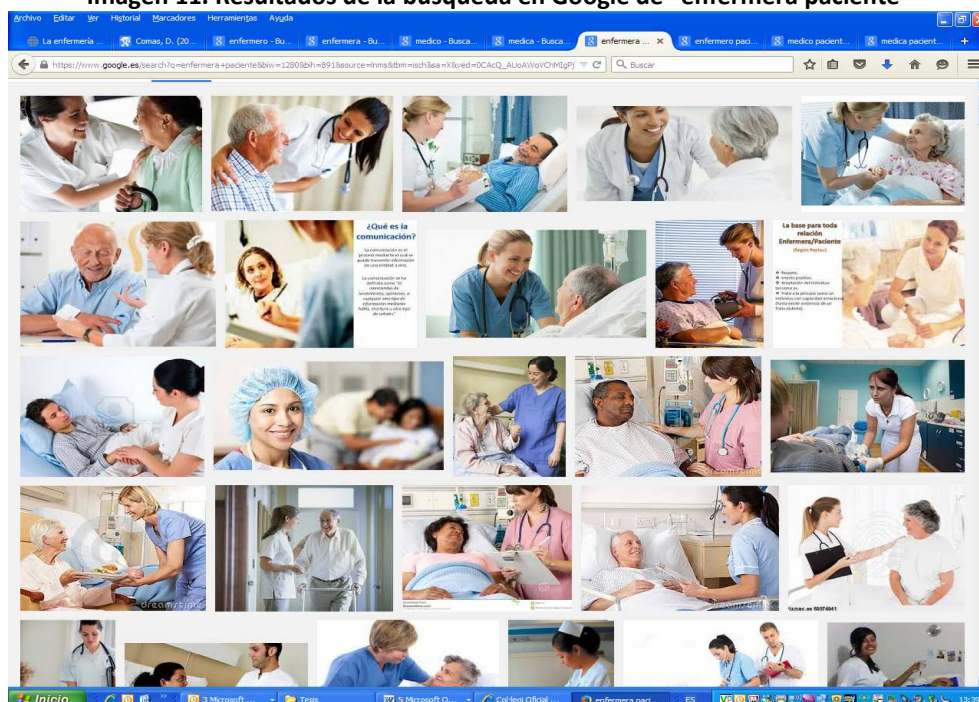
En relación a las dos disciplinas debemos destacar que la medicina la perciben impregnada de conocimiento y simbología, y la enfermería la ven como una profesión. Es decir, la imagen pública de la enfermería es buena, pero no tanto la de la enfermera.

Esta es la demostración de la eficacia simbólica que describía Levy-Straus (1992), es la representación que la sociedad da como válida para estas profesiones y profesionales en nuestra cultura. Es una forma de ver y entender la lógica de las profesiones, el valor que se les otorgan como legítimo, al margen de que sea esa la realidad de las profesiones. La sociedad tiene su verdad simbolizada, una verdad que es resultado de una historia y que parece anclada en ella sin inmutarse a pesar del paso del tiempo.

Pero vayamos un poco más allá. ¿Cómo percibe la sociedad las relaciones de estos profesionales con los pacientes?

Selección de la búsqueda: "Enfermera paciente" Resultados: 1.130.000 de registros

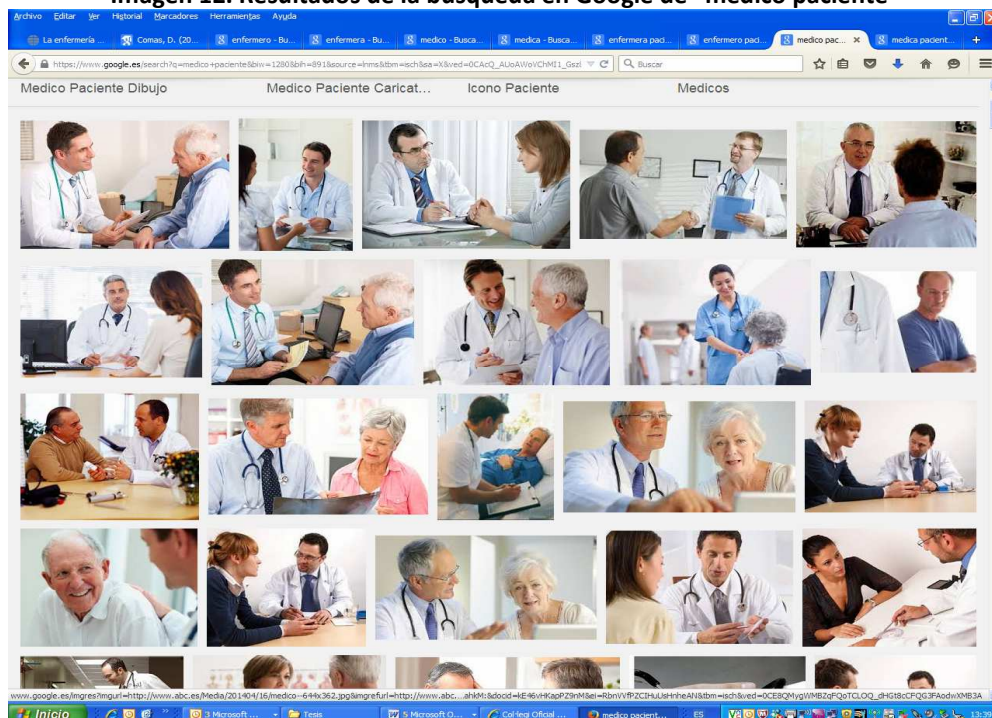
Imagen 11. Resultados de la búsqueda en Google de “enfermera paciente”



En lo relativo a las relaciones enfermera paciente, se las ve cercanas, utilizan el contacto físico, están sonrientes, tiernas y afables, acompañan al paciente, no hay barreras entre ellos, escuchan y consuelan.

Selección de la búsqueda: “Médico paciente” Resultados: 1.720.000 de registros

Imagen 12. Resultados de la búsqueda en Google de “médico paciente”



En cuanto a las relaciones médico paciente, podemos apreciar que apenas hay contacto físico, en general existen barreras entre ambos, el médico le proporciona información, es el que tiene el conocimiento y el paciente escucha atentamente.

Esto es la representación de lo que percibe la sociedad de las relaciones entre médicos y enfermeras con los pacientes y de alguna forma, es lo que se espera de ellos; de la enfermera, cariño, cercanía, que realice alguna técnica; y del médico espera un conocimiento profundo e información.

Esta es la imagen social de la enfermera, la ideología imperante actualmente de la profesión y sus profesionales, el conjunto de ideas, de creencias que sirve para describir, explicar, interpretar o justificar la situación del colectivo y que inspirándose en unos valores, propone una orientación precisa en relación a su actividad.

La actividad enfermera ha tenido unas ideologías dominantes basadas en la vocación y la profesión que han significado una forma específica de llevar a cabo los cuidados y ha representado un tipo de relación entre el médico y la enfermera. Una imagen asociada a la condición femenina, con valores de caridad, desinterés, amor al prójimo, una atención maternal, tierna y afectuosa, la subordinación al médico, la higiene, son algunas de esas ideologías que han impregnado el trabajo enfermero desde el inicio de su andadura profesional (Bertran, 2005)

Como hemos podido constatar en capítulos anteriores, desde los primeros manuales publicados y diseñados para la enfermería, estos fueron planteados con el objetivo de desarrollar estrategias de poder de carácter disciplinario y encaminado a modelar conductas de sumisión y dependencia a la medicina, esto conllevó la creación de una profesión centrada en tareas y virtudes morales. Este fue el resultado de la influencia que en sus orígenes tuvo la iglesia y el género, y cuya consecuencia ha sido la imagen de una enfermera, mujer, al servicio de otra disciplina, la medicina, integrada en su totalidad por hombres, provocando un humanismo y subordinación que está impregnado en la práctica de las profesionales desde entonces.

Son estereotipos que construye la sociedad y encasilla al colectivo en esa categoría y les atribuye esas características a todos sus miembros. Cambiar estos estereotipos anclados en las mentalidades de la sociedad, es arduo complicado, porque a pesar del desarrollo de la disciplina, del incremento de la formación enfermera a lo largo de los años, gran parte de las actividades de enfermería siguen dependiendo de las prescripciones del médico.

En la práctica diaria las enfermeras priorizan en primer lugar las tareas delegadas, en segundo las colaborativas y por último las autónomas. Esta priorización de las tareas delegadas en detrimento de las funciones que le son propias, creemos que es una de las causas de la invisibilidad enfermera en los



hospitales, y no vamos a negar la importancia que tiene la realización de estas actividades (delegadas y colaborativas), que constituyen una parte fundamental para la toma de decisiones y la atención al paciente y que indiscutiblemente impactan en la salud de los pacientes, pero entendemos que es una forma de menosprecio a su labor, y si ellas deprecian ese valor, no podemos esperar que el resto de actores del sistema lo valoren, ni que cambie la imagen de la enfermera sumisa y obediente.

La imagen es parte de una profesión, es la forma en que una persona aparece ante los demás, o en el caso de una profesión, la forma en que la profesión aparece ante otras disciplinas y ante el público en general. Como hemos visto, la visión que tiene la sociedad o una parte de ella sobre las enfermeras oscila entre una imagen idealizada considerándolas “ángeles al servicio de los hombres” o mujeres de “vida ligera” ya que no podemos olvidar que las enfermeras ocupan también un lugar preeminente en las películas pornográficas (Burguete, Martínez y Martín, 2010)

Pero es difícil cambiar esta imagen construida históricamente de la enfermería, una imagen que reside en una memoria colectiva anclada en la dimensión biológica de género, y en la existencia de estereotipos que históricamente han caracterizado a la profesión, ya que parte de su pasado, su historia y sus funciones se encuentran entrelazadas en esa estructura social doméstica (Siles 2004). Y a pesar de los adelantos en la profesión, en la actualidad, algunos de estos elementos permanecen presentes en las prácticas enfermeras, en las relaciones interprofesionales, en las políticas sanitarias y en las imágenes sociales que se transmiten de las enfermeras y de la enfermería (Miró, Gastaldo y Gallego, 2008).

Celma y Acuña (2009), analizan la influencia de la feminización en el desarrollo de la enfermería y establecen que “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, éstas se sienten incapaces de emprender cualquier 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” (2009:133-4).

Todo este entramado de género, construido culturalmente y que impacta de forma contundente en la enfermería, nos hace reflexionar y percatarnos de ciertos hechos sociales, externos a esta profesión, que vemos con la “normalidad” o “naturalidad” de pensamiento que nos han inculcado socialmente.

Algo parecido ha pasado con la alimentación, como necesidad básica del ser humano, es una parte de ese cuidado enmarcado en la esfera doméstica y atribuida culturalmente a la mujer. La cocina ha sido desde siempre un espacio reservado a la mujer, donde ella era la que planteaba las estrategias de trabajo y tomaba las decisiones necesarias. ¿Qué valor y reconocimiento se le otorgaba a esta labor?

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Pues ninguno, era lo “natural” y era deber de la mujer alimentar a la familia con los recursos que tuviera a su alcance. El reconocimiento no pasaba del ámbito doméstico cuando la familia daba buena cuenta de los alimentos.

¿Qué ha pasado cuando se han incorporado los hombres a la realización de estas tareas? No hay nada más que acercarse a los medios de comunicación para observar cómo esa función básica y desvalorizada, ha pasado a tener un reconocimiento importante y un valor. El ama de casa que preparaba la comida en su casa (mujer), ha pasado a denominarse “Chef” que prepara “menús” o “cocina de autor” en los “restaurantes”. Es decir, las cocinas de hogar, domésticas, sin valor, se han transformado en un espacio público donde las personas “disfrutan” de una necesidad básica a la que se le otorga un valor. Se ha creado un lenguaje nuevo con denominaciones nuevas para actividades culinarias de siempre (glasear, rehogado, pochar, risolar, confitar,...), incluso se han creado artefactos específicos destinados a la elaboración de estas nuevas técnicas, se han creado reconocimientos por medio de premios y estrellas, las cocinas se han configurado mediante un esquema jerárquico (chef, pinche,...). La cocina se ha convertido en un arte, se ha creado la gastronomía (Conjunto de conocimientos y actividades relacionados con la comida, concebida casi como un arte). En definitiva se ha creado una cultura que está impregnando todos los ámbitos de la sociedad y que los miembros de esta sociedad estamos apreheñdiendo, creando símbolos, valores y creencias en relación a ella.

De la misma forma que se ha transformado la cocina, podemos decir que con la incorporación de hombres en enfermería, ¿la profesión adquirirá más valor?

Es verdad que hay profesionales y autores que así lo explicitan y algunas enfermeras, ven en la incorporación de los hombres en la profesión como una oportunidad de desarrollo, una ocasión para mejorar la imagen social y la visibilidad, las condiciones de trabajo y el mismo estatus profesional, lo que va en la línea de T. Báñez cuando determina que las enfermeras “esperan que la presencia masculina de la profesión contribuya de forma sustancial al cambio de imagen y reconocimiento social” (2003:181).

El acto de cuidar, como hemos constatado, está impregnado de valores y cualidades que están muy alejados del modelo masculino que la sociedad espera, potencia y sobrevalora. Pero a pesar de eso, algunos hombres deciden optar por la elección de estudiar enfermería.

Desde un primer momento, esas cualidades que apreciábamos, propias de las mujeres para realizar las labores de cuidado y asistencia, se transforman en cualidades técnicas con la incorporación de los hombres. Por ejemplo los propios alumnos de enfermería masculinos “prefieren realizar sus prácticas en aquellas unidades clínicas donde se tengan que llevar a cabo pocos cuidados básicos y tengan un alto nivel tecnológico, mientras que las alumnas se centran y profundizan en las necesidades de los pacientes y de sus familiares” (Carrasco, Márquez y Arenas 2005:58).

Es decir, que los enfermeros varones buscan puestos de trabajo más acordes con lo que la sociedad categoriza de “masculino, independiente o profesional” y vemos cómo aquí el género juega un importante papel en la asignación de roles y valores culturales que se asignan a las distintas tareas.

Incluso en el momento de la incorporación de los profesionales a la empresa, uno de los aspectos que influirá en la ubicación de un profesional en un determinado servicio será el género (Osses, Valenzuela y Sanhueza, 2010). Esta segregación por género dependerá del nivel tecnológico del servicio, observando que en las unidades con alto grado tecnológico, donde se puede desarrollar un trabajo más autónomo y las que tienen mayor reconocimiento social (UCI, quirófano, urgencias, radioterapia,...), son donde hay mayor concentración de hombres; mientras que en las plantas asistenciales de atención directa al paciente, con más dependencia de las decisiones médicas, la mayor proporción corresponde a mujeres (Alberdi, 1995-1997; Zapico y Adrián, 2003; Celma y Acuña, 2009).

Pero por otro lado, el valor de la masculinidad condiciona de forma importante la vida profesional de las enfermeras, ya que es frecuente que los enfermeros accedan a los puestos de responsabilidad (importante destacar la desproporcionada presencia de hombres en las juntas de los colegios profesionales, los sindicatos y los puestos de gestión) y mejoren su formación a lo largo de su vida laboral, lo cual, para las enfermeras es una dificultad puesto que deben conciliar el trabajo enfermero con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos. Es decir, las enfermeras autolimitan su futuro porque su objetivo final es fundar una familia, tener hijos y no ven prioritario promocionarse en su lugar de trabajo (Celma y Acuña, 2009).

Pero debemos ser conscientes de que “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 el colectivo enfermero, 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).

En la misma línea, Zúñiga y Paravic (2009) en su análisis sobre la problemática de género en enfermería destacan la existencia de una división sexual del trabajo en la que se otorgan las tareas y roles según sexo, otorgando mayor valor al trabajo del enfermero que tiene más oportunidades de acceder a cargos de responsabilidad y que muchas veces reciben además mejores sueldos que sus colegas mujeres.

Incluso los pacientes, perciben a los enfermeros como “profesionales más eficaces y resolutivos en relación con el colectivo femenino de la profesión. Si el profesional es una mujer, suele identificarse con la figura de “confesor” o “psicólogo” en relación con la imagen “mujer-madre”, es decir la ubica más cerca de los saberes naturales” (Carrasco, Márquez y Arenas 2005:58)

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Sin embargo, en enfermería, no todo es favorable en el caso de los varones, los estudiantes varones se sienten discriminados en las aulas durante la etapa formativa, ya que los docentes se dirigen a ellos en femenino (Osses-Paredes, Valenzuela y Sanhueza, 2010) y se detecta en los estudiantes la presencia de estereotipos asociados a la profesión (servilismo, dependencia, componentes vocacionales) que están muy arraigados. Algunos de ellos llegan a padecer discriminación debido a la marcada separación de roles, masculino y femenino. Según el estudio de Bertran (2005), el hombre cuidador no siempre es aceptado de buen grado por pacientes, familiares, médicos e incluso por las propias enfermeras. Reconocen que se han de identificar continuamente delante de los pacientes que los confunden con médicos o celadores, en ocasiones, incluso han encontrado dificultades a la hora de encontrar trabajo por el hecho de ser hombres, y sobre todo al inicio de la incorporación al trabajo, han de demostrar que son capaces de realizar un trabajo bien hecho, como lo haría una enfermera (Ramió 2005).

Por lo tanto, el enfermero accede a servicios más técnicos y es considerado como un profesional al que se le otorga un reconocimiento a su trabajo. Esta situación correspondería con el patrón masculino del antiguo practicante. El trabajo meramente asistencial, no está bien visto en un enfermero. De la misma forma que en el estudio de C. Mozo (1997) sobre la influencia del género en las estrategias empresariales y prácticas de profesionalización en el sector de comercial de seguros, la autora determina que “la ideología de los sexos dominante elabora respuestas que reactualizan la lectura subordinada de su situación” (1997:87), en el caso de los enfermeros, la imagen social de la enfermera (madre/monja/servidora) dispuesta a prestar los cuidados que sean precisos “están tan incorporados en la mentalidad popular, que en algunos países se pone en tela de juicio la masculinidad de cualquier enfermero varón, ya que los hombres enfermeros que realizan una profesión de mujeres, tienen que ser necesariamente afeminados, aunque como es característico de los estereotipos evidentemente no sea cierto” (Harding en Burguete, Martínez y Martín, 2010:41).

Los estereotipos de género naturalizan el hecho de que unas tareas sean realizadas por los hombres y otras por las mujeres. Los roles se asignan en función del género y tanto hombres como mujeres intentan ser congruentes con aquello que el grupo social espera de ellos. El estereotipo masculino muestra a los hombres como abiertos a la sociedad, triunfadores, desarrollando actividades prestigiosas y que les otorguen poder, y esto se traslada al ámbito profesional.

Osses-Paredes, Valenzuela y Sanhueza (2010) destacan en su trabajo algunas de las características que se dan en la práctica asistencial de los enfermeros:

- La relación médico-enfermero, es distinta a la relación médico-enfermera, siendo la primera más horizontal y acotada a la labor enfermera, ya que no se tiende a generar la visión maternal o doméstica hacia los enfermeros.

- La imagen del enfermero se suele asociar a la del médico, encontrándose en ocasiones en situaciones de confusión delante del paciente.
- Los hombres tienden a hacer notar sus características masculinas a través de un comportamiento impulsado por una ambición y un deseo de logro que es característico de la masculinidad hegemónica.
- A veces su trabajo de enfermeros es un paso intermedio en el logro de otros objetivos, metas más altas como la búsqueda de cargos de mayor jerarquía; o consideran su empleo como algo transitorio para proseguir sus estudios en otras carreras o llegar a la administración hospitalaria para gozar de un mayor reconocimiento social.

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 hombres 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” (Celma y Acuña, 2009:133).

A modo de resumen, hemos visto que entre los profesionales de medicina y de enfermería, existen una serie de valores culturales que determinan la asignación de roles en base a la desigualdades de género. Esto produce, por un lado, una ordenación jerárquica de las dos disciplinas y las relaciones de poder que se establecen entre ellas, y por otro una falta de autonomía en el colectivo enfermero dependiente del estamento médico para la realización de sus tareas. A pesar de que las enfermeras son conscientes de que sin autonomía es imposible un desarrollo profesional, continúan inamovibles, aceptando la situación de subordinación y transmitiendo esta actitud a las nuevas generaciones de enfermeras.

#### **4.4.- PODER Y EMPODERAMIENTO EN ENFERMERÍA**

Empoderar, según la RAE es “Hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido”, es decir, conceder poder a un colectivo desfavorecido social o económicamente para que, mediante su autogestión, mejore sus condiciones de vida. En el ámbito académico su uso procede de la traducción literal del término inglés “empowerment”.

Si este concepto lo trasladamos al ámbito de la mujer, entenderemos por empoderamiento como el proceso que, a partir del reforzamiento de la autoestima, permite a las mujeres decidir autónomamente los ámbitos de su actividad social y participar en ellos en condiciones de igualdad respecto a los hombres (Palenzuela y Cruces, 2011:490).

Poder y empoderamiento están conectados a la imagen de enfermería. A las enfermeras, generalmente, no les gusta hablar de poder y lo perciben como algo negativo que actúa como una barrera para una

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

asistencia sanitaria de calidad, pero a la vez muchas enfermeras sienten que en la práctica asistencial no se les escucha, ni se busca su opinión, o se quejan de que otros profesionales determinen lo que una enfermera puede hacer o no, sin contar con ella. Esa sensación de impotencia da lugar a una sensación de victimismo muy común entre las profesionales (Cuxart 2005).

La justificación a esa falta de poder de enfermería la encontramos en autores como M. Creus (2002b) que determina que la falta de cohesión y de identidad, la baja autoestima y autoimagen que caracteriza al colectivo, lo hacen totalmente vulnerable y de ello se nutren empresas e instituciones sanitarias estatales, con el objetivo de dar poder y legitimidad al estamento médico, dejando de lado, invisible y sin voz a la enfermería, o como mucho, y volviendo a ese paternalismo imperante, le “permite” participar en algún foro informativo sin carácter decisorio.

Otra de las autoras en la que encontramos una explicación a la falta de empoderamiento es A. Hirsch (2013), según la autora, el control sobre el corpus específico de conocimiento y de su aplicación, es lo que caracteriza a las profesiones y es lo que les da poder y autoridad. Los grupos profesionales compiten con otros grupos, tanto para proteger sus aspiraciones jurisdiccionales, para realizar cierto tipo de trabajo, como a la hora de realizar nuevas reivindicaciones con el fin de adscribirse a un área de especialización en desarrollo. Esta situación, demuestra la lucha de poder y de espacios competenciales que se establecen entre médicos y enfermeras, pero también sucede entre la enfermería y otros colectivos.

Enfermería se siente amenazada por otras profesiones que en pocos años han invadido campos clásicos del ejercicio profesional enfermero. Por ejemplo, el trabajo en los laboratorios y en radiología que eran áreas de trabajo enfermero se está realizando en la actualidad por técnicos, o la creación de nuevas profesiones como fisioterapia y dietética que eran competencias enfermeras y que ahora han pasado a otros profesionales. Estas circunstancias, que representan una amenaza para la profesión, pueden deberse a la falta de control que la disciplina tiene sobre su corpus de conocimiento (Hirsch, 2013).

En los centros sanitarios, aunque “oficialmente” las enfermeras tienen las mismas oportunidades a la hora de acceder a puestos de poder o foros en los que se tomen decisiones, la verdad es que siempre se encuentra relegada a una segunda posición y a una invisibilidad institucional. Hay autores que justifican esta situación por el estereotipo de género que identifica a la profesión, por ejemplo Alberdi (1997) escribía: “Una de las formas más eficaces para la marginación del pensamiento y la acción enfermera, ha sido la identificación de la profesión en su conjunto con el estereotipo de género femenino” (1997:65)

Podríamos decir que el campo de competencia de los cuidados de enfermería se ha dejado abordar y absorber por el campo de la práctica médica. En este contexto, las enfermeras son relegadas a mano de obra, grupo subalterno subordinado a la clase médica y esa subordinación es procesada a través de la

desvalorización de la función de la enfermera que es estigmatizada como actividad doméstica, compartiendo así la imagen del resto de actividades consideradas “no técnicas”, desde el presupuesto que contempla la técnica como el único terreno que exige conocimientos científicos (Godelier (1989). En palabras de J. L. Medina, “La compasión y el altruismo no pueden ser equiparadas con el rigor y la objetividad del pensamiento científico. Sólo pueden ser un complemento subsidiario. Esta distorsión ideológica del papel de la enfermera es porque los médicos intentan mantener su estatus” (2005; 48). En esta misma línea, Fajardo y Germán (2004) piensan que las tradicionales relaciones de poder entre médicos y enfermeras dificulta el trabajo de las enfermeras, puesto que prima la relación de subordinación sobre el debate de dos enfoques profesionales. Es decir que “Las relaciones de poder y la segmentación y división del trabajo en las instituciones sanitarias consiguen que las enfermeras, al igual que todos los productores manuales, adquieran los valores y esquemas de significado y comportamientos que de ellas se espera. Pero en ese proceso de socialización para la subordinación, además de los requerimientos y habilidades derivadas de las exigencias del puesto de trabajo, las enfermeras aprenden a conocer “cuál es su lugar” en la institución. Lo que en el contexto de la enfermería se percibe como una visión impuesta del cuidado centrado en las tareas es, desde una óptica sociológica, la imposición de reglas y significados para asegurar la obediencia” (Medina, 2005:126)

Otra de las explicaciones a la falta de empoderamiento, la encontramos en Goulet, Lauzón y Ricard (2003), estos autores determinan que la ambigüedad e intangibilidad de los cuidados enfermeros y las poco desarrolladas habilidades políticas de las enfermeras, pueden ser dos de los factores que contribuyen, a que llegado el tiempo de tomar decisiones en el ámbito de las políticas de salud y de las transformaciones del sistema, se las deja de lado.

Otros autores que nos aportan su justificación ante esta situación, son Medina, Backes, Prado y Sandin (2010), estos creen que las enfermeras pertenecen a un grupo oprimido y que el colectivo tiene internalizada la visión negativa que de ellas tienen los grupos que detentan el poder en el sistema de salud. Esto es debido, según los autores, a que han sido enseñadas a pensar que son inferiores, de segunda clase, demasiado emocionales para la gestión. Y creen que ese poder dentro del sistema de salud y de las organizaciones sanitarias, difícilmente podrá ser alcanzado por las enfermeras desde el momento que encuentran “natural” pensar en ellas mismas como ciudadanos de segunda clase en el país sanitario.

Podemos ver que la falta de cohesión, y de control sobre el corpus de conocimientos, la intangibilidad de los cuidados y la subordinación de género, es entre otras, las causas de esa invisibilidad y falta de poder por el colectivo enfermero.

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

Pongamos un ejemplo que nos aclarará un poco esa falta de visibilidad. A nivel de Cataluña, en 2003 la Generalitat de Catalunya publica el “Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya” (LBPS)<sup>24</sup>, su objetivo es formular un conjunto de propuesta elaboradas a partir de un análisis de la realidad del sistema y orientadas a dar respuesta a retos de futuro. Después de realizar un análisis del entorno y de los profesionales, establece lo que denomina “els actors i les seves relacions”, en él se instaure el triángulo constituido por los profesionales, las instituciones y los ciudadanos y se identifican los roles y responsabilidades que le son propios: “el metge, curar; el gestor, gestionar eficientment i el ciutadà, satisfer les seves demandes i expectatives” (LBPS 2003:46). No incluye el rol de la enfermera. En un párrafo posterior dice textualmente: “s’atorga als metges un rol central en el procés d’assistència sanitària, perquè fan el diagnòstic i estableixen el tractament (...) d’altra banda, s’atribueix als professionals d’infermeria el rol de cuidadors i de suport als metges” (2003:47). También habla de la relación entre el profesional y el paciente y en ningún momento habla de enfermería. En el documento se aprecia la falta de visibilidad enfermera en el sistema y la subordinación a la medicina.

Podemos ver que la invisibilidad y el rol subalterno que se propone para enfermería, viene incluso determinada desde las mismas instituciones y todo este contexto repercute en la autopercepción negativa de los profesionales.

Veamos otro ejemplo que ilustra esta situación. Hemos realizado una incursión en la página web del Departament de salut de la Generalitat, con la intención de ver la profesión de los altos cargos que hay en los distintos departamentos. En algunos de ellos no hemos podido saber la profesión de base, pero como referencia y visión en general, nos sirve.

**Tabla 16. Distribución de cargos del Departament de Salut<sup>25</sup>**

| Departamento  | Cargo           | Nombre        | Profesión        |
|---|-----------------|---------------|------------------|
| Departament de Salut  | Consejero       | Boi Ruíz      | Lic. en medicina |
| Servei Català de la Salut   | Director        | J. M. Padrosa | Lic. en medicina |
| Agència de Salut Pública de Catalunya   | Director        | A. Mateu      | Lic. en medicina |
| Tecnologies de la informació i la comunicació   | Director        | R. Roman      | Lic. en medicina |
| Promoció de la Salut  | Subdir. General | C. Cabezas    | Lic. en medicina |
| Agència d’informació, avaluació i qualitat en salut   | Consej.         | J. M. Argimon | Lic. en medicina |
| Fundació TICSalut (tecnologia, innovació i salut)   | Director        | F. García     | Lic. en medicina |
| Vigilància y resposta d’emergències de Salut Pública  | Subd. General   | M. Jané       | Lic. en medicina |
| Consell consultiu de pacients de Catalunya  | ¿?              | A. Lailla     | <b>Enfermera</b> |
| Comissió d’avaluació econòmica i d’impacte  | Gerente         | A. Gilabert   | Lic. en medicina |
| Direcció estratègica d’infermeria del Departament de Serveis territorials (Barcelona, Lleida, Girona, | Directora       | G. Figueiras  | <b>Enfermera</b> |
| Gestió de serveis Sanitaris   | 5 Directores    | J. Capdevila  | Lic. en medicina |
|   | Responsable     | J. Capdevila  | Lic. en medicina |

<sup>24</sup> GENERALITAT DE CATALUNYA. (2003) *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible en: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/professions\\_sanitaries\\_nou/llibre\\_blanc/documents/arxius/resum\\_executiu\\_lbps.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/professions_sanitaries_nou/llibre_blanc/documents/arxius/resum_executiu_lbps.pdf) Consultado el 15/6/14

<sup>25</sup> ORGANIGRAMA DEPARTAMENT DE SALUT. Disponible en: <http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organigrama.jsp?codi=2803&jq=200001&cap=false> Consultado el 1/8/15



|  |                  |              |                  |
|--|------------------|--------------|------------------|
| <b>Parc Sanitari Pere Virgili</b>              | Gerente          | J. A Minguez | Lic. en medicina |
| <b>Sistemes d'emergències Mèdiques</b>         | Director general | F. Bonet     | Lic. en medicina |
| <b>Gestió i Prestació de Serveis de Salut</b>  | Gerente          | P. A.        | Lic. en medicina |
| <b>Consorti de Salut i Social de Catalunya</b> | Presidente       | M. Ferré     | Lic. en medicina |
| <b>Unió Catalana d'Hospitals</b>               | Presidente       | M. Jovells   | Lic. en medicina |

Fuente: elaboración propia

Podemos ver cómo una parte importante de los cargos de responsabilidad en el Departament de Salut y en las instituciones más representativas de la sanidad catalana, está ocupada por médicos. Podemos decir que el trato excluyente al personal de enfermería está institucionalizado en el sistema de salud y en los hospitales. "No existe la voluntad social, laboral ni política de modificar esta situación. El personal de enfermería no logra integrarse para defender una posición en favor de sus derechos individuales y ciudadanos y como profesionales de la salud" (Batista (2006:36).

Por lo tanto, no es de extrañar que la enfermería se perciba como un profesional a la sombra del trabajo del médico, para el que realiza actividades delegadas: aplicación de tratamientos, manejo de aparataje,... y esto mismo es lo que la define ante la sociedad y la empresa sanitaria.

Lo que está claro es que si enfermería quiere lograr más influencia en áreas clave de la salud, es imprescindible que el colectivo haga oír su voz, pero enfermería carece de corporativismo y de un único discurso que se centre en las cuestiones clave de las políticas sanitarias, incluso podríamos decir que se aprecia cierto desinterés en los profesionales de cara a la asunción de este papel. Para salir de esta situación, se hace imprescindible que las enfermeras tengan expectativas más altas, apostar por el liderazgo de la salud y no sólo dedicarse a dar una atención directa al paciente (Gallup 2010).

Precisamente con esta intención se han promulgado diferentes declaraciones colectivas, entre ellas, la *Declaración de Granada sobre el Conocimiento Enfermero (DEGRA)*<sup>26</sup>, promovida por el Grupo de Estudios Documentales (GED), cuyo objetivo es estimular el debate sobre el papel que el conocimiento enfermero ha de desempeñar en la sociedad y demandar el empoderamiento de las enfermeras. Otras voces que se han alzado, entre el colectivo, para reclamar la incorporación de la enfermería en foros decisivos y espacios donde las enfermeras puedan hacer aportaciones son autores como Romero-Nieva, 2012; Teixidor, 2002; Alberdi y Cuxart 2005; Hernández, 2010; Cruzado, Jaime y Sánchez, 2012.

Una de las oportunidades que se ha dado a enfermería para emerger de esa situación de invisibilidad y ser partícipe de las políticas de salud, se dio en 2006. Coincidiendo temporalmente con la creación del Consell de la Professiò Mèdica, la enfermería de Cataluña tuvo la oportunidad de acceder a órganos políticos de decisión con la creación del Consell de la Professiò d'Infermeria de Catalunya (CPIC) (ORDRE SLT/457/2006), órgano adscrito al Departament de Salut.

<sup>26</sup> DECLARACIÓN DE GRANADA SOBRE EL CONOCIMIENTO ENFERMERO (DEGRA) (2013) Disponible en: <http://www.index-f.com/declaracion/documentos/DEGRA.pdf> Consultado el 10/8/14

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Este consejo se preveía como órgano permanente de consulta y participación del colectivo enfermero de Catalunya y contaba con representación de profesionales de enfermería de todos los ámbitos (entre los que me encontraba yo personalmente), pero sus decisiones o aportaciones no tuvieron carácter vinculante en las políticas sanitarias.

Durante mi presencia en dicho foro, ambos consejos aportaron documentos, unos con la intención de incidir en las políticas de salud, otros para una mejora de la asistencia a los enfermos y otros también, por qué no decirlo, para la mejora de la situación de los profesionales.

El Consell de la Professiò Mèdica de Catalunya tenia como objetivo generar debate sobre diversas cuestiones como: El papel del profesional médico en el desarrollo de las políticas departamentales, la corresponsabilidad en el logro de los objetivos del sistema sanitario público de salud de Cataluña, la mejora de la calidad asistencial y mejora los niveles de competencia necesarios para garantizar el derecho a la protección de la salud y la equidad de género en salud.

Los documentos que dicho consejo aportó al departamento de salud, fueron:

- La necessitat de metges en el sistema sanitari català
- La participació dels metges en la gestió dels centres sanitaris
- La participació dels metges en els òrgans de govern
- Les relacions entre centres hospitalaris
- Les relacions entre metges de primària i d'hospital
- Anàlisi de les retribucions mèdiques

Por su parte, las funciones del Consell de la Professiò d'Infermeria de Catalunya son, actuar como órgano permanente de participación, consulta y búsqueda de consenso del Departament de Salut en el desarrollo de las políticas profesionales, académicas, formativas y de cuestiones relativas al ejercicio de la profesión que afecten al colectivo enfermero, dar soporte al Departament de Salut en el desarrollo del Plan de recursos humanos del sistema sanitario integral, así como también de la ordenación de las profesiones sanitarias y participar en el proceso de definición de las medidas de implementación del "Llibre blanc de les professions sanitàries" y su revisión, en el análisis de las políticas de salud y en el proceso de definición de las medidas de implementación de acción positiva para garantizar el principio de igualdad de trato y de oportunidades entre el colectivo enfermero.

Los documentos que aportó fueron:

- Proposta de reconeixement de la Categoria Professional de l'Infermer/a especialista en Salut Mental.
- Proposta sobre la prescripció infermera

- Recomanacions sobre l'exercici de la professió de tècnic de cures auxiliars d'infermeria/auxiliar d'infermeria (TCAI/AI) en el si dels equips assistencials.
- Informe recomanacions de dotacions mínimes d'infermeres en unitats d'hospitalització d'aguts.
- Lideratge de la funció directiva. Recomanacions.
- Estudi de l'entorn organitzatiu de les infermeres. Recomanacions.
- Estudi demogràfic de la població infermera a Catalunya.
- Propostes del Consell de la Professi6 Infermera de Catalunya per garantir la qualitat assistencial en el sistema p6blic de salut davant la situaci6 actual de reajustament econ6mic.

Podemos ver claramente una actitud totalmente diferente entre las aportaciones documentales de uno y otro colectivo.

Los m6dicos realizan propuestas concretas de intervenci6n en los 6rganos de gobierno de los centros e instituciones sanitarias, se hacen necesarios en un sistema en crisis que necesita planteamientos innovadores de futuro, ellos aportan propuestas claras y concretas. En sus documentos, con enunciados contundentes, estructuran organizativamente una instituci6n, incluyendo su aportaci6n y presencia como un valor a6adido al sistema. El *"life motif"* de los m6dicos, es su desarrollo profesional, su liderazgo, su poder en el sistema,... son ellos mismos.

Por su parte, los documentos aportados por enfermeria en general son descriptivos sobre algunos aspectos de la profesi6n o aportan consejos generales o recomendaciones de c6mo mejorar la asistencia a los usuarios. El *"life motif"* de las enfermeras son los pacientes. Incluso en el documento de *"Propostes del Consell de la Professi6 Infermera de Catalunya per garantir la qualitat assistencial en el sistema p6blic de salut davant la situaci6 actual de reajustament econ6mic"*, est6 pensando en primer lugar en los pacientes y en segundo plano en su papel en el sistema y en su aportaci6n espec6fica.

Da la sensaci6n de que enfermeria no sabe transferir el valor de sus funciones, no sabe aprovechar las oportunidades que se le ofrecen a la hora de influir en las pol6ticas de salud.

Lo que est6 claro, es que esta falta de protagonismo por parte de la enfermeria y de poder del colectivo enfermero, produce una situaci6n de marginaci6n entre los profesionales que se detecta en el 6mbito laboral. Alberdi (1997) detecta tres aspectos que originan esa marginaci6n:

- Restricci6n de la comunicaci6n. Las empresas no asignan un tiempo espec6fico para el intercambio de informaci6n entre enfermeras.
- Dificultad de acceso real a los puestos de verdadero poder. A partir de un grado de poder, se cierra el paso a las enfermeras.

- Devaluación de las ideas y soluciones aportadas. Dado el escaso prestigio que tiene el poder ejercido por las enfermeras en el sistema sanitario, se suele producir una percepción minimizada de las ideas y soluciones que ellas aportan.

En esta situación podemos apreciar dos actitudes diferentes en los dos colectivos: unos que ostentan el poder, el control, la legitimidad y ondean la bandera del vencedor, y otros que intentan demostrar su valúa diariamente, con expectativas, casi imposibles de poder y legitimidad y ondeando la bandera del victimismo. No es de extrañar que surjan conflictos en el trabajo en equipo entre unos y otros. M. Panaia, nos dice que “Las distintas formas de complementación que se dan entre las distintas profesiones que tienden a compartir su tarea en las organizaciones, da pie a diversos conflictos y componendas que justifican diferentes tipologías de relación entre profesiones y que son las que dirimen los problemas a la hora de resolver su comportamiento institucional”(2008:11) y cita a Abbott que establece que esa competitividad que se libra entre las profesiones se produce “para establecer y defender las zonas de control donde, se demarcan las jurisdicciones sobre las actividades” (2008:16).

Es lo que M. Creus denomina “zonas grises” de las competencias. Esta autora cree que “Los conflictos interprofesionales se encuentran con frecuencia, en una mala definición de competencias (...) en las llamadas “zonas grises”, es decir, en aquellos espacios en los que conviven varias profesiones y donde cada una de ellas cree ejercer una competencia exclusiva o predominante” (2002a:416). Según Creus, esa relación entre los dos estamentos, que ella denomina “curiosa, un poco esquizofrénica”, está formada, por una parte, de grandes y estrechas complicidades y una intensa colaboración, y por otra parte, de un desencuentro permanente que las enfermeras expresan con insistencia en sus foros. Piensa, que todo esto tiene mucho que ver con el proceso de avance de la enfermería como profesión autónoma, que está desmoronando el modelo “paterno-filial” existente durante tanto tiempo desde la profesión médica. Es decir, los médicos procuran “mantener la imagen tradicional de subordinación de las enfermeras y ven en el cambio de papel y de imagen enfermera una amenaza, por lo que no dudan en utilizar estrategias que ignoran y desvalorizan la aportación profesional enfermera, para mantener su estatus” (Ramió, 2005:263).

En 2010 la empresa GALLUP<sup>27</sup>, empresa multinacional dedicada a hacer estudios de opinión, publicó los resultados de una encuesta sobre enfermería realizada a líderes de opinión de EEUU. Los encuestados no perciben que las enfermeras tengan una gran influencia en la reforma de la salud, pero sí sobre los elementos clave de un sistema de atención médica de calidad. La mayoría de los líderes de opinión (51%) dicen que las enfermeras tienen una gran influencia en la reducción de los errores médicos y mejorar la seguridad del paciente y el 50% dice que las enfermeras ejercen una gran influencia en la

---

<sup>27</sup> GALLUP. *Nursing Leadership from Bedside to Boardroom: Opinion Leaders. Perceptions*. Robert Wood Johnson Foundation. Disponible en: <http://www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2010/01/nursing-leadership-from-bedside-to-boardroom>. Consultado el 24/09/2014

mejora de la calidad de la atención al paciente. Sólo el 18% dice que las enfermeras ejercen una gran influencia en el aumento del acceso a la atención, incluida la atención primaria.

Según el estudio, las principales barreras para que las enfermeras adquieran más influencia y ejerzan más liderazgo son: la percepción del papel de los médicos en la toma de decisiones clave (69% de los encuestados dicen los médicos son los responsables de tomar decisiones) y la percepción que estos tienen como generadores de ingresos al sistema de salud (68% de los encuestados dicen que los doctores son los que generan ingresos).

Lo que está claro, es que la relación profesional médico-enfermera que se establece en el ámbito laboral “es desigual y jerárquica, Incluso en ocasiones llega a desconsideración y falta de reconocimiento de la relación profesional. Eso impide el trabajo en equipo y la comunicación” (Ramió 2005:255).

En el contexto actual, se valora el profesionalismo que se asocia al conocimiento científico y que ha concluido en la separación entre los cuidados técnicos y los cuidados de soporte. Las propias enfermeras tienen internalizada la medicina como única y legítima actividad en el sistema de salud. La única forma de emanciparse de esa hegemonía médica pasa por demostrar la contribución de los cuidados enfermeros a la calidad y seguridad de los cuidados.

En realidad, la falta de empoderamiento por la que pasa enfermería en las distintas organizaciones sanitarias y en el mismo sistema de salud hace que el colectivo sienta cierto grado de opresión. P. Freire explica perfectamente esta situación, “Ser, es parecer y parecer es parecerse con el opresor” (2005:26) y para enfermería parecerse al opresor significa parecerse a los médicos, adquirir su legitimidad, su ciencia y su saber, y como oprimidas, las enfermeras “temen a la libertad, en la medida en que ésta, implicando la expulsión de la “sombra” (de los opresores), exigiría de ellos que “llenaran” el “vacío” dejado por la expulsión con “contenido” diferente: el de su autonomía, el de su responsabilidad, sin la cual no serán libres” (2005:28), por eso en muchas ocasiones prefieren mantener ese estatus secundario dentro del sistema antes que lanzarse al vacío y asumir autonomía y responsabilidad.

Y esta opresión, que pasa de generación en generación, llega a crear una conciencia posesiva en la que el valor máximo radica en tener cada vez más, como clase poseedora y los oprimidos son vistos como enemigos potenciales a quienes se debe observar y vigilar. Con esta reflexión, Freire, está reflejando claramente el papel de la enfermera en las organizaciones y en el sistema. Los médicos, como opresores, cada vez más corporativos, observan a las enfermeras como una amenaza a controlar (Creus 2002), de ahí los múltiples obstáculos que ponen a la progresión enfermera, y las enfermeras, como oprimidas, aceptan con resignación la situación, “pasivas, alejadas en relación a la necesidad de su propia lucha por la conquista de la libertad y de su afirmación en el mundo” (Freire, 2005:44).

Pero esta dominación, no se da solamente a nivel interprofesional, también desde el liderazgo enfermero y desde los propios gestores empresariales, se establece y se perpetúa ese estado de dominio. Es, según Freire, una dominación que pretende evitar que las masas piensen o mejor dicho, no pensar con ellas. Ese “no pensar con ellas”, determina no escuchar su voz, no permitirle participar en los órganos de decisión, en los proyectos de la empresa... de ahí, que se otorgue el poder al estamento médico y se trate a enfermería desde un paternalismo perverso que no esconde otra cosa que un dominio y una represión hacia el colectivo. Paternalismo, por otro lado, que es aceptado de forma complaciente por las enfermeras, que ven en él una protección y un acercamiento cálido del opresor, y que justifica esa negativa de que enfermería adquiera protagonismo y poder, como algo positivo para el colectivo. Aunque en el fondo, no deje de ser una forma de poder y de estatus (Ramíó 2005).

Es decir que a pesar de esa percepción de falta de empoderamiento en las instituciones, la enfermería está inmutable y acepta con cierta “naturalidad” su estatus secundario en el sistema. Las enfermeras sólo son capaces de luchar por el poder, cuando se trata de defender a los pacientes dentro del proceso asistencial, pero esa lucha no es una imposición de criterios, sino que va acompañada de pactos y consensos con el resto de actores que participan en dicho proceso. La lucha por el poder “sólo la ven necesaria cuando se trata de defender al paciente. Y aspiran a un poder que no es sinónimo de dominio, ni se manifiesta en violencia, por el contrario, pretenden una autoridad compartida, que no siempre consiguen, que redunde en beneficio del paciente” (Acebedo. 2012:186).

Incluso van más allá, cuando alguna de las enfermeras es capaz de alzar la voz y es capaz de aportar un discurso distinto al aceptado por la mayor parte del colectivo, es marginado por el resto. Es el “miedo a la diferencia”, que establece Alberdi (1997), de los que no son capaces de salir de esta situación de conformidad. Esta marginación se produce dentro del propio colectivo enfermero con el objetivo “de conservar un orden basado en la intolerancia y en la escasa competencia profesional” (1997:69).

#### **4.5.- IDENTIDAD ENFERMERA**

El concepto identidad, es un tema recurrente en los foros enfermeros, mejor dicho, la falta de una identidad enfermera. J. Gallego escribía en 2009 que “la identidad tiene que ver con la imagen, tanto personal como colectiva. La imagen que no evoluciona, se anquilosa y muere” (pp. 51). Según el autor existen varios tipos de imágenes: la imagen que uno tiene de sí mismo, dentro de una determinada profesión (¿cómo me veo como enfermera?); la imagen construida por alguien, acerca del significado de su profesión (¿cómo veo a la enfermería?); la identidad que otros colegas construyen (¿cómo ven las otras enfermeras a la enfermería?) y la identidad que construyen los que son ajenos a la profesión (¿Cómo ve la sociedad u otras profesiones de la salud a la enfermería?).

En la actualidad, la alta especialización que impera en el sistema de salud, exige un mayor conocimiento de las nuevas tecnologías a la enfermería, y algunas enfermeras perciben que a consecuencia de esta especialización la profesión está perdiendo la cualidad humanística que tradicionalmente la había caracterizado. Esta circunstancia unida a otras como pueden ser la sobrecarga de trabajo, las tareas rutinarias en el trabajo y un déficit de herramientas teóricas y metodológicas, hacen que en la actualidad la disciplina enfermera y sus profesionales, tengan problemas de identidad, de rol y de delimitación de competencias.

J. F. Hernández escribió al respecto: “analizando la literatura profesional enfermera de los últimos cuarenta años, lo que más choca es la obsesión permanente, a veces un tanto neurótica, por intentar definir de una vez por todas qué es ser enfermera. (...) Una profesión que necesita cuestionarse sus propios fundamentos permanentemente y que no parece haber dado con la respuesta a esas preguntas, sin duda carece de una identidad definida en su mercado profesional” (2010:9).

Otros autores siguen esta misma línea y nos señalan la falta de una identidad clara. En 1993, Sor Josefina Castro Vizoso publicaba que “la enfermería no ha conseguido su propia identidad”, en 2010 Emila Aparicio, en su tesis percibe “una falta de constatación de aquellos ideales por los que se lucha, de una ideología de referencia y de una identidad profesional bien definida” (2010:8), en 2012 Jeronimo Romero-Nieva publicaba en su artículo, “Enfermería es...Qué es enfermería?”. Es decir, existe la necesidad de repensar desde lo hondo y lo profundo de las esencias enfermeras qué es lo que el colectivo quiere hacer con la profesión.

Está claro que la proyección de la profesión enfermera en la sociedad, tal vez por la propia indefinición o mejor por la variabilidad, aún es percibida más como dependiente que como colaboradora. En el plano de la práctica clínica es vista como una profesión feminizada muy acorde con los estereotipos de género, con fuerte componente humanitario, emocional y afectivo, por lo que se deduce que aún queda mucho camino hasta conseguir una proyección que visualice la profesión como entidad diferenciada y con identidad propia.

La RAE, define el concepto de identidad como un conjunto de rasgos propios de un individuo o de una colectividad que los caracterizan frente a los demás, pero ¿cómo definen otros autores dicho concepto?

Ana Hirsch determina que “la identidad profesional se sitúa entre la identidad “social” y la “personal”. La identidad social es un modo de definición social del individuo que le permite situarse en el sistema social y ser identificado por otros, en una relación de identificación y de diferenciación. Las identidades profesionales se definen como una construcción compuesta, a la vez de la adhesión a unos modelos profesionales, resultado de un proceso biográfico continuo y de unos procesos relacionales” (2013:67).

## **TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

Para Arreciado (2013), la identidad profesional es un constructo formado por la interrelación de conocimientos, un campo de actuación, la autonomía profesional, la autoimagen, la imagen social y los valores que se desarrolla a lo largo de la vida a través del contacto e interrelación con otros profesionales.

Según Rodríguez y Becerra (2010), la identidad profesional es la manera como el profesional ve su profesión y el sentimiento que ella genera, que influirá en su modo de pensar, de actuar y en cómo desarrolla sus relaciones.

Pierre Bourdieu (1997) nos habla de la construcción de la identidad, como un proceso continuo de relación discursiva entre cómo nos definimos y cómo nos definen, de ahí la importancia de la autopercepción profesional.

Por lo tanto podemos decir que la formación de la identidad profesional es un proceso que se crea por la interacción de varios factores: la propia identidad personal, un corpus de conocimiento común, las relaciones intraprofesionales -que proporcionan una identidad compartida-, las interprofesionales -que permiten el control del corpus de conocimiento- y la experiencia personal.

Por otro lado Berger y Luckmann (2003), determinan que la identidad es un fenómeno social que se crea a través de las relaciones entre el individuo y la sociedad. Es decir, a partir de los procesos sociales que forman la identidad, serán las relaciones sociales las que la preservarán, la modificarán o la transformarán. Por lo tanto, al ser una construcción social, la identidad variará en virtud de cómo es definida en dicha sociedad en un momento dado. "La identidad constituye, por supuesto, un elemento clave de la realidad subjetiva y en cuanto tal, se halla en una relación dialéctica con la sociedad. La identidad se forma por procesos sociales. Una vez que cristaliza, es mantenida, modificada o aun reformada por las relaciones sociales. Los procesos sociales involucrados, tanto en la formación como en el mantenimiento de la identidad, se determinan por la estructura social" (Berger y Luckmann, 2003:214).

Según Caballero, citado por Arreciado (2013), en la construcción de la identidad profesional intervienen factores personales, como la vocación, el saber (teórico-práctico), la propia percepción de la profesión, la autoimagen y la autoestima; y sociales como el prestigio de la profesión, el reconocimiento profesional o la interacción profesional.

Por lo tanto, se crea un entramado o constructo, con la conjunción de todos esos elementos, la vocación, entendida como llamada o una predisposición hacia la profesión; el conocimiento teórico que aportará a la enfermera las bases esenciales sobre las que construir la práctica; la imagen que las propias enfermeras tienen de la profesión, que según lo visto hasta ahora es la de una profesión sometida a la medicina, invisible, sin capacidad de poder influir en las políticas de salud, una profesión



poco cohesionada ni reivindicativa, feminizada y poco valorada; la imagen social de la profesión que coincide en muchos aspectos con la propia percepción de las enfermeras y todo esto envuelto en unas relaciones profesionales donde el poder lo tienen los médicos.

En la actualidad, existen dos vertientes de la enfermería que están enfrentadas. Por un lado, la que desea permanecer impasible con su identidad tradicional de profesión femenina, con fuerte componente humanitario, emocional y afectivo, y por otro, la que reconoce que debe explorar nuevos territorios profesionales, con un papel más independiente y visible y respetada en sus funciones específicas y delegadas. Pero existe la creencia de que pertenecer al grupo de enfermeras que abogan por aspectos más pragmáticos, como la tecnificación de la profesión, significa abandonar la identidad tradicional y perder el aspecto que hasta ahora caracterizaba a la profesión, la humanidad en los cuidados, por lo que estas son tachadas a veces de “malas enfermeras”. Estas críticas internas repercuten negativamente a la hora de afrontar retos profesionales, ya que los profesionales que destacan en algún ámbito profesional son percibidos como amenazas en lugar de observarlos como oportunidades de progreso profesional individual y colectivo, es decir, la reacción que puede encontrar en su entorno, es la falta de reconocimiento por parte de sus colegas (Alberdi, 1997; Ramió, 2005).

Si a esto añadimos la presencia de otros factores externos, como el trabajo precario, la desvalorización social de los cuidados, el escaso desarrollo de la carrera profesional, la oposición de otros colectivos, la posición ambigua de las instituciones del estado, etc. o internos al colectivo, como la falta de una visión de futuro, de un proyecto a largo plazo que determine los ámbitos de actuación en base a las necesidades de la población, la pasividad del colectivo ante ciertas situaciones discriminatorias y de sumisión, la falta de cohesión y de una identidad fuerte que sea capaz de defender la importancia de su labor, la falta de colegios profesionales que realmente defiendan los intereses de sus colegiados,...y sobre todo el desconocimiento de lo que la profesión ofrece a la sociedad y el papel que representa, podemos afirmar que la profesión enfermera tiene un problema importante de identidad que está limitando su progreso profesional (Hernández, 2010).

Actualmente, las necesidades de la población exigen una especialización en el cuidado y atención al paciente, así como una creciente tecnificación de las actividades médico-asistenciales, esto está obligando al personal a una mayor especialización en todos los niveles, y enfermería no puede ser menos. Las enfermeras están adquiriendo nuevos roles, competencias y funciones, pero algunas enfermeras perciben que estas nuevas competencias las alejan de su identidad profesional básica, agudizando la sensación de pérdida de identidad enfermera y alejamiento de los cuidados como eje central de la profesión

Siles (2005), escribía un artículo cuyo título ya establecía las dificultades de la enfermería en relación a su identidad, *“La eterna guerra de la identidad enfermera”*. Para él, el problema de la identidad

enfermera, está implícito en la identidad de la mujer como cuidadora y doméstica. Una identidad, fruto de la tradición heredera de la división sexual del trabajo. Esa identidad de género establecida específicamente tanto para la mujer y el hombre, mantiene esclavizada a la mujer dentro de un marco de limitaciones de género en cuyo núcleo central resulta fácilmente visible la enfermería y también la religiosa. “Todo ello provoca que "mujeres" y "enfermeras" se mantengan dentro de los límites marcados por la sociedad para el género al que pertenecen. Pero lo más problemático se plantea cuando son las propias mujeres y enfermeras las que (...) tienden a plegar su pensamiento a estos estereotipos institucionalizados manteniéndose ellas mismas en la creencia de que su situación es la natural de sus seres (adopción del estatuto de esclavos sumidos en una sociedad supuesta y atemporal)” (Siles, 2005:9).

La coexistencia de una enfermería vocacional, con una enfermería profesional y científica ha sido, a la vez, una fuente de conflictos y de enriquecimiento. “Sin embargo, mientras todo esto ocurra, hay que reconocer que la parte más delicada de este proceso de lucha dialéctica la constituye la lucha interna, la guerra civil de mujeres contra mujeres y enfermeras contra enfermeras que siguen sin llegar a consensuar aspectos esenciales y básicos para alcanzar una síntesis de lo que debería ser la enfermería y del papel de la mujer en la sociedad. Dicho de otro modo, hasta que la mujer no alcance su pleno desarrollo en la sociedad, y aun considerando la enorme amplitud de factores interrelacionados y la complejidad del tema, la enfermería seguirá esperando que llegue su momento” (Siles, 2005:9).

A lo largo de la historia, las ocupaciones han adquirido su reconocimiento social, porque su desarrollo respondía a la necesidad de profesionalizar el desempeño de funciones o actividades que por motivos de escala, complejidad técnica u oportunidad dejaron de ser funcionales circunscritas a los pequeños ámbitos comunitarios. La disciplina enfermera ha ido evolucionando dependiendo de las demandas del entorno asistencial hasta desarrollarse cuando empieza a ser necesaria una mano de obra asalariada que desempeñe tareas poco cualificadas inicialmente: religiosas en hospitales, soldados en los campamentos, madres y vecinas en las ciudades,... Posteriormente, el modelo patriarcal, permitió la incorporación de los profesionales de una forma natural en los servicios sanitarios, con un rol dependiente y supeditada al médico, sin un espacio propio y autónomo. Aquel rol femenino-familiar se proyectó a los servicios sanitarios y fue reivindicado en el discurso feminista dominante, pasando a ser el elemento cultural vertebrador de la enfermera moderna (Bertran 2005). Pero esta reivindicación ha contribuido a perpetuar el estereotipo cultural machista de hombre-marido-médico, mujer-esposa-enfermera dentro de la sanidad.

Este inconveniente tiene la solución en la reinención de la profesión y de los cuidados desde una perspectiva científica y humanista. Como defiende Olivera (2007), deben ser los propios profesionales, los que construyan las herramientas necesarias científicas, técnicas, metodológicas, humanísticas e inclusive filosóficas, con el objetivo de desarrollar nuevos modelos de atención al paciente que permitan no sólo la recuperación de la salud sino mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.

#### 4.6.- PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL

Durante el proceso de socialización las personas adquieren la cultura del grupo al que pretenden pertenecer y el sentido de identidad profesional, pero también adquirirá una ideología, entendiéndose tal, el “conjunto de creencias y valores que han servido para que este grupo profesional desempeñara en la sociedad un determinado papel dirigido y dependiente del grupo profesional médico” (Domínguez-Alcón, 1979:104)

Existen diversas definiciones sobre el concepto de socialización laboral, muchos son los autores que han trabajado en esta cuestión, Karl H. Marx (1818-1883), Friedrich Engels (1820-1895), Herbert Spencer (1820-1903), Émile Durkheim (1858-1917), Maximilian C. Emil Weber (1864-1920), Talcott Parsons (1902-1979), etc.

Otros autores también han aportado sus definiciones. O. G. Brim (1966) lo define como el proceso mediante el cual las personas adquieren el conocimiento, habilidades y predisposiciones que las convierten en miembros más o menos capacitados de la sociedad. F. J. Palací (2005), determina que la socialización es el proceso por el cual las personas aprenden valores, habilidades, experiencias y conductas que son importantes para asumir un determinado rol dentro de la organización y lo ayuda a participar como miembro activo en ella. M. Panaia (2008) determina que el proceso de socialización profesional incluye tres momentos, de “formación general previa, formación profesional de acompañamiento de carrera y experiencia de trabajo o del oficio” (pp.24). A. Arreciado (2012) establece que “La socialización consiste fundamentalmente en un aprendizaje donde la persona aprende a adaptarse a un grupo y a hacer suyas sus normas, imágenes y valores” (pp.41)

Los diferentes procesos de socialización que han descrito los autores son semejantes y la mayoría determinan tres etapas, la primera es la etapa previa a la entrada en la organización, la segunda se establece con la incorporación y ubicación del nuevo empleado en su lugar de trabajo y la última etapa se caracteriza por la adquisición y cambio de nuevos patrones de conducta.

Uno de estos modelos que describen este proceso es el diseñado desde la perspectiva de la Psicología Social y de las Organizaciones, por Palací, Ripoll y Oisca (1995). Estos autores utilizan un modelo según el cual, la socialización se establece en diferentes etapas secuenciales por las que pasarán las personas que se incorporan a las organizaciones, y que se prolonga hasta que el empleado ha adquirido las habilidades, conductas y valores que permiten calificarlo como miembro integrado en la organización. Estos autores desglosan en diferentes etapas el citado proceso:

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- a) Socialización organizacional anticipatoria, en la que la persona adquiere, antes de incorporarse, ciertos valores, conductas y actitudes que son relevantes para su posterior encuentro con la organización.
- b) Etapa de encuentro. Supone el contacto con la realidad de un nuevo puesto de trabajo y una nueva organización.
- c) Etapa de adquisición y cambio, es cuando se llega a la aceptación del nuevo empleado como miembro de la organización.

Otro modelo que nos ha llamado la atención es el de Fernández y Fernández (2006) Estos autores, desde la perspectiva de las Ciencias de la Educación, analizan la construcción del conocimiento profesional de los profesores y consideran que: “convertirse en profesor no consiste en una simple transición de un rol a otro; se trata de un proceso social que implica complejas interacciones entre los futuros profesores y los experimentados y sus situaciones sociales» (pp. 422).

Estos autores agrupan los factores de influencia en los procesos de construcción del saber profesional y de socialización de los futuros profesionales en cuatro categorías:

- a) socialización académica, entendida como la influencia ejercida durante el período de formación universitaria, tanto en la adquisición de conocimientos y competencias, como en la reformulación de la representación del oficio y en la elaboración de sus expectativas e intereses;
- b) socialización administrativa, en referencia a la proyección que desde la política educativa se trata de desplegar sobre ellos, habiendo considerado en este apartado las normativas legales, los sistemas institucionalizados de difusión y formación orientada y los sistemas de acceso al puesto de trabajo;
- c) socialización profesionalista, en la que tenemos en cuenta sus respuestas ante la realidad del puesto de trabajo;
- d) procesos de reconstrucción experiencial en los que a partir de las propias prácticas individuales y colectivas, van elaborando una experiencia profesional.

Estos esquemas aportados por Fernández y Fernández (2006) y Palací, Ripoll y Osca (1995), nos servirán de base para analizar la socialización de la enfermería, teniendo en cuenta el proceso histórico de la profesión, el contexto de profesión feminizada y de la existencia de una imagen social estereotipada y sesgada.

Partiendo de los objetivos planteados en la tesis, y con la creencia de que desde el momento en que una persona decide iniciar los estudios hasta que alcanza una experiencia como tal, existe un proceso

complejo de socialización que va a influir de forma notoria en la adquisición de los valores, actitudes, conocimientos y habilidades que determinarán la forma de vivir y desempeñar su profesión, determinaremos las siguientes etapas del proceso de socialización:

- Socialización anticipatoria, veremos la influencia del entorno relacional de los futuros alumnos, desde el momento en que este se plantea la opción de estudiar enfermería.
- Socialización académica, veremos el impacto de la etapa formativa en la adquisición de conocimientos y la reformulación de la imagen de la disciplina, así como la influencia de normativas legislativas en dicha adquisición.
- Socialización profesional, donde veremos las respuestas de los profesionales al contacto con la realidad de un nuevo puesto de trabajo y una nueva organización y su progresión laboral

**Socialización anticipatoria de las enfermeras.** Entendida como proceso que se inicia en el momento en que la persona, desde su propia concepción ideológica de la profesión, decide estudiar esa disciplina. Cuando plantea en su círculo personal y familiar, la decisión adquirida comienza a recibir diferentes impulsos que van a hacer que la persona inicie la creación de su propia imagen de la profesión y esto condicione lo que será su futuro profesional

No podemos olvidar que las personas durante toda nuestra vida estamos inmersos en un proceso de socialización que dará lugar a unos conocimientos, ideas, creencias e imágenes sobre todo lo que nos rodea y también sobre la profesión que queremos ejercer en un futuro y que, de alguna forma, coincidirá con la imagen social de dicha profesión. Los discursos realizados por la red de amistades, por la propia familia y por los medios de comunicación influyen en la elección de una determinada profesión. Estos discursos se han creado a partir de la imagen estereotipada establecida socialmente y van a hacer que se catalogue a la futura profesional en un estatus y un rol específico, desde un primer momento.

Existen estudios realizados a estudiantes de enfermería que recogen sus percepciones y opiniones con anterioridad a los estudios y la mayoría coinciden con esa imagen social de la profesión (Heierle, 2009; Arreciado, 2013; Burguete, Ávila y Velasco, 2005; Bertrán, 2005). Estos autores consideran que:

- la profesión es poco conocida y reconocida socialmente
- existe cierta vinculación al aspecto feminizado de la misma
- está impregnada de estereotipos de género
- es una profesión subordinada a la disciplina médica
- es una profesión técnica que realiza tareas de poca importancia

- culpabilizan a los propios profesionales y a los medios de comunicación, de esta situación

Por lo tanto las personas que deciden estudiar enfermería lo hacen con una imagen que han adquirido mediante la socialización y que coincide con la imagen social de la profesión.

Los motivos por los que una persona decide elegir una profesión se pueden clasificar en dos grupos, motivos tradicionales y motivos prácticos.

#### *Motivos tradicionales*

Dentro de los motivos tradicionales nos referimos a la influencia de la familia, el deseo de ayuda y cuidado a los demás y la vocación.

La familia es el primer agente socializador. Ésta influye en las opciones de estudio, en las tendencias vocacionales, en las demandas de formación y en las decisiones que toman las personas en su proyecto vital de futuro. Autoras como Burguete et al., 2005; Ramió, 2005; Corti, 2000, ponen de relevancia en sus trabajos la influencia familiar como uno de los aspectos importantes en el momento de tomar la decisión de estudiar enfermería.

El cuidado, la ayuda, la vocación y entrega a los demás, también es una de las motivaciones que mueven a las personas a estudiar enfermería (Domínguez Alcón, 1990). La idea de estar en contacto con los pacientes, el poder ofrecerle ayuda de forma altruista y obtener el agradecimiento de ellos, es un refuerzo positivo que les motiva e impulsa a estudiar esta profesión. Estos mismos argumentos, están en la línea de Kovácsné, 2008; McLaughlin, Moutray y Moore; 2010; Báñez, 2003.

#### *Motivos prácticos*

Dentro de los motivos prácticos incluimos las expectativas frustradas en la elección de otra carrera, contacto previo con la profesión o con la enfermedad y el hecho de que enfermería sea una carrera de pocos años de duración.

En algunos casos, la elección de los estudios es fortuita, algunos tienen inicialmente otras expectativas, pero al no tener la nota necesaria para el ingreso a esas otras disciplinas se decidieron por enfermería, como trampolín o puente para acceder posteriormente a la carrera que ellos deseaban (Arreciado, 2013; Rodríguez y Becerra, 2010).

Otro de los motivos que influye, es el haber tenido contacto previo con la profesión (haber realizado trabajos anteriores en el ámbito de la sanidad u ONG). Es frecuente encontrar enfermeras que han

comenzado como auxiliares y deciden estudiar enfermería como una forma de promoción profesional. (Ramió, 2005).

En otras ocasiones, las experiencias personales (haber padecido una enfermedad), también son el detonante para idealizar una profesión y motivar a la persona para escogerla como profesión de futuro. Cuando se produce un encuentro con los profesionales de enfermería, la imagen generada está influida por la respuesta emocional de la persona a la situación. Debemos pensar que cuando un usuario entra en contacto con el sistema de salud, es como consecuencia de una dolencia que en muchas ocasiones sitúa a la persona en una posición de vulnerabilidad, por tanto, es normal crear una imagen idílica del profesional y eso puede influir en la motivación y elección de dicha disciplina. (Lai y Pek, 2012).

Y por último, la consideración de la enfermería como una carrera de corta duración y como un medio de obtención de unos ingresos económicos mediante la realización de un trabajo remunerado, también son motivos de la elección (Bañez, 2003)

Uno de los estudios que nos ha llamado la atención, y al que dedicaremos un espacio, es el realizado por Burguete et al. (2005), *La imagen pública de las enfermeras. Cómo ven la profesión los estudiantes de enfermería*.

Según estos autores, algunos de los motivos expuestos anteriormente (la influencia familiar o amistades, contacto con la enfermedad o con la profesión, etc.), habría que encasillarlos en la categoría de extrínsecos a la profesión y por tanto desvinculados a su verdadera naturaleza. Según ellos, la elección de enfermería, bajo esta motivación, va a influir en los resultados académicos, en el desarrollo profesional de estos individuos y en la calidad de los cuidados que los futuros profesionales ofrecerán a los pacientes.

En su estudio, los autores detectaron que los motivos principales por los que los alumnos escogían enfermería, era por ser una profesión de ayuda. Este valor solidario que inicialmente lo podemos percibir como algo positivo, en realidad es percibido por los investigadores como una respuesta negativa, ya que se distancia de la profesionalización y es más propia del modelo de género femenino y más cerca del rol tradicional caracterizado por la entrega generosa y servicial. El otro de los motivos aportados por los alumnos, fue el de la "vocación", que según los autores, tiene ciertas connotaciones de filiación espiritual relacionada con las órdenes religiosas.

Por otro lado, los investigadores analizaron en su estudio la percepción de los alumnos de primer y tercer curso de enfermería, sobre la imagen social de la enfermería. Los resultados confirmaban una imagen social de enfermería, como una profesión femenina y vista desde los estereotipos más adecuados a los años 40-50 del siglo pasado, a pesar de los cambios introducidos en la disciplina.

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Determinan que los estereotipos e ideas preestablecidas que se tiene sobre la actuación profesional de las enfermeras, esa falta de autonomía dentro del equipo de salud, la desvalorización a nivel social de las funciones de este profesional, hace que los alumnos tengan un comportamiento posterior en el ámbito académico más crítico. El estudio nos muestra que los alumnos perciben la imagen social de la profesión como mala y sobresalen los términos subordinación, el apelativo de ATS (a pesar del tiempo transcurrido desde la desaparición de esta titulación), profesión técnica, salario bajo y baja autoestima i autoimagen profesional.

Podemos ver dos aspectos básicos y algo contradictorios en este estudio, por un lado lo que les mueve a estudiar enfermería son motivaciones de solidaridad hacia los demás y vocación, es decir una entrega servicial y altruista, y por otro lado observamos que critican precisamente esa imagen que tienen de la profesión y de los profesionales y que coincide con esos valores de servicio, altruismo, generosidad y sumisión.

Debemos tener en cuenta que lo que prevalece en las personas que deciden estudiar enfermería, es la imagen ideal de la enfermera y que “esa idea es reforzada cuando las personas, antes de iniciar la formación enfermera, toman contacto con las profesionales” (Ramió, A 2005: 242) y aunque reciban opiniones negativas acerca de las enfermeras, es la imagen ya construida la que prevalece en la toma de decisión sobre iniciar los estudios. Por tanto, generación tras generación se están manteniendo el ideario de una profesión abnegada, de entrega y dependiente de la labor médica.

**Socialización académica**, entendida como la influencia ejercida durante el período de formación, tanto en la adquisición de conocimientos y competencias, como en la reformulación de la representación del oficio y en la elaboración de sus expectativas e intereses.

Los cuidados, base del conocimiento enfermero ya no se basan en tradiciones y conocimientos acumulados colectivamente, como sucedía siglos atrás, sino en unos conocimientos y una tecnología que cambia constantemente, que debe ser aprendida por quien ha de aplicarla (Godelier, 1989). Así queda reflejado en el comentario de Nightingale (1990) “Toda mujer no es por sí misma una buena enfermera”, puesto que los cuidados ya no son transmitidos por herencia cultural, se precisa aprenderlos.

Según M. P. Mompert “ser enfermera significa poseer una serie de conocimientos y habilidades que, en principio, deben capacitar para hacer (practicar) la enfermería. El saber y el hacer están pues en relación de dependencia y complementariedad, ya que no puede existir el uno sin el otro. El saber precisa aplicarse y se nutre para su desarrollo en la acción y, por su parte, el hacer se basa en el conocimiento y le aporta la experiencia práctica enriquecedora. En consecuencia, se puede afirmar que el conocimiento no aplicado es inútil y la práctica que no está basada en el conocimiento peca de peligrosa e



inconsciente” (2004:2). Por tanto, durante la formación se adquieren los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y normas y la persona comienza a asumir la cultura y la identidad profesional.

En la socialización académica, la formación teórica y la realización del prácticum que constituye el período de formación universitaria, representa el primer elemento o ciclo de construcción del pensamiento profesional y de socialización (Fernández y Fernández, 2006). La fase práctica ocupa un lugar de intercambio de dicho conocimiento en el período en que los estudiantes inician el camino profesional. Es la conversión del conocimiento, del que hablan Nonaka y Takeuchi (1995). Según estos autores, el conocimiento explícito, adquirido en las aulas (el que se expresa a través del lenguaje formal, usando expresiones matemáticas y/o gramaticales y se transmite fácilmente de una persona a otra, de forma presencial o virtual), se transforma en conocimiento tácito, (que depende de la persona, sus creencias y el medio en que se desenvuelve, se adquiere a través de la experiencia personal y es muy difícil de expresar usando un lenguaje normal), a medida que progresa su formación práctica y adquiere experiencia.

Por lo tanto, para la consolidación de los contenidos teóricos de la disciplina son indispensables las prácticas clínicas. Ellas permitirán al estudiante un contacto directo y real con la profesión y podrán aplicar e integrar los contenidos trabajados en las aulas y a la vez desarrollar nuevos conocimientos, habilidades, actitudes y valores de la profesión. Por lo tanto, las experiencias y prácticas clínicas resultan indispensables para aflorar la idea de lo que realmente significa ser enfermera, aunque a veces puede generarse cierta contradicción entre lo aprendido en el aula y el actuar de la enfermera en su centro laboral donde los estudiantes son participantes activos. (Díaz EC. 2014)

Los alumnos de enfermería que comienzan las prácticas, lo hacen con cierto temor e inseguridad, a pesar de llevar un tiempo formándose en los aspectos teóricos. Este temor, está motivado “porque no se tiene experiencia de las circunstancias en que hay que desenvolverse, ni como contextualizar los conceptos aprendidos en los libros de texto” (Ramió 2005:83), por lo que es importante que en este período haya una acogida adecuada y unos espacios compartidos con la enfermera referente de reflexión y análisis de las situaciones vividas. Para ello es esencial el papel que juegan los profesores asociados de prácticas y los colaboradores. Éstos, con su seguimiento a “pie de cama”, serán principalmente los que resolverán las dudas, problemas e interrogantes que se planteen. También ellos influirán en la creación de un ambiente propicio para el desarrollo de las prácticas (Peiró 2008).

Los alumnos en proceso de formación, tras enfrentarse con la realidad en el ámbito sanitario y enfrentarse a situaciones de sufrimiento, dolor, muerte, expresan impotencia y necesitan el asesoramiento que les proporcionan las enfermeras expertas, por lo que el papel de las tutoras, es fundamental. Estos deben aportar a alumno su experiencia, sus conocimientos, deben transmitirle

elementos de identidad profesional e ilusión por el trabajo y deben conocer las necesidades de los alumnos.

El estudiante, por su parte, necesita ver reforzadas sus acciones positivas para sentirse seguro y cómodo durante sus prácticas, necesita sentirse respetado, valorado en su trabajo, y tienen una actitud crítica ante la indiferencia que muestran hacia ellos algunos profesionales. Lo que los estudiantes esperan de ellas es “respeto hacia ellos, apoyo, creer en sus capacidades y el desafío a través del cuestionamiento”. (Arreciado, A. 2013: 255).

Por tanto la identidad profesional de la enfermera se logra vinculada a la satisfacción en el desempeño de la profesión, imagen de la misma y sentido de pertenencia a ella, estas tres dimensiones se dan en una estrecha interrelación, en la cual cobra relevancia la imagen de la profesión que tienen los estudiantes. El alcanzar una favorable imagen de la profesión en los estudiantes repercute en el desarrollo de las demás dimensiones, es por ello que la labor del profesor durante la formación debe encaminarse al logro de esa representación y conjuntamente con ella incidir en el desarrollo de las demás.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que durante las prácticas los estudiantes se ven sometidos a ciertas presiones, no sólo institucionales, sino también derivadas de las relaciones con el tutor y resto de profesionales. En esta situación es corriente que los estudiantes intenten causar buena impresión y se subordinen a los requerimientos y roles que se espera de ellos, o que creen que se espera que realicen, podríamos decir que se produce un efecto que Zeichner, citado por González (1994) denomina "camaleonismo" para destacar que se trata de un mecanismo adaptativo externo, sin que verdaderamente se encuentre comprometido e involucrado interiormente. Es una especie de sumisión en la que el alumno que realiza las prácticas acepta y se adapta externamente a los requerimientos que se le plantean. Incluso podría darse el caso de que el estudiante realice acciones y tareas, de las que está convencido que no le aportarán nada en su formación, con el propósito de agradar al tutor

De todas formas, también hay que considerar las situaciones contrarias, en las que los enfermeros en formación no responden a las expectativas de los tutores. En algunos casos el rechazo es manifiesto, los tutores reciben críticas y las futuras enfermeras se enfrentan a difíciles alternativas: la frustración, el pasotismo o el enfrentamiento directo, intentando incluso cambiar las cosas según su visión. Tampoco se puede descartar que, efectivamente, el estudiante de enfermería comprenda y comparta la visión y los usos del tutor y de la institución. Obviamente, en el proceso de socialización no tiene por qué darse un comportamiento homogéneo, sino que el futuro profesional puede recurrir a diferentes estrategias según su situación personal, el contexto en el que se encuentre o las tareas que se le piden (González, 1994).

Otro aspecto importante a tener en cuenta en esta etapa de socialización, es la divergencia entre la teoría y la práctica enfermera. En algunos casos los estudiantes durante sus estudios teóricos alcanzan unas capacidades que les permiten, según los planes de cuidados, explicar las situaciones que se encuentran en sus prácticas clínicas desde modelos de cuidados y del proceso de atención de enfermería, sin embargo, estos conocimientos no siempre se mantienen a lo largo de su trayectoria profesional posterior, ni el modelo como referente explicativo, ni el proceso de cuidados como guía de su práctica. Desde los centros de formación se pide al alumno una práctica reflexiva, pero lo que viven en el hospital es una práctica rutinaria (Francisco, 2008), esta situación de distanciamiento entre la teoría y la práctica permite la creación de brechas entre ambas difíciles de salvar. Dada la rigidez de los modelos de práctica que impiden la reflexión clínica, los estudiantes durante las prácticas “ven postergados sus intereses educativos en beneficio de los de la institución sanitaria” (Mompert, 2004:9).

Tampoco hay una integración real de los alumnos en los equipos de trabajo dentro de los centros en los que realizan sus prácticas, sino que deben hacer un ejercicio de distanciamiento de lo aprendido en el aula y sumergirse en la realidad asistencial si quieren ser aceptados por los integrantes del equipo. Por lo tanto, los estudiantes tienen serias dificultades de aplicar lo aprendido en el aula y se ven inmersos en un sistema de trabajo al que deben adaptarse si quieren integrarse en el equipo y ser aceptados por el resto de profesionales.

En relación a la construcción de la identidad profesional, cada estudiante de enfermería tiene una imagen de la enfermería que en muchas ocasiones ha sido influenciado por el conocimiento de otras enfermeras a las que ha visto actuar o con las que ha hablado. Esta percepción laica de enfermería que tiene un estudiante de enfermería se transforma en una comprensión más profesional en las escuelas de enfermería. Es un proceso de aprendizaje de las normas, actitudes, comportamientos, habilidades, roles y valores de la profesión. Se trata de la interiorización individual de los valores y normas de la profesión que condicionan la propia conducta y la autoimagen profesional. El objetivo final de socialización es internalizar en el profesional la identidad de la profesión (Lai y Pek, 2012).

Otra autora que ha estudiado la contribución de la formación a la creación de la identidad profesional, es A. Hirsch (2013). Esta autora, cita a Evetts y determina que “la identidad profesional se asocia con el hecho de tener experiencias, formas de entender y conocimientos técnicos comunes, así como coincidentes de percibir los problemas y sus posibles soluciones. La identidad común es producida y reproducida mediante la socialización ocupacional y profesional a través de trayectorias educativas compartidas y coincidentes, de la formación profesional y las experiencias vocacionales, y de la pertenencia a asociaciones profesionales y sociedades en las que aquellos que ejercen la misma profesión desarrollan y mantienen la misma cultura de trabajo” (Hirsch, 2013:67). Habla en su trabajo de la importancia de conocer el trabajo de los profesionales de larga trayectoria, del aprendizaje práctico, de recordarles a los alumnos el sentido de la profesión, que se sientan como parte del

colectivo para la formación de la identidad profesional y concluye diciendo que la identidad profesional se forma durante la formación y posteriormente durante el trabajo.

Por otro lado, el cuidar, entendido como servicio de ayuda, es para los estudiantes lo que da identidad a la profesión, es lo que han aprendido en las aulas y es lo que esperan encontrar durante las prácticas. Sin embargo, durante las prácticas clínicas observan a las enfermeras en su espacio laboral y las ven estresadas como resultado de la disminución de las plantillas, intentando llegar a tiempo en la realización de tareas que en su mayor parte son delegadas e inmersas en la más absoluta rutina. Consecuencia de todo esto, es que los alumnos acaban viendo con “normalidad” que las enfermeras prioricen las actividades más técnicas, organizativas o delegadas, por encima de las acciones del cuidado y, es más, ellos mismos las reproducen durante sus prácticas. En definitiva, la imagen ideal inicial, creada en base a la imagen social que se tiene de la profesión, es desplazada por la de un profesional flexible, polifacético, que se ocupa de casi todo y que relega los cuidados a un segundo plano (Arreciado, 2013), y eso es lo que queda plasmado en sus mentes y es interiorizado de generación en generación de enfermeras.

En relación a la metodología docente utilizada en las universidades, Medina, Schubert, Lenise y Sandin (2010) plantean que las ideologías dominantes en la formación de profesionales de la salud, dan forma y contenido a la subjetividad de profesoras y estudiantes, dirigiéndolas hacia la conformidad y subordinación para con las prácticas establecidas en las instituciones sanitarias. Comentan los autores que durante la socialización, las estudiantes se ven obligadas a ajustarse a la cultura (médica) del hospital, después de haber sido “formadas” en una cultura enfermera. A estas alturas ya debe resultar evidente el que a las enfermeras, al igual que otros grupos oprimidos, se las ha forzado/enseñado, en el interior de esas instituciones, a ser dependientes y sumisas con el fin de que acepten como algo natural su dominación por parte de los grupos que detentan el poder.

La metodología utilizada para la formación teórica de las enfermeras ha sido motivo de un análisis profundo por parte de Medina y Sandín. Según los autores “al alumnado se le ofrece una concepción del ser humano como sujeto global, único, holístico y multidimensional, pero ese saber complejo se transmite mediante prácticas pedagógicas reductoras, rígidas y mecánicas, esto es, simples” (2006:313). Es una formación en la que el profesorado manifiesta unas intenciones educativas de conseguir estudiantes responsables, críticos, con capacidad de analizar objetivamente el mundo, pero al mismo tiempo las estrategias utilizadas y las relaciones entre profesor y alumno tienden a todo lo contrario.

Es decir, que durante el proceso de formación los alumnos están aprendiendo diferentes conductas y valores:

- Aprenden de las enfermeras expertas la priorización de las tareas delegadas, menospreciando la importancia y el valor de los cuidados enfermeros, mientras que en las aulas priorizan los cuidados holísticos de la persona.

- Aprenden en las aulas, las teorías que dan fundamento a la profesión, mientras que en el ámbito laboral observan como las enfermeras no utilizan ninguno de estos modelos.
- Deben hacer un ejercicio de distanciamiento de lo aprendido en el aula y sumergirse en la realidad asistencial si quieren ser aceptados por los integrantes del equipo
- En las aulas les enseñan la importancia del trabajo en equipo y en el ámbito laboral, ni siquiera ellos son considerados parte de ese equipo.
- Escuchan de los profesores de universidad un discurso basado en la construcción de futuros profesionales reflexivos y críticos, pero perciben actitudes reduccionistas.

En definitiva, estamos socializando a los futuros profesionales en la incertidumbre, sin capacidad para determinar lo que es y no es enfermería, sin posibilidad de trabajar en equipo y sumisos (a las docentes, a las enfermeras expertas y a la medicina).

Podemos decir que la etapa académica dificulta la adquisición de la tan deseada identidad enfermera, ya que para crear una identidad profesional, se necesita un colectivo con ideas afines, dispuesto a realizar un mismo trabajo que permitirá crear intereses comunes y un compromiso con su corpus de conocimiento y habilidades y trabajar por el desarrollo del mismo.

**Socialización profesionalista**, en relación a los procesos de formulación y asimilación con el corpus de conocimientos, con los modos de interrelación con las enfermeras experimentadas, otros profesionales de la salud y las estrategias de respuesta que van desarrollando en su inserción laboral.

Una vez finalizada la etapa de formación, en la que los alumnos han adquirido los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para asumir las responsabilidades de la práctica enfermera, es el momento de iniciar el proyecto profesional y conseguir experiencia práctica.

En muchas ocasiones, esa inserción laboral, no está exenta de dificultades ya que el tiempo pasado entre la finalización de los estudios y la incorporación en el ámbito laboral es escaso y la responsabilidad que recae sobre ellos es muy importante. Pensemos que durante la etapa formativa el contacto con la realidad profesional ha sido el período de prácticas, durante el cual, a los alumnos no se les han delegado funciones ni responsabilidades, sino tan sólo tareas específicas bajo la supervisión del profesional de referencia. Esta situación provoca que la incorporación como profesionales a las instituciones sanitarias puede, en algunos casos, representar situaciones de estrés e inseguridad. Por lo tanto se necesitarían estrategias empresariales destinadas a disminuir la ansiedad generada por la situación, como puede ser un procedimiento de acogida que muestre a los recién incorporados las normas y sistemas de trabajo del centro o la incorporación previa al servicio bajo la tutela de una profesional experta que le muestre el día a día de la unidad o departamento. Como dice Estrada en su tesis, "La inserción laboral en el sistema sanitario es precaria organizativa y contractualmente, a pesar

del tipo de formación de procedencia. Una profesional sin experiencia o recién graduada debe desempeñar las mismas funciones y demostrar la misma competencia que la profesional con experiencia, puesto que la otorgación de cobertura de los puestos relacionados con la atención no está sujeta a perfiles profesionales preestablecidos” (2014:93).

Ante esta situación, son muy importantes las interacciones de los nuevos empleados con el grupo de trabajo. Estas cumplen una serie de funciones que facilitarán la incorporación de los profesionales noveles: funciones informativas, clarificando roles, explicando el funcionamiento del grupo y mostrando aspectos informales del puesto de trabajo; funciones normativas, mostrando valores, actitudes y conductas de la organización; y psicológico-afectivas que proporcionan apoyo social para hacer frente a las incertidumbres y el estrés del ambiente de trabajo. Esto supondría una reducción de los conflictos y experiencias insatisfactorias y conseguiría el apoyo para adoptar formas activas de enfrentarse con el ambiente laboral y ayudarle a alcanzar un mejor desempeño de su rol (Palací, Ripoll y Osa, 1995).

Por lo tanto, en la incorporación de los nuevos profesionales, un adecuado ambiente laboral, ayuda y repercute en la práctica profesional. Es el contexto perfecto para que las enfermeras más expertas ofrezcan el apoyo a las noveles, que en muchas ocasiones la empresa no brinda, y se establezca un ambiente de trabajo colaborador y de equipo, al margen de los niveles jerárquicos establecidos por la empresa. Este soporte que ofrecen las enfermeras expertas, es una labor altruista que realizan sin ningún tipo de reconocimiento institucional, pero que es básico para que las noveles adquieran cierta seguridad en su práctica. Los profesionales noveles deben desarrollar una práctica enfermera de calidad, es decir, toda una serie de actividades relacionadas con el cuidado, tanto las que corresponden al rol autónomo, como aquellas actividades de colaboración interrelacionadas con las actividades de otros profesionales, que integran el equipo interdisciplinario de salud.

En este contexto nuevo para ellos, es cuando poco a poco son conscientes de la labor enfermera y puede establecerse una confrontación entre el conocimiento adquirido y la forma de ponerlo a la práctica en un contexto sanitario con unas normas y hábitos estáticos en el tiempo. Son profesionales recién salidos del ámbito universitario, con una falta de experiencia práctica que, de alguna forma, les limita la capacidad de reacción y transferencia de los aprendizajes a la práctica, pero por otro lado son profesionales ilusionados con poder poner en marcha todo lo que han aprendido en las aulas, con expectativas de poder cambiar las cosas, de aportar cosas nuevas e innovadoras al sistema, aunque normalmente la organización en la que se insertan, suele tener en un sistema de trabajo muy normativo, donde las rutinas están muy establecidas y donde los cambios se viven como amenazas, más que como oportunidades.

Por lo tanto, lo que se encuentra el profesional novel es por un lado, un distanciamiento entre lo que han estudiado y la realidad de los centros y una imposibilidad de aplicar lo aprendido en las aulas. Esto

llega a producir cierta decepción que “(...) les empuja hacia la alienación profesional, el vacío intelectual y unos planteamientos cada vez menos autónomos, más rutinarios, estandarizados y pobres, que a la postre aumentan la desacreditación ante sus compañeros y les desvía de la construcción de un perfil profesional singular, sólido y documentado” (Fernández y Fernández, 2006:432).

Otra particularidad importante a tener en cuenta durante el primer período de incorporación a las instituciones sanitarias, son las relaciones interpersonales entre noveles y expertos, estas tienen una característica específica y es que “existe cierto criterio tácito de jerarquía entre los noveles y los antiguos, que se percibe con mayor fuerza en los recién llegados. Estos suelen asumir una especie de “subordinación teórico-práctica”, fundamentalmente durante el primer año, frente a los conocimientos desarrollados por los más antiguos (...) de esta manera, los veteranos provocan un proceso de socialización tácito mediante la presión sutil de primar sus planteamientos y actividades frente a posibles alternativas presentadas por los noveles” (Fernández y Fernández, 2006:429). Es decir, los recién llegados van a reproducir los sistemas de trabajo establecidos en el centro, sin oportunidad, al menos inicialmente, de poner en práctica alternativas nuevas, por lo que pueden llegar a experimentar un conflicto de rol, cuando perciben expectativas incompatibles sobre lo que se espera de ellos, y la ambigüedad de rol cuando no tenga una idea clara de su trabajo (Palací, Ripoll y Osca, 1995).

Además de este “shock” inicial, otro de los obstáculos más acuciantes a los que se deben enfrentar las enfermeras noveles, es la precariedad laboral, con reducciones de plantilla, rotaciones de turnos, de servicios, de horarios, de sistemas de trabajo, falta de estabilidad en los contratos, una disponibilidad total que impide la conciliación, etc. Si a ello se le añade la falta de experiencia y la elevada responsabilidad que adquieren en relación a los conocimientos que tienen, podemos imaginar que los inicios laborales para estos profesionales pueden ser estresantes y difíciles.

No tenemos más que prestar atención a las noticias para comprender que la situación laboral de la enfermería, es precaria. El 7 de marzo de 2014, el Diario enfermero<sup>28</sup> publica que “2013, récord histórico de paro: 19.639 enfermeros desempleados”. Según dice el artículo, el año 2013 registró una media de 14.499 enfermeras en paro. De todas formas es complicado saber la cifra real de enfermeras en paro, ya que hay muchos profesionales no registrados en las oficinas del SEPE y también se ha producido un proceso migratorio hacia el extranjero, aunque no se disponen de cifras reales del número de profesionales que se ha marchado al extranjero. En la gráfica 3, resulta evidente el claro ascenso que ha sufrido el desempleo en la profesión en los últimos años. Así, si en 2010 el mayor número de enfermeros en las listas del SEPE llegaba a los 9.257, cuatro años después esa cifra se ha incrementado en un 209%, hasta los 19.639. Se aprecia como el paro está afectando en mucha mayor medida a la

---

<sup>28</sup> DIARIO ENFERMERO de 7 de marzo de 2014 “2013, récord histórico de paro: 19.639 enfermeros desempleados”, *Revista del Consejo General N. 703*. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1414-enfermeria-facultativa-numero-181> Consultado el 23/8/14

enfermería. Así, mientras la tasa de paro enfermero se ha llegado a situar en el 7,97%, la de los médicos no ha llegado ni al 2% (1,91%) del total de profesionales en activo.

Gráfica (3) Progresión de profesionales en paro 2010-2013



Fuente: Diario enfermero 2014

En 2014 Juan F. Hernández, realizaba una encuesta sobre la situación laboral de las enfermeras en España (Proyecto Lab.enf.14)<sup>29</sup> en la que participaron 1.929 profesionales y en la que determinaba una tasa de desempleo entre el 6,9 y el 7,6%. Hemos querido destacar algunos datos en relación a los desempleados (N: 419):

- Un 24% nunca ha trabajado desde la finalización de los estudios.
- La duración media del último contrato ha sido de 3,8 meses.
- En los últimos 12 meses, un 35% de los desempleados no han trabajado ni un solo día.
- En el 43% de los casos, la duración del último contrato ha sido inferior a 15 días.

Se puede apreciar que la precariedad contractual es muy importante.

En 2009, Consell Català de la Profesió Enfermera publicó un informe realizado por L. Ferrús: “Estudi de l’entorn organitzatiu de les infermeres”<sup>30</sup>, cuyo objetivo era obtener información sobre las características del entorno laboral de las enfermeras de los hospitales de Cataluña. Los resultados son elocuentes:

<sup>29</sup> HERNANDEZ, J. F. (2014) Proyecto Lab.enf.14. Situación laboral de las enfermeras en España. Disponible en: <http://juherya.blogspot.com.es/2014/07/LABENF144.html> Consultado el 25/1/15

<sup>30</sup> Estudio dirigido por el Dr. Ricard Gutierrez (Vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España) y elaborado por la Sra. Lena Ferrús Estopà (Doctora en Ciències Infermeres y Responsable de l’Àrea de Seguretat del Pacient del Consorci Sanitari Integral L’Hospitalet de Llobregat).



- “En els hospitals d’aguts, un 25% de les infermeres porten més de deu malalts (hospitals d’alta tecnologia), més de 18 (hospitals de referència) o més de disset (generals bàsics) . En els socio-sanitaris un 25% en porta més de quaranta-cinc i en salut mental un 25% en porta més de seixanta” (Ferrús, 2009:62).
- “Una de cada tres infermeres en els hospitals d’alta tecnologia i una de cada quatre en els altres hospitals d’aguts, si poguessin, deixarien la seva feina a conseqüència de la seva insatisfacció laboral, mentre que en els diferents tipus d’hospitals manifesten que seguirien treballant com infermeres, encara que ho farien fora de l’hospital” (Ferrús, 2009:65).
- “Quan a la seguretat dels pacients la majoria (quatre de cinc) manifesten que es plantegen la manera de prevenir els errors, però quasi la meitat de les infermeres manifesta que no se sent lliure per qüestionar les decisions dels qui tenen l’autoritat i tres de cada cinc manifesta que es perd informació en les transmissions i en els canvis de torn” (Ferrús, 2009:66).
- “El nombre de malalts per infermera durant el torn en els hospitals d’aguts, es correlaciona amb la despersonalització, la realització personal, el grau de satisfacció en el treball i l’avaluació que la infermera fa del seu entorn professional, mentre que en els hospitals socio-sanitaris i de salut mental no té relació” (Ferrús, 2009:66).
- “Pel que fa al nivell d’esgotament professional de les infermeres dels hospitals de Catalunya, una de cada quatre infermeres dels hospitals d’aguts té un nivell alt d’esgotament professional, mentre que als socio-sanitaris és una de cada set i a salut mental una de cada deu. Aquest esgotament professional ha quedat de manifest que no es pot atribuir al nombre de pacients que porta, segurament va més relacionat amb les característiques de l’activitat infermera en els hospitals, que la desenvolupa al costat d’aquells que pateixen, que per sí mateix ja és una tasca feixuga. Si a més a més s’hi afegeix, per una banda que no te els serveis de suport adequats que li facilitin la feina, que no rep el reconeixement per part dels directius per la seva contribució a les cures, que la direcció d’infermeria és poc visible, que desconfien que la direcció actuï front els problemes que les infermeres notifiquen, que se senten mitjanament recolzades per les supervidores, que no se senten escoltades ni reben el feedback als suggeriments que fan i per altra banda que se’ls exigeix uns serveis de qualitat però que les actuacions de la direcció no evidencien un veritable interès per la seguretat dels pacients” (Ferrús, 2009:66).

El 9 de diciembre de 2014, el Consejo General de enfermería, publica los resultados del Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea 2014<sup>31</sup>. En la Tabla (17) se puede visualizar los resultados de los ratios enfermera/paciente por comunidades autónomas y la diferencia con los ratios de las enfermeras de la Unión Europea.

---

<sup>31</sup> CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA (2014) *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. Disponible en: [www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1565-enfermeria-facultativa-numero-197](http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1565-enfermeria-facultativa-numero-197) Consultado el 22/2/15

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

**Tabla 17. Ratios enfermera/paciente por comunidades autónomas**

| Ranking | CC.AA.               | Nº médicos no jubilados | Nº enfermeros no jubilados médicos | Total ambas profesionales | Proporción médicos (en relación ambas profesionales) | Proporción enfermeros (en relación ambas profesionales) | Ratio médicos no jubilados | Diferencial médicos UE | Ratio enfermeros no jubilados | Diferencial enfermeros UE | N.º enfermeros para llegar a la ratio europea |
|---------|----------------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------|--|---|----------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|---|
| 1       | Navarra              | 3.397                   | 5.273                              | 8.670                     | 39,18%   | 60,82%  | 533,59                     | 201,59                 | <b>828,27</b>                 | 17,27                     | 110   |
|         | <b>UNIÓN EUROPEA</b> | <b>1.688.724</b>        | <b>4.121.948</b>                   | <b>5.810.672</b>          | <b>29,06%</b>  | <b>70,94%</b>   | <b>332,00</b>              |                        | <b>811,00</b>                 |                           |   |
| 2       | País Vasco           | 11.534                  | 15.352                             | 26.886                    | 42,90%   | 57,10%  | 532,46                     | 200,46                 | <b>708,71</b>                 | -102,29                   | 2.216   |
| 3       | Castilla y León      | 11.990                  | 15.837                             | 27.827                    | 43,09%   | 56,91%  | 480,41                     | 148,41                 | <b>634,55</b>                 | -176,45                   | 4.404   |
| 4       | Melilla              | 257                     | 525                                | 782                       | 32,86%   | 67,14%  | 307,16                     | 24,84                  | <b>627,47</b>                 | -183,53                   | 154   |
| 5       | Rioja, La            | 1.376                   | 1.950                              | 3.326                     | 41,37%   | 58,63%  | 437,06                     | 105,06                 | <b>619,38</b>                 | -191,62                   | 603   |
| 6       | Madrid               | 36.529                  | 38.898                             | 75.427                    | 48,43%   | 51,57%  | 573,57                     | 241,57                 | <b>610,77</b>                 | -200,23                   | 12.752  |
| 7       | Aragón               | 7.328                   | 8.068                              | 15.396                    | 47,60%   | 52,40%  | 550,17                     | 218,17                 | <b>605,73</b>                 | -205,27                   | 2.734   |
| 8       | Cantabria            | 2.892                   | 3.497                              | 6.389                     | 45,27%   | 54,73%  | 492,10                     | 160,10                 | <b>595,05</b>                 | -215,95                   | 1.269   |
| 9       | Extremadura          | 4.758                   | 6.351                              | 11.109                    | 42,83%   | 57,17%  | 433,75                     | 101,75                 | <b>578,97</b>                 | -232,03                   | 2.545   |
| 10      | Cataluña             | 35.140                  | 42.817                             | 77.957                    | 45,08%   | 54,92%  | 474,10                     | 142,10                 | <b>577,68</b>                 | -233,32                   | 17.293  |
| 11      | Castilla-La Mancha   | 7.531                   | 11.246                             | 18.777                    | 40,11%   | 59,89%  | 362,62                     | 30,62                  | <b>541,50</b>                 | -269,50                   | 5.597   |
| 12      | Asturias             | 5.132                   | 5.618                              | 10.750                    | 47,74%   | 52,26%  | 484,62                     | 152,62                 | <b>530,51</b>                 | -280,49                   | 2.970   |
|         | <b>ESPAÑA</b>        | <b>209.460</b>          | <b>246.138</b>                     | <b>455.598</b>            | <b>45,97%</b>  | <b>54,03%</b>   | <b>450,38</b>              | <b>118,38</b>          | <b>529,24</b>                 | <b>-281,76</b>            | <b>131.040</b>                                |
| 13      | Ceuta                | 301                     | 439                                | 740                       | 40,68%   | 59,32%  | 356,11                     | 24,11                  | <b>519,38</b>                 | -291,62                   | 246   |
| 14      | Galicia              | 11.687                  | 13.775                             | 25.462                    | 45,90%   | 54,10%  | 425,41                     | 93,41                  | <b>501,42</b>                 | -309,58                   | 8.505   |
| 15      | Baleares             | 4.819                   | 5.429                              | 10.248                    | 47,02%   | 52,98%  | 432,05                     | 100,05                 | <b>486,74</b>                 | -324,26                   | 3.617   |
| 16      | Comunidad Valenciana | 20.604                  | 23.688                             | 44.292                    | 46,52%   | 53,48%  | 415,15                     | 83,15                  | <b>477,29</b>                 | -333,71                   | 16.562  |
| 17      | Canarias             | 8.664                   | 10.071                             | 18.735                    | 46,24%   | 53,76%  | 409,65                     | 77,65                  | <b>476,17</b>                 | -334,83                   | 7.082   |
| 18      | Murcia               | 5.997                   | 5.541                              | 11.538                    | 51,98%   | 48,02%  | 410,23                     | 78,23                  | <b>379,03</b>                 | -431,97                   | 6.315   |
| 19      | Andalucía            | 29.524                  | 31.763                             | 61.287                    | 48,17%   | 51,83%  | 351,86                     | 19,86                  | <b>378,55</b>                 | -432,45                   | 36.286  |

Fuente: Consejo General de enfermería 2014

Todos estos datos nos dan una idea de la situación del colectivo, con falta de personal, con una insatisfacción laboral, y sobre todo nos muestra el esfuerzo personal y profesional que realizan los profesionales para la consecución de sus objetivos asistenciales, intentando dar un valor añadido a su profesión. Esta misma situación se traslada a los profesionales noveles: “la situación de inserción laboral de los nuevos titulados es aún muy deficiente, lo que añade más elementos de estrés y desgaste profesional” (Girbau, Galimany y Garrido 2012:58), con una precariedad contractual, diferentes horarios de trabajo, turnicidad, precariedad laboral por falta de recursos, rotación por diferentes servicios, falta de expectativas de promoción, dificultad de conciliación y sobrecarga de trabajo. Si a esto añadimos la inexperiencia que tienen los profesionales noveles, nos podemos hacer una idea de la situación de vulnerabilidad de estos profesionales incluso del abandono de la profesión.

A todo este contexto, hay que añadir que las profesiones que durante su actividad tienen un contacto directo con personas pueden llegar a padecer estrés laboral. Si además son profesionales que conviven con el sufrimiento y tienen contacto con la muerte de las personas, la posibilidad de padecer estrés incrementa proporcionalmente. Estudios como De Mendoza, 2004; Cano Caballero 2004; Ramió 2005, así lo demuestran. “Los profesionales padecen cansancio emocional, despersonalización, actitudes negativas hacia los pacientes e irritabilidad, todo ello acompañado de baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima” (Carmona, Sanz y Marín, 2002:33). Todo esto repercute en el ambiente laboral (la consolidación de equipos y la infravaloración del capital profesional actual) y en la calidad de la asistencia.

Está claro que el contexto no es el más favorable para la profesión, por lo que las enfermeras noveles tienen un reto importante a la hora de iniciar el desarrollo de su carrera profesional.

Por otro lado, a medida que estas enfermeras van adquiriendo experiencia profesional, las relaciones interprofesionales con los médicos se estabilizan y si ambos profesionales llevan años trabajando juntos, se establece un mutuo respeto profesional. Sin embargo, las enfermeras siguen percibiendo a estos profesionales como personas lejanas o ausentes, prepotentes y autoritarias que tienen poca relación con las personas que atienden y que priorizan la enfermedad a la persona (Ramió, 2005)

Trabajar en un equipo multidisciplinar requiere muchas habilidades, no sólo se debe internalizar el rol propio, sino que se debe entender también el papel de otros profesionales, por lo que no es nada sencillo, y en determinadas ocasiones aparecen barreras que obstaculizaban el trabajo colaborativo. Entre algunas de las dificultades encontramos: distintas percepciones del trabajo en equipo como grupo de trabajo en el que se deben respetar las opiniones de todos sus integrantes, no otorgar la importancia y el valor que se merece al trabajo interdisciplinar, o dar más valor a unas aportaciones que a otras dependiendo de quien las aporte y por último, otro de los factores que dificulta la cohesión y funcionamiento de los equipos es el predominio del poder médico.

Pero para enfermería, el mantener unas buenas relaciones profesionales y poder desarrollar un trabajo en equipo es de suma importancia para el desarrollo de su trabajo y la calidad de los cuidados que aportan a los pacientes. El flujo de información que se establece entre los grupos es crucial, a los médicos les informa de los cambios acaecidos en los pacientes y es una herramienta para el óptimo tratamiento de las enfermedades, y a enfermería le permite saber el porqué de los cambios. Una buena comunicación médico-enfermera es indispensable a la hora de trabajar en un entorno donde las cargas de trabajo son intensas, donde se trabaja con pacientes en situación de vulnerabilidad y donde el contacto con la muerte es frecuente.

Por lo tanto, el ambiente laboral y las relaciones interpersonales con el resto del equipo asistencial, influyen en el desarrollo del trabajo y en la calidad de los cuidados aportados por los profesionales de enfermería. Como nos indica M. S. Acebedo, "El conocimiento de los miembros del equipo y la relación con ellos es un capital que utilizan las enfermeras expertas para organizar y asegurar las prácticas de cuidado" (2012:193).

Cuando falta el trabajo en equipo multidisciplinar se genera desencanto y frustración en las enfermeras, y la relación con los facultativos, en muchas ocasiones, se limita a obedecer las órdenes médicas, sin poder tener la posibilidad de mantener con ellos una comunicación efectiva que permita establecer los objetivos comunes a conseguir. Y este es un problema demasiado frecuente en las organizaciones sanitarias, donde "son los médicos los que mantienen su situación dominante y se resisten a la participación de las enfermeras en temas de planificación" (Ramió, 2005:212). Toda la organización se centra en el modelo biomédico centrado en la enfermedad y no en el enfermo, por lo que las

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

actividades relacionadas con los cuidados quedan relegadas a un segundo plano. Es la invisibilidad de los cuidados, que no son reconocidos socialmente, ni dentro del sistema, ni de las organizaciones, ni entre los médicos, y lo que es más grave, ni dentro de la propia enfermería.

En el caso de las enfermeras noveles esta situación se agudiza, puesto que su inclusión en los equipos de trabajo es difícil. Son profesionales desconocidos para el resto del equipo, sin una legitimidad conocida, por lo que, como en todo grupo, deben obtener la aceptación. Aceptación que debe ganarse progresivamente mediante unas aportaciones coherentes y útiles para el grupo

Palací, Ripoll y Osca, (1995) establecen que pasados los nueve primeros meses desde la incorporación, es cuando se empiezan a dar procesos que llevan a la aceptación del nuevo empleado como miembro de la organización. "Para ello debe aprender a manejar conflictos tanto internos como externos a la organización, establecer una identidad que sea percibida como satisfactoria tanto para sí mismo como para la organización, iniciar relaciones interpersonales, adquirir nuevos valores y, por último, asumir modos y patrones de comportamiento consistentes con las normas dominantes en el grupo y en la organización" (1995:5)

Por tanto, durante los primeros años de práctica, la enfermera se reafirma profesionalmente, aumenta su competencia, y con la experiencia se pasa de trabajar "de enfermera" a "ser enfermera" (Ramió 2005:168), es decir, se toma conciencia de la importancia de cuidar. Las enfermeras suplen parcial o totalmente a la persona en las actividades que ella no puede realizar por su estado de salud. La actividad profesional, como dice Domínguez Alcón (1989), pasa del "hacer a otro", al "hacer con el otro", que es donde está la excelencia profesional. Poco a poco, adquieren autonomía y asumen la responsabilidad de los cuidados que ofrecen. Se sienten conscientes de sus limitaciones causadas por la inexperiencia inicial, pero siguen adelante, a pesar de lo poco favorable del entorno laboral, gracias a una fuerte convicción y vocación de ayuda a los demás. Su objetivo es conseguir la experiencia profesional.

Conseguir la madurez profesional no es sólo la aplicación de los conocimientos a la práctica, ser un profesional significa tener unos conocimientos "saber", unas habilidades "saber hacer" y una actitudes "saber estar" (Durá, 2013; Barroso y Colomer, 2007), significa ser capaz de resolver problemas, de tomar decisiones autónomas y hacerlo con la seguridad y confianza del trabajo bien hecho. Esto es lo que diferencia a las enfermeras expertas de las noveles, ese saber intuitivo, fruto del conocimiento y la experiencia práctica acumulada.

Con el tiempo descubren su aportación personal a la práctica y se sienten útiles a los pacientes y familiares. Pero esta satisfacción por el trabajo bien hecho, el sentirse útiles en situaciones de vulnerabilidad, son vivencias y percepciones a nivel personal que no son compartidas, que permanecen en el terreno de la intimidad personal, por lo que se sienten reconocidas a nivel personal por los

usuarios, pero por otro lado, son conscientes del escaso reconocimiento de su trabajo a nivel organizacional y social.

Las actividades relacionadas con el cuidar son invisibles (Domínguez Alcón, 2001:58). Tan sólo aquellas personas que han tenido una enfermedad y han necesitado dichos cuidados, son las que ven y valoran las actividades. “Cuidar supone distintas acciones, los cuidados técnicos unidos y relacionados con la tecnología médica, tienen reconocimiento, tanto social como profesionalmente, mientras que los cuidados de salud o que acompañan a los tratamientos médicos, son invisibles y están infravalorados” (Fajardo y Germán, 2004:10). Esta situación es difícil de llevar por parte del colectivo enfermero. Socialmente se conocen las noticias que provienen de diferentes ámbitos médicos, un nuevo tratamiento, un nuevo descubrimiento, una nueva técnica innovadora,... eso es lo que motiva a los medios de comunicación a la publicación de noticias. Pero no es noticia el explicar cómo impacta una enfermedad en una persona, como es su día a día y qué cuidados necesita, porque estos aspectos se quedan en la esfera personal y familiar. Las aportaciones de enfermería a los problemas de salud están ausentes en los medios y si aparecen, en general es por cuestiones negativas o reivindicativas.

Las enfermeras esperan un reconocimiento externo de su trabajo además de su satisfacción personal, pero esta circunstancia pasa indefectiblemente por el autoconvencimiento del valor de su aportación en la organización y en el sistema de salud, cuando ellas sean capaces de reconocerlo y de comunicarlo a los demás, será cuando se haga efectivo ese reconocimiento externo. Es decir, el reconocimiento se debe generar dentro del propio colectivo, convencidas de que su labor es importante (Hernández, 2010).

El profesional de enfermería adquiere el grado de experto con el paso del tiempo y esto les permite alcanzar los objetivos de cuidado a las personas y familias desde una visión holística, que le es específica, utilizan sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces. Son el nexo entre profesionales de la salud, el paciente y la familia. Funciones, todas ellas que van más allá de las normas y protocolos establecidos en los centros de trabajo.

Pero en general, existe una indefinición colectiva y “la ausencia de una imagen nítida y compartida hace difícil identificarla, sentirla, definirla, transmitirla y llenarla de contenido, al tiempo que facilita que la enfermería como profesión y las enfermeras como profesionales permanezcan estáticas y limitadas a responder a las demandas que se van planteando” (Francisco, 2008:105).

El escaso reconocimiento de la enfermería, tanto a nivel social, como a nivel de las empresas y del propio colectivo enfermero, origina en los profesionales con más experiencia, una escasa autoestima y una desmotivación para desarrollar sus competencias en el día a día, lo cual repercute en la identidad profesional, puesto que estas percepciones son posteriormente transmitidos a las enfermeras noveles,

que se incorporan a la empresa llenas de expectativas e ilusión, y poco a poco tienen que enfrentarse a una realidad adversa, no sólo por la angustia que genera el incorporarse a la empresa por primera vez, sino porque la realidad difiere mucho de lo que ellas esperaban.

Sin embargo, y a pesar de todo, el colectivo enfermero permanece impasible lamentándose de la falta de reconocimiento y envueltas en un velo de altruismo, pero sin poner en marcha los engranajes necesarios para cambiar esta situación. Se lamentan del desfase entre la gran responsabilidad que adquieren profesionalmente y el escaso reconocimiento que reciben, también por parte de las instituciones.

Para cambiar esta situación, debe ser la propia enfermería la que reconozca el valor de lo que ofrece a la sociedad y del papel que representa profesionalmente en el sistema de salud. El futuro de la enfermería está en hacerse valer y ser atractivas al mercado laboral, mejorar sus competencias, crear conocimiento y consolidar su espacio dentro del sistema de salud. Con responsabilidad, compromiso e implicación hacia una profesión que necesita hacerse más visible y modificar estereotipos tradicionales, sólo así podrá adquirir una identidad fuerte que las haga sentirse orgullosas de ser enfermera y de pertenecer al colectivo.

Las enfermeras necesitan creer en la importancia de su trabajo, en el poder terapéutico de los cuidados, en conocer los resultados de la aplicación de los mismos y dar a conocer los resultados, tanto dentro, como fuera del colectivo. "La solución a la falta de reconocimiento está dentro del propio colectivo" (Ramió 2005:188). Como decía Louise Otto-Peters, feminista alemana, que escribió en 1849, "Las enfermeras (mujeres) serán olvidadas si ellas se olvidan de pensar sobre sí mismas" (Otto-Peters, L. en Fajardo y Germán, 2004).

#### **4.7.- CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO**

Durante el proceso de evolución de la profesión enfermera, se han producido cambios en el desarrollo de la disciplina. Ésta disciplina se enmarca en cuatro conceptos generales que proporcionan una perspectiva universal de la profesión y son la base del conocimiento enfermero y del desarrollo de modelos y teorías: la persona, la salud, el entorno y el cuidado.

Como nos indican autores como Arroyo y Mompert (1998) y Ortego (2002), la práctica enfermera ha evolucionado de forma importante con la integración de los estudios en la Universidad y con unos planes de formación centrados en las respuestas humanas a las necesidades de cuidados en salud. Estos cambios deberían haber facilitado el desarrollo competencial de las enfermeras y como consecuencia la delimitación del dominio disciplinar y la autonomía profesional. Pero la realidad es que se ha seguido manteniendo la idea de que es importante contar con un sentimiento de vocación que dé sentido y

significado a la formación para poder llegar a ser una buena enfermera. Este pensamiento expresado por Nightingale (1990) sigue vigente entre la población y en buena parte del colectivo enfermero, como lo describen diversos autores: Adam (1982), Feito (2005), Gândara (2008).

En los primeros manuales de enfermería editados entre 1955 y 1976 se explicitaban estrategias encaminadas a modelar conductas de sumisión y dependencia al estamento médico y su labor se centraba en tareas concretas y virtudes morales. En la actualidad, según dicen Burguete, Martínez y Martín, citando a Miró et Al., “estos elementos permanecen aún presentes en la base de las prácticas, relaciones profesionales, políticas sanitarias y las imágenes sociales que se transmiten de enfermeras a enfermeras” (2010:42). Según los autores, con la aprobación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias “tampoco nos ha quitado la imagen de subordinación total al colectivo médico, con poca autonomía profesional y con escasas o nulas posibilidades de progresar en los medios de comunicación” (Burguete, Martínez y Martín, 2010:42)

En 1957 se crea el título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). La enfermera desarrollaba sus funciones de auxiliar o asistente del médico, y esto le permitía una relación asistencial directa con el paciente. Cuando en 1977 las escuelas de ATS se transforman en Escuelas Universitarias de Enfermería, se vieron colmadas las aspiraciones de todos los profesionales de la enfermería. En 1988, con motivo del nombramiento de la Dra. Virginia Henderson como profesora honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona, Rosa Blasco, en la conferencia de presentación explicaba lo que había representado para enfermería: “Esta integración ha supuesto para enfermería una revolución que ha hecho cambiar a todo un colectivo y le ha obligado a dar un salto en el vacío hacia un futuro, en el que los profesionales sabemos que debemos desempeñar un papel fundamental en todos los temas relacionados con la salud” (Blasco, 1988:7). En su discurso explicaba los avances que representaría para la profesión: mayor prestigio y reconocimiento social, mejor docencia dirigida e impartida por enfermeras, mejor atención a la sociedad y el proyecto de un segundo ciclo de enfermería, la Licenciatura. La Dra. Henderson, en su discurso de recepción explicaba lo que significaba ser enfermera: “Ser enfermera consiste fundamentalmente en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible (...) “Este concepto...puede parecer limitado a alguno de los lectores (...) sin embargo cuando más se piensa en ello, más compleja es la función enfermera (...) Las enfermeras deben de alguna forma, ponerse en la piel de cada paciente para conocer qué clase de ayuda necesita de ella. La enfermera es transitoriamente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna de amputado, los ojos del recién cegado, el medio de locomoción del recién nacido, el conocimiento y la confianza de la joven madre, la voz para los demasiado débiles para hablar, y así sucesivamente” (Henderson, 1988:27).

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

El currículo de la Diplomatura de Enfermería, permitía formar a un profesional capaz de prestar cuidados al paciente, familia y comunidad, pero era un listado de materias que venían definidas en el plan de estudios. Tales directrices constituían “un rígido corsé de tiempos y contenidos educativos” (Mompart, 2004:9) que dificultaban la elaboración de un currículo adecuado a los tiempos.

El actual Grado de Enfermería y la nueva reorientación curricular (especialidades, doctorado,...), se augura como la solución a los problemas de enfermería ya que con la nueva estrategia de enseñanza reflexiva, se facilitará situar los cuidados enfermeros en el nivel académico que les corresponde (Ramió 2005:293) y eso se potenciará la identidad del colectivo.

Pero esta idea no es compartida por todos los autores. Fernández-Ríos (2010) admite que hasta ahora la práctica académica universitaria estaba centrada en disciplinas que han fragmentado el conocimiento y “la iniciativa del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) cae en el mismo error” (2010:158), según el autor, con el grado no cambia nada, excepto el proceso de enseñanza-aprendizaje, pero en los nuevos planes de estudios no se favorece el conocimiento ni la práctica interdisciplinar. A ese “saber” que son los conocimientos para poder tener las destrezas “saber hacer” y actitudes para “saber ser”, habría que añadir el “saber integrar”, lo cual está ausente en el Plan de Bolonia.

En la actualidad vivimos multitud de cambios que están afectando al sistema de salud y al desarrollo de la profesión enfermera.

- Cambios en el perfil demográfico de la población, con expectativas de vida más elevadas y el consiguiente envejecimiento de la población que conlleva la aparición de enfermedades crónicas y multicultural
- Cambios en la organización del sistema de salud, con el diseño de planes de salud que, por un lado, están potenciando la atención al paciente crónico, y por otro están demandando la eficacia y eficiencia de las instituciones y de los profesionales
- Cambios en las propias instituciones sanitarias, que están regidas por objetivos económicos que son los que van a dirigir sus servicios en base a un menor coste.
- Cambios en las competencias que deben desarrollar los diferentes profesionales de la salud, y por tanto, en sus conocimientos.

La situación actual, reclama una enfermería profesionalizada y vinculada a las necesidades del entorno, una enfermería que dé respuesta eficaz a las necesidades de una atención especializada, con conocimientos profundos de sus ámbitos asistenciales y de las nuevas tecnologías. En las últimas décadas, se están abriendo nuevos espacios profesionales para enfermería que tienen que ver con la asunción de más autonomía profesional. Parten de las funciones básicas reconocidas en áreas de asistencia, gestión, docencia e investigación. Atención domiciliaria, hospitalización domiciliaria,



consultas de enfermería, enfermeras higienistas, enfermeras gestoras, investigadoras, docentes, cargos directivos en universidades, colegios profesionales, instituciones,... son algunos de esos espacios que emergen. Pero a pesar de todos estos escenarios que se abren ante la enfermería, el ser enfermera “sigue pareciendo tan sencillo, o lo hacen parecer tan sencillo que queda oculta la enorme dificultad de ser y actuar como una buena enfermera” (Martinez 2011:10)

Según Alberdi y Cuxart (2005) el mayor avance que se ha dado en el colectivo enfermero ha sido “la modificación del objetivo del trabajo enfermero. Este ha dejado de pivotar alrededor de la ayuda a otro profesional o de la patología, para pasar a estructurarse en relación a la persona a la que se atiende, a sus requerimientos de ayuda para seguir un tratamiento, para controlar o manejar adecuadamente su enfermedad o para abordar con éxito una situación de riesgo para su salud o bienestar” (2005:2), entienden las autoras que enfermería ha recuperado la orientación cuidadora a la persona como objetivo profesional. Sin embargo, esto entra en contradicción con el modelo sanitario que se desarrolla bajo el paradigma biologicista y orientado fundamentalmente a la enfermedad, lo cual dificulta el desarrollo de la práctica enfermera. Práctica que, como hemos visto en capítulos anteriores, se ve relegado a la realización de tareas delegadas de la intervención médica.

El desarrollo de las especialidades no se adapta a las necesidades del sistema, según Estrada (2014:94), “la formación universitaria no se corresponde con las necesidades del sistema sanitario. La formación debe responder prioritariamente a las necesidades de la sociedad, de las organizaciones y del sistema sanitario para evitar una pérdida de inversión formativa del sistema sanitario y de las organizaciones, así como reducir la frustración de la profesional”. Pero la realidad laboral es que las empresas prefieren a enfermeras generalistas. El hecho de que existan contratos temporales y enfermeras que constantemente rotan por los diferentes servicios de los centros, las hacen ser un recurso más apropiado. No tiene sentido demandar enfermeras especializadas en un ámbito concreto de la enfermería, cuando su contrato la obligará a ser un poco “chica para todo”. Es decir, estamos formando profesionales expertos que adquirirán los conocimientos para realizar un trabajo de calidad, pero no tendrán la competencia para poder desarrollar esos conocimientos, porque las empresas y el mismo sistema no está interesado en pagar más a un profesional que, según ellos, hará lo mismo que una enfermera generalista. Y la misma situación vivimos con los estudios de grado. Una titulación de grado correspondería a una categoría superior a la de diplomado, pero las empresas aún no han empezado a plantearse el nuevo escenario.

Estos cambios incesantes a los que está sometido el ámbito de la salud, provocados por los cambios demográficos, el avance técnico y terapéutico, etc., lleva a las profesionales de enfermería y a las organizaciones a la necesidad constante de actualizar los conocimientos.

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

En general, las acciones formativas que se realizan en las organizaciones hospitalarias, suelen partir de iniciativas organizacionales que se ven obligadas a la realización de ciertas acciones formativas derivadas de la legislación vigente, es decir, la que viene marcada por prevención de riesgos, la Ley de protección de datos,... o por aspectos de acreditación de centros (seguridad clínica, prevención de la infección, calidad,...) o por la necesidad de actualizar a sus trabajadores en técnicas concretas o aspectos relacionales. Con esto, como dice Alberdi (1995), las empresas sólo salen del paso y cumplen con las normas establecidas, pero realmente no se produce ningún cambio en la forma de trabajar de los profesionales. La formación continuada debería “promover la motivación de las enfermeras hacia una manera de trabajar que aumente su autoestima (su sensación de “trabajo bien hecho”) y en consecuencia, su compromiso con los objetivos de la empresa” (1995:14)

En las organizaciones se están viviendo problemas importantes que desembocan en la desmotivación de las enfermeras, las condiciones de trabajo, la escasa participación en los foros de decisión de la empresa, la falta de colaboración con el colectivo médico y de trabajo en equipo, y deberían plantearse soluciones que conlleven el desarrollo competencial y profesional de las enfermeras, un colectivo que se sentiría motivado por el deseo de profundizar en el conocimiento de su ámbito específico de trabajo.

Esta situación dificulta la formación continuada de las enfermeras. Por un lado, aquellas que son más antiguas y tienen la suerte de trabajar en un servicio de forma permanente, con el paso del tiempo sienten la necesidad de seguir formándose en el ámbito en el que desarrolla su labor asistencial. Es habitual que estas propongan a la empresa la posibilidad de realizar alguna actividad formativa específica acorde con su práctica diaria. En muchas ocasiones, la propuesta es rechazada por la organización sanitaria, dado los elevados costes que estos cursos de especialización tienen. Ante esta situación, la enfermera se plantea dos opciones, o cesa en el interés de seguir formándose, o es ella misma la que corre con la inversión de tiempo y dinero que conlleva la actividad formativa.

En otras ocasiones, a pesar del interés que un profesional pueda tener por mejorar su formación, su situación económica personal lo hace inviable, con lo cual, dicha persona puede presentar una situación de impotencia, que se ve agravada con la creencia de que la empresa no muestra interés en su formación y en que mejore así la calidad de su asistencia.

En el caso de que el mismo profesional opte por formarse de forma particular, sin que la empresa colabore en su capacitación, cuando finaliza su periodo formativo y lo pone en comunicación a su responsable directo, se percata de una “ausencia de reconocimiento de dicha formación en el entorno laboral tanto por lo que se refiere a competencias, en el desarrollo de perfiles profesionales, como su falta de reconocimiento retributivo” (Estrada 2014:105)

Como parte del reconocimiento institucional al profesional, en los años 90 se incorpora la carrera profesional en las organizaciones, su objetivo era implicarlos en el mantenimiento de sus competencias mediante la formación, la docencia y la investigación. La carrera profesional está jerarquizada por niveles y retribuye económicamente sobre la base de la experiencia, la formación realizada, la docencia efectuada y la investigación desarrollada por el trabajador. La incorporación de la carrera profesional en las organizaciones ha potenciado mucho las iniciativas formativas de los profesionales que ven en la actualización de su CV una oportunidad para mejorar su nivel de ingresos.

Pero esta inquietud de los profesionales hacia la formación, no se replica en relación a la investigación. La creación de conocimiento científico es lo que diferencia las profesiones de las ocupaciones. La investigación es indispensable para la creación de conocimiento y para el avance de la profesión, “investigar y generar conocimiento enfermero es del todo necesario” (Arreciado, 2013:259). Conocer es poder.

Partimos de la premisa de que todas las disciplinas crecen a partir de la formación y el fortalecimiento de espíritus científicos. Estos serán los encargados de dar continuidad a los procesos generadores de conocimiento y de mantener vivo el capital intelectual de la ciencia. En el caso de Enfermería, la investigación ha de hacerse presente en todos los espacios donde los profesionales adquieren competencias orientadas a su desempeño. “La práctica de enfermería en las últimas décadas está luchando por conformar un cuerpo de conocimientos propios que le permitan un trabajo independiente de la práctica médica, lo que logrará, según Castrillón (2001), con la articulación de las teorías generales, la investigación y la práctica fundamentada en evidencias” (Orellana y Paravic 2007:18).

Pero, según Mompert (2004), pocas son las enfermeras que se han dedicado a la investigación de aspectos específicos de la práctica enfermera, y los trabajos realizados son poco conocidos, incluso por el propio colectivo. Excepcionalmente, hay alguna aportación que se aproxima al desarrollo del saber enfermero, pero que igualmente son desconocidos y por tanto no utilizados por los profesionales. Esto se debe a la falta de reconocimiento y de valor de la competencia investigadora de las enfermeras, a las cargas de trabajo que dificultan la realización de proyectos y a la falta de interés de los gestores por innovar en la práctica (Francisco, 2008)

En muchos casos los trabajos que se realizan “aportan la perspectiva o la visión de otras disciplinas sobre la enfermería o la aplicación de éstas (ya sea la Antropología como la Sociología, la Educación, la Historia o la Ética) a la práctica de la enfermería” (Mompert 2004:4), pero no estudian problemas de la construcción disciplinar.

Algunos estudios determinan las barreras existentes para el progreso de la investigación enfermera (Retsas (2000), Martínez (2003), Martínez 2005), Gálvez (2003b)) y entre las dificultades que establecen

los autores se encuentra la falta de tiempo para la lectura crítica, las organizaciones que no colaboran con los recursos necesarios, la falta de conocimientos estadísticos, falta de concienciación sobre la importancia de la investigación y dificultades de financiación, entre otras.

Otro aspecto que podemos destacar en relación a las barreras a la investigación enfermera, es la utilización de metodología cualitativa para la realización de estudios, ya que ésta está poco reconocida y no tiene la legitimidad que se otorga a la investigación cuantitativa (Martínez 2005).

En las últimas décadas se está luchando por la práctica basada en evidencias. Ésta tiene sus orígenes en Canadá, a finales de los años 70. Es la medicina la que intentaba incorporar la investigación clínica en la toma de decisiones para los pacientes. Aplicado a enfermería brindaría la posibilidad de tomar decisiones en el cuidado enfermero.

Algunos estudios nos hablan de las bondades de esta metodología para la práctica enfermera, Orellana y Paravic (2007), Martínez (2003), Martínez (2005). La práctica basada en la evidencia podemos considerarla como “la búsqueda y valoración de investigaciones sobre un problema, que surge a partir de una pregunta estructurada y que concluye con la aplicación y evaluación de la actuación basada en las mejores pruebas científicas disponibles” (Icart, Pulpón y Icart, 2001:24). La utilización y aplicación de esta metodología pasa por una formación de los profesionales, su motivación para la puesta en marcha y una colaboración de las organizaciones sanitarias.

Lo que debemos tener claro es que las enfermeras, cada vez con más frecuencia participan en actividades complejas, y eso conlleva un aumento del espectro de cuidados que han de desarrollar los profesionales, estos cuidados deben basarse en una sólida evidencia científica. En la actualidad, tras la incorporación de los estudios al plan de Bolonia y la implantación de los estudios de grado, las enfermeras cuentan con la formación necesaria para desarrollar sus propios proyectos de investigación, que proporcionarán mejores cuidados y generarán sus propios conocimientos.

Algunas instituciones, a nivel de Catalunya, están promoviendo la práctica de cuidados basados en la evidencia, como es el Institut Joanna Briggs y otros potencian la investigación en enfermería como el Institut Universitari d’Investigació en Atenció Primària Jordi Gol y el Institut de salut Carles III.

Pero para hacernos una idea de la realidad investigadora de nuestro entorno, haremos alusión a un estudio realizado en 2011 por el Departament de Salut, “La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya”<sup>32</sup>. Su objetivo es conocer el estado de la situación de la investigación enfermera en

---

<sup>32</sup> DEPARTAMENT DE SALUT DE CATALUNYA (2011) *La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya*. Disponible en: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/participacio/consells\\_de\\_les\\_professions\\_sanitaries/c](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/participacio/consells_de_les_professions_sanitaries/c)

Catalunya. Para ello se analizan 7 escuelas de enfermería y 121 centros sanitarios. Nos centraremos en los centros sanitarios y vemos que los resultados son determinantes:

- Un 93% de centros no tienen ninguna enfermera dedicada a investigación en cuidados a tiempo completo
- Un 77% de centros no tiene ninguna enfermera que investigue a tiempo parcial.
- El 90% de los centros han tenido uno o ningún proyecto (liderado por enfermería) de investigación financiado externamente en los últimos 3 años
- El 66,94% de los centros no han publicado ningún artículo, en los últimos 3 años, en revistas científicas sobre cuidados.

La investigación, sigue siendo un tema pendiente para el colectivo enfermero que, en general, no apoya su actividad en los resultados de la investigación, ni se siente motivada a realizar estudios.

## **5.- RESULTADOS DEL ESTUDIO**

Para analizar los resultados del estudio partiremos de nuestra hipótesis: “En el proceso de socialización profesional de las enfermeras convergen una serie de factores que dificultan el desarrollo profesional y lo anclan en un rol secundario dentro del sistema de salud”. Por tanto, tomando de base la socialización como proceso mediante el cual las personas adquieren el conocimiento, habilidades y predisposiciones que las convierten en miembros más o menos capacitados de la sociedad (Brim, 1966), el presente estudio analiza el proceso de socialización profesional del colectivo de enfermería y describe las percepciones e imágenes de la profesión enfermera por parte de los principales actores sociales que intervienen en su configuración.

La socialización profesional es proceso por el cual las personas aprenden valores, habilidades, experiencias y conductas que son importantes para asumir un determinado rol dentro de la organización y lo ayuda a participar activamente en ella (Palací, 2005). Si este concepto lo aplicamos a enfermería, veremos que las actividades de las enfermeras están sujetas a una habituación y estas acciones repetitivas se incrustan como rutinas tipificadas que quedan establecidas como pautas a reproducir posteriormente (Berger y Luckmann, 2003) y estas serán las que den origen a una enfermería tal y como es conocida por la sociedad.

Tomado como referentes los modelos de socialización profesional de Palací, Ripoll y Osca (1995) y Fernández y Fernández (2006), hemos estructurado el análisis en base a diferentes etapas del proceso de socialización. Creemos que en dicho proceso existen tres etapas claramente diferenciadas que abarcan: una etapa anticipatoria a los estudios de enfermería, una etapa académica y una etapa profesional. De esta forma recorreremos todo el proceso socializador por medio de las vivencias, las experiencias y percepciones, que nos van a mostrar la realidad de la actividad cuidadora que realizan las enfermeras en una institución hospitalaria, y lo contrastaremos con la percepción que, de ellas, tienen los diferentes actores del sistema de salud.

### **1.- Socialización anticipatoria.**

Queremos conocer los motivos de la elección de los estudios de enfermería, la influencia de los estereotipos, de la imagen social y del género en la elección, así como las expectativas iniciales que las personas tienen para escoger la profesión.

Daremos respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los motivos que mueven a las personas a elegir la enfermería como profesión?
- ¿Qué percepción tienen los diferentes actores del sistema sobre la imagen de la profesión?
- ¿Cómo influye el género en la elección?

- ¿Cuáles eran las expectativas iniciales que los profesionales tenían antes de iniciar los estudios?

## **2.- Socialización en el ámbito académico**

Estudiaremos el impacto que los cambios en la formación han tenido en la enfermería y la proyección que las políticas de salud tienen en el colectivo y analizaremos el impacto que tiene el período de formación en la adquisición de competencias y conocimientos, y en la elaboración de sus expectativas e intereses.

Daremos respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo han influido los ámbitos docente, legislativo y normativo en la regulación de la profesión?
- ¿Se necesita un perfil de personalidad específica para el acceso a la formación enfermera?
- ¿Cuál es la percepción que tienen los diferentes actores del sistema sobre la formación académica de los enfermeros?
- ¿Cómo perciben los nuevos estudios de Grado, especialidades, doctorado,...?
- ¿Se adapta esta formación a los intereses laborales de las empresas y a las necesidades de la práctica asistencial?

## **3.- Socialización en el ámbito profesional**

Una vez comienza el período de profesionalización, analizaremos las percepciones de las enfermeras ante la realidad del puesto de trabajo, las interrelaciones profesionales que se establecen entre ellos y como repercuten en la calidad de los cuidados. Determinaremos el grado de satisfacción que los profesionales tienen, veremos qué es lo que las empresas esperan del colectivo y qué expectativas tienen los profesionales en relación con la empresa y otros aspectos determinantes para el colectivo.

Daremos respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Qué procedimiento de acogida a los nuevos profesionales tienen las empresas y cuál es su finalidad?
- ¿Cuál es la situación laboral de la enfermería y qué repercusiones tiene en los profesionales?
- ¿Existe segregación de género a la hora de ubicar a los profesionales en el puesto de trabajo?
- ¿Qué percepciones tienen los diferentes actores del sistema sobre la profesión y su práctica?
- ¿Están satisfechos los profesionales con su trabajo?
- ¿Cómo se establecen las interrelaciones profesionales y el trabajo en equipo y cual es el papel que el género desempeña en ellas?
- ¿Cuál es el papel de los líderes de enfermería de las empresas?
- ¿Qué expectativas tienen las organizaciones sanitarias en relación a enfermería?

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- ¿Qué expectativas tienen los profesionales de enfermería en relación a la empresa?
- ¿Cuál es función de los colegios profesionales y qué percepción tienen los profesionales de ellos?
- ¿Cómo perciben los sindicatos la labor enfermera y qué repercusiones tiene en la negociación colectiva y en las políticas de salud?

Hemos creado un sistema de codificación que permitirá una clarificadora identificación de los fragmentos de las transcripciones realizadas, tanto de las observaciones, como de las entrevistas. Estos son los siguientes:

Entrevistas:

- DUI: Comentario de enfermera. Seguirá un número que indicará el dato de cada una de ellas (DUI1). Al finalizar cada párrafo discursivo se incluirá el colectivo al que pertenece la persona y la edad.
- Cole: Representante del colegio de enfermería. Seguirá un número que indicará el dato de cada una de ellas (Cole1).
- E: Alumno/a enfermería. Seguirá un número que indicará el dato de cada una de ellas (E1)
- D.: Docente de la Universidad. Seguirá un número que indicará el dato de cada una de ellas (D1).
- G: Enfermera que realiza trabajo de gestión número. Seguirá un número que indicará el dato de cada uno de ellos (G1).
- Dr./Dra. Comentario de un/a médico. Seguirá un número que indicará el dato de cada uno de ellos (Dr.1).
- S: Referente de sindicato. Seguirá un número que indicará el dato de cada una de ellas (S1).
- P: Político. Seguirá un número que indicará el dato de cada una de ellos (P1).

En el caso de que se haga necesario el análisis diferenciado por sexo, se añadirá a la codificación: ♀ o ♂.

Entrevistas a usuarios:

- U: Usuario. Seguirá un número que indicará el dato a cada uno de ellos (U1).

Observación:

Hemos clasificado las observaciones realizadas, de la siguiente manera:

Observación 1: observación realizada en el centro 1

Observación 2: observación realizada en el centro 2

Observación 3: observación realizada durante el ingreso de familiar

La codificación será la siguiente:



- Ob: Observación. Seguirán dos números, uno indicará el número de la observación y el siguiente el de la página donde se encuentra el párrafo referido. (Ob.1.4: observación 1 página4)

## **5.1.- SOCIALIZACIÓN ANTICIPATORIA**

La socialización anticipatoria es un proceso que se inicia cuando la persona empieza a plantearse estudiar una disciplina. La familia, las amistades y otros actores sociales son los que van a influir en la imagen y percepción que la persona va a tener de una determinada profesión, es decir, antes de incorporarse, la persona adquiere ciertas expectativas, valores y actitudes que serán determinantes a la hora de decantarse por una u otra disciplina como profesión de futuro y que serán importantes en el desempeño posterior de la profesión.

Cuando la persona plantea en su círculo personal, familia y amistades la decisión adquirida, esta comienza a recibir diferentes “inputs” que van a hacer que la persona comience a visualizar la profesión de determinada manera y en cierta forma condicione lo que será su futuro profesional.

No podemos olvidar que las personas durante toda nuestra vida, estamos inmersos en un proceso de socialización que dará lugar a unos conocimientos, ideas, creencias e imágenes sobre todo lo que nos rodea y también sobre la profesión que queremos ejercer en un futuro y que, de alguna forma, coincidirá con la imagen social de dicha profesión.

Pero, ¿cuáles son las causas que mueven a una persona a escoger enfermería entre la gran variedad de opciones académicas en el ámbito de las ciencias de la salud? Dicho ámbito está formado por un entramado de profesiones y ocupaciones de diferentes categorías y prestigio dentro del sistema de salud, desde la formación profesional (auxiliar de enfermería, técnico especialista,...), hasta los estudios universitarios entre los que están medicina, fisioterapia, dietética y nutrición,... y enfermería, entonces, ¿cuál es el detonante que hace que la persona opte por esta disciplina?

### **5.1.1.- Motivos de elección**

En el desarrollo de las entrevistas, los informantes describen diferentes motivos por los que decidieron escoger la enfermería como profesión de futuro. Hemos podido observar, desde motivos que podríamos clasificar como más tradicionales entre los que destacamos la influencia de familiares y amistades o cierta preferencia por el cuidado y el servicio de las personas, hasta los más prácticos o profesionales, como la falta de nota para el acceso a otras disciplinas, proximidad geográfica, haber trabajado anteriormente en alguna profesión relacionada con la sanidad o haber padecido una enfermedad que le ha mostrado la labor de los profesionales de enfermería.

Como veremos a continuación, hemos diferenciado los discursos aportados por las enfermeras y enfermeros, con un ♀ y ♂ respectivamente. El motivo de esta diferenciación en los discursos es que las motivaciones de uno y otro género, nos han parecido distintas y susceptibles de analizar.

### **Motivos tradicionales**

#### *Influencia familiar*

La familia, considerada como primer agente socializador va a influir en las opciones de estudio, en las tendencias vocacionales, en las demandas de formación y en las decisiones que toman las personas en su proyecto vital de futuro. Autoras como Corti (2000) y Ramió (2005) ponen de relevancia en sus trabajos la influencia familiar como uno de los aspectos importantes en el momento de tomar la decisión de estudiar enfermería.

Esta influencia podemos apreciarla en algunos de los discursos aportados por los informantes:

*E2. ♀ "Desde pequeña mis padres me encaminaron, siempre ¿que vas a hacer? Y siempre tiraba hacia la medicina...hacia la sanidad, tengo varias primas que son enfermeras y siempre me ha llamado la atención, cuando alguien se hacía daño, siempre iba a ayudarlos, aunque no hiciera nada, siempre estaba allí al lado" (Estudiante enfermera, 23 años)*

*G6. ♀ "mi ilusión era hacer magisterio, pero en el hospital abrían una escuela de enfermería y mi hermana decidió hacer enfermería y me convenció para ir a hablar con la monja que estaba en el hospital" (Directora enfermería, 56 años)*

*G9. ♀ "No lo sé, desde pequeña (la familia) siempre me habían dicho que yo servía para enfermera" (Ex-directora enfermería, 59 años)*

*Colegio2. ♀ "Estudí enfermería, no por vocación, para nada, por influencia materna que pensaba que con 16 años ya debía estar ayudando...una cosa cortita para casarme" (Presidenta colegio, 63 años)*

Podemos ver como la influencia familiar ha sido decisiva para algunos informantes, esta ha servido de motivación y estímulo a la hora de decantarse por la profesión. En algunos casos, se perfila una preferencia por ayudar a los demás y en otros la influencia familiar adquiere ciertos objetivos de tipo mercantilistas.

#### *Influencia de las amistades*

En la edad adolescente, la influencia de amistades puede llegar a ser decisiva. En algunos discursos se aprecia claramente que la influencia de los relatos aportados por amigas/compañeras, son un reclamo para la profesión.

*DUI1. ♀ "(...) Una compañera estaba estudiando enfermería y cuando nos veíamos los fines de semana me contaba que ya estaba haciendo prácticas en el hospital, que sacaba sangre a los pacientes, tomaba tensiones,...bueno...todo eso que se suponía que debían hacer las enfermeras...y yo un poco asqueada de tanta teoría, decidí dejar la química y hacer enfermería"*  
(Enfermera asistencial, 52 años)

*DUI3:♀ "(...) una compañera estaba estudiando enfermería y me gustaba las cosas que contaba"* (Enfermera asistencial, 29 años)

En otros casos podemos apreciar la importancia que las relaciones sociales tienen en la edad adolescente, de tal forma que aun desconociendo la disciplina, como sucede en algunos casos, deciden optar por ella para seguir manteniendo esas relaciones.

*G5. ♀ "... no era mi objetivo estudiar enfermería, me preparé para INEF que era lo que yo quería, pero no pasé las pruebas y como una amiga mía estudiaba enfermería, pues me decanté por enfermería. En mi familia no había ninguna enfermera, pero siempre se habían cuidado los yayos en casa"* (Supervisora, 43 años)

*D2. ♀ "Lo que a mí me gustaba era la psiquiatría, pero tenía unas amigas que vinieron de Vitoria a estudiar enfermería y entonces pensé, ¿por qué no? Y me vine con ellas a estudiar enfermería. No tenía ninguna predisposición y no tenía muy claro lo que era ser enfermera, en mi familia no había nadie que fuera enfermera"* (Enfermera docente, 58 años)

#### *Ayuda y cuidado a los demás*

El cuidado y la ayuda a los demás también son motivos para la elección de la profesión entre las entrevistadas. Domínguez Alcón (1990) determina que una de las motivaciones que mueven a las personas a estudiar enfermería es la ayuda y entrega a los demás, "Esta idea de ayuda y contacto con los pacientes es la que hace decantarse por la enfermería puesto que en su práctica diaria, el contacto directo con el paciente y el poder ofrecerle ayuda, es algo inmediato y eficaz" (1990:105). En nuestros entrevistados también se aprecia este tipo de motivaciones.

*D1. ♀ "Estudí esto de enfermería porque me gustaba esto de cuidar, desde los 14 años que quería ser enfermera, no lo dudé"* (Enfermera docente, 63 años)

*DUI2: ♀ " lo decidí como el hecho de querer ayudar fue uno de los principales motivos"*  
(Enfermera asistencial, 22 años)

DUI5. ♀ "... lo único que me llamaba un poco...el estar con los enfermos, eso de cuidar, siempre me ha gustado mucho eso de cuidar" (Enfermera asistencial, 43 años)

DUI10. ♀ "Siempre me ha gustado cuidar a las personas"(Enfermera asistencial, 36 años)

S2. ♀ "Porque me encantaba el cuidado de la gente" (Miembro sindicato, 57 años)

G3. ♀ "Siempre me ha gustado cuidar, desde pequeña, en casa vivíamos con los abuelos y siempre los cuidábamos y vengo de una familia que tiene muy arraigada el cuidado" (Responsable de formación, 47 años)

Estos argumentos están en la línea de Kovácsné (2008) o de McLaughlin, Moutray y Moore (2010) que señalan que la motivación principal para la elección es de carácter altruista y por las características humanas de la carrera (ayudar a la gente), o de Báñez (2003) que en su tesis concluye que en las profesiones feminizadas (magisterio, trabajo social, enfermería,...) la vocación de servicio, la compensación que ofrece el reconocimiento y el simple prestigio social de la profesión, como labor de servicio y entrega altruista, prevalece a la hora de la elección, ante la consideración de estos estudios como un medio para conseguir un puesto de trabajo cualificado.

### **Motivos prácticos y profesionales**

En otras ocasiones las motivaciones que dirigen a las personas a elegir la profesión de enfermería son más prácticas y de tipo profesional. Este argumento sigue la línea de Jirwe y Rudman (2012), cuando establecen que los motivos para convertirse en enfermera son "razones prácticas".

#### *Expectativas frustradas*

Entre nuestros informantes femeninos hemos tenido discursos diferentes, algunos tenían inicialmente otras expectativas a la hora de escoger unos determinados estudios, pero accedieron a enfermería por no tener la nota necesaria para el ingreso a esas otras disciplinas, y después de barajar diferentes opciones, se decidieron por enfermería justificando su elección en base a preferencias por las tareas que llevan a cabo las enfermeras.

DUI3. ♀ "Quería estudiar fisio, pero no entraba por nota así que hice un módulo de dietética y durante las prácticas hicimos más cosas de enfermería que de dietista y me gustó más lo que hacía la enfermera del CAP, me gustaba lo de la enfermera, lo de las técnicas, lo de pinchar..." (Enfermera asistencial, 29 años)

E4. ♀ "Al principio, como mucha gente, quería estudiar medicina y la nota no me llegaba. Pero después empecé a mirar las asignaturas y las funciones que tenían que realizar ambos y me decanté por la enfermería porque la enfermera tiene más contacto con el paciente, lo tiene que cuidar y estar pendiente de él" (Estudiante enfermera, 19 años)

En algunos casos, esas expectativas frustradas iniciales hacen que la persona conozca otras disciplinas y encuentre en ellas aspectos satisfactorios que le motivan a la elección, en el caso de los informantes son los cuidados enfermeros y las técnicas lo que han aportado el valor necesario para decantarse por la elección.

#### *Proximidad geográfica*

Otro de los motivos de la elección es por proximidad geográfica. En ocasiones la movilidad, el desplazarse a otras zonas lejos de familiares y amigos hace de obstáculo para la elección, por eso en muchas ocasiones, el poder acceder a los estudios dentro de la misma zona de residencia es una motivación suficiente. Algunos informantes, así lo relatan:

*DUI7. ♀ "Decidí hacerlo, porque lo podía hacer en la zona de Tarragona" (Enfermera asistencial, 47 años)*

*G2. ♀ "... fue una oportunidad casual. No fue por vocación, fue algo casual, en Tortosa, cerca de casa..." (Directora enfermería, 49 años)*

#### *Contacto previo con la profesión*

Otro de los motivos recurrentes es el haber tenido contacto previo con la profesión, en esta misma línea Ramió (2005) establece que haber tenido experiencias personales y trabajos anteriores relacionados con la salud pueden ser los motivos por los que una persona decide escoger la profesión enfermera, en nuestro caso es frecuente encontrar enfermeras que han comenzado como auxiliares:

*E1. ♀ "Cuando comencé a trabajar de auxiliar, vi que lo que realmente me gustaba era enfermería, porque puedes desarrollar mucho más el trabajo que a mí me llena, porque me gusta mucho la profesión enfermera por los cuidados que puedes dar al paciente" (Estudiante enfermera, 32 años)*

*G4. ♀ "...empecé a trabajar de auxiliar, aunque no sabía nada, empecé...mi sorpresa... que ese mundo me gustó. Entonces me puse a estudiar auxiliar. Cuando terminé, yo veía que necesitaba más, me apasionaba ese mundo y yo quería hacer lo que hacían las monjas, poner vías y todo eso y entonces estudié enfermería. La vocación la encontré después" (Supervisora, 53 años)*

En otros casos los motivos se combinan. Son aspectos relacionales, influencias familiares y motivos netamente prácticos, como nos apunta la informante.

*E3. ♀ "Yo había estudiado psicología y siempre me había gustado el contacto con la gente y tenía esa espinita, además en mi familia son enfermeros de generaciones y de alguna manera*

*me llamaba. Cuando empezó la crisis me quedé sin trabajo y pensé que era el momento"*  
(Estudiante enfermera, 30 años)

Hasta ahora, hemos visto como las mujeres que deciden estudiar enfermería lo hacen mayoritariamente por motivos tradicionales como influencia de familiares y amigos, el discurso autoperceptivo de conocidos que están realizando los estudios de enfermería o ese afán por cuidar y ayudar a los demás. Analizaremos a continuación los motivos por los que los hombres acceden a los estudios de enfermería.

Hemos querido separar los comentarios realizados por los enfermeros hombres, dado que nos ha llamado la atención que prácticamente ninguno de ellos menciona la palabra ayuda o cuidar como base para su elección, sino que sus motivaciones han sido de otra índole más práctica y de tipo profesional.

#### *Contacto previo con la profesión*

Las motivaciones de algunos de los informantes los podríamos catalogar dentro del "contacto previo con la profesión" y una forma de promoción laboral.

DUI6. ♂ *"Empecé como auxiliar (...) y a la vez trabajaba de auxiliar y en el trabajo, viendo como trabajaban unas y otras, decidí hacer enfermería"* (Enfermero asistencial, 32 años)

DUI8. ♂ *"Trabajaba en el hospital de celador, luego de auxiliar y fue una manera de promocionarme, eso de vocación, nada"* (Enfermero asistencial, 48 años)

DUI9. ♂ *"Llevaba tiempo trabajando de auxiliar de enfermería y... siempre me ha gustado, trabajé en la Cruz Roja, luego trabajé de auxiliar y una forma de avanzar en esta profesión es estudiando"* (Enfermero asistencial, 39 años)

#### *Expectativas frustradas*

Otra de las motivaciones que han determinado la elección en el caso de los enfermeros es la de unas "expectativas frustradas" en relación a otras disciplinas que han hecho decidir a la persona por la enfermería.

DUI11. ♂ *"quería ser médico, pero no me daba la nota, así que entré en enfermería y aquí me quedé, es una carrera más corta y antes tenía buena salida laboral"* (Enfermero asistencial, 28 años)

G7. ♂ *"No fue por vocación. Tenía otras opciones para hacer, magisterio, enfermería, y la prueba de acceso que primero hice fue esta y entré"* (Supervisor, 47 años)

G8. ♂ *"Un conjunto de casualidades. Quería estudiar algo relacionado con el campo de la salud. Algo de ciencias. No tenía nota para entrar en medicina, entré en biología en barna y por*

*problemas personales no pude ir a clase. Me enteré de que se abría la escuela en Tarragona. Y convocaron los exámenes. Mis padres me lo comentaron. Hice el examen, aprobé y empecé. A mí siempre me gustaba el trato con la gente..."* (Supervisor, 52 años)

#### *Contacto previo con la enfermedad*

El "contacto previo con la enfermedad", es en algunas ocasiones lo que les ha despertado el interés por la disciplina. En este caso, destacaremos que el informante en su discurso nos hablara del "fantástico trabajo" de la enfermera que lo atendió, es decir, de la práctica real del profesional y no lo expresara en términos de cuidado.

*E5. ♂ "Decidí estudiar enfermería a raíz de haber estado ingresado y poder ver en primera persona el fantástico trabajo que hizo la enfermera"* (Estudiante enfermero, 20 años)

Evidentemente, la experiencia de una sola persona no puede proporcionar una imagen exacta de todo lo que las enfermeras pueden proporcionar en el proceso de prestación de asistencia sanitaria, cuando se produce un encuentro con los profesionales de enfermería, la imagen generada está influida por la respuesta emocional de la persona a la situación, debemos entender que cuando un usuario entra en contacto con el sistema de salud, es a consecuencia de una dolencia que en muchas ocasiones sitúa a la persona en una posición de vulnerabilidad, por tanto es normal crear una imagen idílica del profesional y eso puede hacer que la persona se sienta motivada para escoger esta disciplina.

En el caso de los hombres, hemos visto que las motivaciones son en todos los casos de índole práctica y profesional. Podemos decir, en la línea de Bañez (2003), que la incorporación de los hombres a enfermería, igual que sucedió en otras actividades profesionales, se está realizando gradualmente cuando la profesión y las condiciones de trabajo han estado más estructuradas. Y de la misma forma que en otras disciplinas, los enfermeros tienen una concepción instrumental del trabajo, es decir lo consideran un medio de obtención de unos ingresos económicos, de realización personal de trabajo remunerado, como una salida laboral y por ser una carrera de corta duración.

#### *Vocación*

Por otro lado, hemos de destacar el discurso que sobre la "vocación" tienen algunos de nuestros informantes (enfermeros y enfermeras), dado que perciben dicho término rodeado de cierto aire místico/religioso del que algunos de ellos rehuyen y lo traducen en términos de ayuda y promoción profesional

*DUI1. ♀ "eso de la vocación y la llamada interior...lo respeto, pero no lo comparto...no lo entiendo...de hecho, me pone muy nerviosa hablar con compañeras que hacen del tema de la*

*vocación el tema central de la enfermería. Eso de “llamada interna” me suena a religioso, igual que “vocación”...que a lo mejor no tiene nada que ver, pero yo lo veo así”* (Enfermera asistencial, 52 años)

DUI2. ♀ *“ lo decidí como el hecho de querer ayudar fue uno de los principales motivos, pero nada de vocación, ni de llamada interior”* (Enfermera asistencial, 22 años)

DUI5. ♀ *“Vocacional no, eso que desde pequeña quería ser enfermera,... ¡nada!, simplemente me llamaba la atención”* (Enfermera asistencial, 43 años)

DUI8. ♂ *“Trabajaba en el hospital de celador, luego de auxiliar y fue una manera de promocionarme, eso de vocación, nada”* (Enfermero asistencial, 48 años)

DUI11. ♂ *“La vocación para las monjas”* (Enfermero asistencial, 28 años)

Colegio1. ♀ *“Estudí enfermería, no por vocación,... para nada”* (Tesorera colegio, 58 años)

A modo de conclusión, podemos ver que motivaciones como el deseo de ayuda, la independencia personal, la movilidad social, experiencias de enfermedad, transmisión de satisfacción profesional, influencia familiar o modelo social, pueden ser las causas que lleven a una persona a estudiar enfermería (Ramió, 2005).

Siguiendo la línea de Arreciado (2013), hemos constatado que las motivaciones de los informantes tienen dos perspectivas claramente diferenciadas.

#### *Motivos tradicionales:*

Una de las motivaciones más recurrentes en el colectivo femenino de enfermería, ha sido la necesidad de *cuidar y ayudar* a los demás. También hemos constatado que la *influencia de familiares y amistades* es decisiva a la hora de que una mujer decida escoger la enfermería como profesión de futuro.

Nos llama la atención que en el caso de los hombres, estas motivaciones, no son las prioritarias en ninguno de los casos.

#### *Motivos prácticos y profesionales:*

Tanto en el caso de las mujeres como en los hombres que deciden estudiar enfermería motivados por unas *expectativas frustradas* respecto a otras disciplinas, se observa en los comentarios de las mujeres que en el fondo también existe esa expectativas de *cuidar y reproducir* actividades llevadas a cabo por las enfermeras, cosa que en el caso de los hombres no se produce.

Otra de las motivaciones prácticas es la *proximidad geográfica*. El poder estar “cerca de casa”, sólo ha sido estímulo en el caso de las mujeres, ningún informante masculino nos ha presentado este motivo como decisivo a la hora de la elección.



El haber *trabajado con anterioridad en alguna profesión relacionada con la sanidad*, es una motivación común a hombres y mujeres, pero la diferencia es que en el caso de los hombres, la justificación es para avanzar en la profesión y promocionarse, mientras que en el caso de las mujeres siguen recurriendo a los cuidados aportados por el colectivo.

### 5.1.2.- Representación ideal

La representación ideal que se tiene de las enfermeras, es otra de las causas que motiva a una persona a estudiar enfermería. “La imagen ideal de la enfermera, antes de la toma de decisión de estudiar, es percibida como la de una persona cercana, con alto grado de responsabilidad” (Ramió 2005:242) y esta idea es reforzada, según la autora, si además la persona toma contacto directo con las profesionales, bien sea por la realización de unas prácticas de formación profesional, o un voluntariado, o una enfermedad.

Por tanto, la imagen que la propia enfermera tenga de la profesión y de los profesionales, es la que va a transmitir a los futuros estudiantes en esa época en la que van a decidir su futuro.

En nuestro estudio hemos querido ver cómo describen los diferentes actores del sistema esa representación ideal de la enfermera. Para ello, hemos pedido a los informantes que nos dijeran las características que, según ellos, ha de tener la enfermera ideal.

Los profesionales destacan aspectos relacionales con el paciente, la empatía como recurso para facilitar la relación y cierto grado de sacrificio y entrega desinteresada como aspectos más importantes. Perciben que los conocimientos son algo que se puede adquirir con el tiempo, pero idealizan a las enfermeras con unos rasgos de personalidad que deben prevalecer ante las características profesionales. Estas respuestas, coinciden con Heierle (2009) que determina en su estudio, que los estudiantes universitarios ven a las enfermeras como ayudantes del médico, cuyo trabajo es administrar medicamentos, vigilar y cuidar a los enfermos, es decir con poca autonomía, realizando tareas de poca importancia, con poco reconocimiento y sumisión ante los médicos.

DUI1. ♀ *“Persona que le guste el contacto con la gente, respetuosa, empática y hábil con las técnicas.”* (Enfermera asistencial, 52 años)

G4. ♀ *“Valores humanos, humanidad, empatía, los conocimientos los vas adquiriendo poco a poco, pero la predisposición y las ganas de atender, de cuidar y de ponerte en el lugar del otro”* (Supervisora, 53 años)

G9. ♀ *“Que sabe escuchar y entender a la persona que tiene delante, y esto es lo que yo creo que es la vocación, esa sensibilidad, a veces no sabemos ni que la tenemos, como me pasó a mí, pero esa sensibilidad es esencial, se tiene que llevar innato, todo lo demás se aprende”* (Ex-directora enfermería, 59 años)

G8. ♂ *"Sería una persona con vocación de trato a los demás, receptiva, empática, que sepa acoger a la gente y lo demás ya vendrá, los conocimientos ya los adquirirás"* (Supervisor, 52 años)

G5♀. *"La actitud, es importante que la actitud vaya acorde con los conocimientos que vas a adquirir. Son unos conocimientos, acompañar, cuidar, altruismo en el sentido de... servicio desinteresado"* (Supervisora, 43 años)

G7. ♂ *"Ha de ser una persona que le guste relacionarse con la gente, que más... que esté dispuesta a hacer sacrificios, porque enfermería es muy sacrificada, a nivel de conciliación familiar, por lo horarios...te ha de gustar"* (Supervisor, 47 años)

DUI8. ♂ *"La enfermera ideal además de empática, tolerante, con paciencia, solidaria,...un poco altruista...a dedicarle más horas de las que tocan..."* (Enfermero asistencial, 48 años)

Algunas, perciben la enfermera ideal con una visión holística del paciente, experimentada y con cierto conocimiento tácito que le permite ver las necesidades más allá de las demandas explícitas del usuario.

DUI2 ♀ *"Una persona con experiencia, que tiene la capacidad de ver al paciente en todos sus aspectos, o sea, ver qué necesita a nivel de técnicas, que necesidades....no tiene cubiertas, (...) es como ver...un poquito el más allá, que necesita la persona"* (Enfermera asistencial, 22 años)

Algunos, están de acuerdo con la utilización de la empatía como recurso a utilizar no sólo con usuarios sino también con otros colectivos profesionales, pero manteniendo ciertos límites que le permitan mantener su espacio profesional. Este informante explicita una falta de formación en esos aspectos comunicacionales que van a permitir una mejor relación con usuarios y otros profesionales.

DUI6. ♂ *"Atenta, empática...aunque no nos enseñan a ser empáticos y eso lleva un coste emocional muy importante y con límites, debe marcar muy bien los límites de que es y que no es, que le tengo que hacer y como lo tiene que hacer...tiene que ser un poco cabronceta en eso. Por ejemplo, viene un médico y te dice cómo tienes que hacer las curas, curas de enfermería, ¿tú eres médico? Te callas, tú pon pastillas, ausculta, haz lo que tú quieras, pero déjame que esto es mío, esto es mío. La educación...es nuestro"* (Enfermero asistencial, 32 años)

Algunas de las enfermeras dedicadas a la gestión, aportan una imagen algo más completa de las enfermeras. Perciben a la enfermera ideal como un profesional capacitado, formado y respetado, líder y referente de cuidados.

G3. ♀ *"Hay que tener una buenas habilidades técnicas y saber hacer bien tu faena, pero también has de saber conectar y empatizar. Preparada, formada, con conocimientos que tiene habilidades técnicas y comunicativas, es una persona que abarca muchas cosas"* (Responsable de formación, 47 años)

G6. ♀ *"La enfermera ideal, además debe tener unas competencias, formación, estar... además de vocación hay que tener conocimientos, unas competencias aprendidas y otras adquiridas, la*

*experiencia...le enfermera ideal se adquiere con la experiencia. Y tener un sexto sentido de improvisación, de saber priorizar,...que hay gente que no lo tiene..."* (Directora enfermería, 56 años)

G1. ♀ *"Persona respetada que cuando llamas acudiría volando, que fuera una líder de cuidados y con un respeto profesional de los demás, ser referente de cuidados, que no seas la nena..."* (Enfermera responsable calidad, 53 años)

Apostar por el trabajo en equipo como recurso para poder ofrecer una asistencia de calidad, es alguno de los aspectos que nos transmiten los profesionales

G2. ♀ *"La empatía es muy importante, también es importante saber trabajar en equipo, nosotras no podemos ser individuales,... yo creo que la práctica se puede aprender,... empatía, trabajar en equipo, tenemos que trabajar en equipo con los médicos, con auxiliares con los demás servicios, tenemos que trabajar todos con un objetivo común"* (Directora enfermería, 49 años)

Por lo tanto, según nos dicen la mayoría de las informantes, la enfermera ideal ha de ser una persona con dotes de comunicación, que utiliza la empatía como recurso, que le guste cuidar, que sea altruista y sacrificada, con valores humanos, con capacidad de ver a la persona de forma holística, que sea capaz de visualizar necesidades no explicitadas por el paciente y que además, como algunos dicen, que sepa trabajar en equipo, pero respetando el propio espacio y formada competencialmente.

Hemos querido detenernos en las percepciones aportadas por algunos enfermeros. En general no difiere de la imagen de las enfermeras, aunque algunos de ellos establecen aspectos más técnicos e instrumentales para describir esa imagen dejando de lado aspectos altruistas y comunicacionales.

DUI9. *"Enfermero ideal es difícil de decir, porque cada servicio requiere un perfil. El enfermero muy técnico que está llevando paciente de UCI, no tiene que ser el mismo perfil que el enfermero que está en pediatría... la formación no es la misma, hay enfermeros que les gusta la psiquiatría y otros que la psiquiatría no la soportan y quieren estar en una ambulancia en la calle, son perfiles diferentes, es lo bonito que tiene la enfermería que puedes cubrir un abanico muy amplio de posibilidades"* (Enfermero asistencial, 39 años)

DUI11. *"El enfermero ideal es un profesional capacitado y formado para hacer su trabajo"* (Enfermero asistencial, 28 años)

Según esto, y dado que esta es la imagen que trasladan los profesionales, veamos cual es la imagen de la enfermera ideal que tienen los estudiantes de enfermería.

E1. ♀ *"una persona con un carácter especial, que fuera vocacional, que realmente te guste el cuidado del paciente, que veas más allá de las técnicas de enfermería, que son básicas, pero aparte de eso hay más. Que te guste cuidar"* (Estudiante enfermera, 32 años)

E2. ♀ *"...no sé, tienes que tener... a ver que todo el mundo puede entrar, pero una buena enfermera, yo creo que tiene que tener unos rasgos en sí que son de humildad, de querer ayudar a los demás... y que si no los tienes, igualmente puedes ser enfermera, pero no vas a ser de las buenas...digamos, no?"* (Estudiante enfermera, 23 años)

E3. ♀ *"Debe saber técnicas, eso es importante, pero la parte humana es más importante"* (Estudiante enfermera, 30 años)

E5. ♂ *"Una persona que primero esté a gusto consigo mismo para poder desempeñar su papel, que sepa escuchar y callar cuando haga falta y sobre todo que ame su profesión y al prójimo"* (Estudiante enfermero, 20 años)

Podemos ver en las respuestas de los alumnos que anteponen aspectos del cuidado, de vocación, de ayuda a los demás, de altruismo y de la parte humana de la profesión por encima de los aspectos técnicos y profesionales. En las respuestas existe un predominio de características de tipo moral y de personalidad "especial", como una de ellas nos dice (amor a la profesión y al prójimo, humanidad, ayuda a los demás, humildad,...), que son necesarios, según ellos, para ser "de las buenas enfermeras", y sin estas características, no estás dentro de esta categoría de ideal profesional.

Podemos ver que en muchos aspectos, coinciden la imagen ideal aportada por los profesionales y la que perciben los estudiantes. Por lo tanto, en el momento de la elección de los estudios las estudiantes de enfermería llegan a la disciplina con una imagen de la enfermería recreada por las enfermeras con las que ha tenido contacto previo (Lai y Pek, 2012).

También hemos querido conocer la imagen que tienen los médicos de la enfermera ideal, con la intención de comparar esas expectativas con las aportadas por los profesionales.

Por lo que se aprecia en los discursos, los médicos describen a la enfermera ideal como una profesional con unos rasgos de personalidad específicos, como la empatía, que posibiliten el trato agradable y la comunicación con los usuarios, pero también esperan encontrar en una enfermera a una persona preparada y responsable, que trabaje en equipo y que colabore con el médico.

*Dra1. "Buen trato con el paciente, que sea una persona seria y responsable y que no se meta mucho en... no sé cómo explicártelo...en buscar tres pies al gato, sobre todo en las relaciones con las familias, que sepa ver y opinar cuando crea que algún tratamiento, por lo que sea nos hemos equivocado. Colaboradora, educada, responsable y humanitaria"* (Médica asistencial, 51 años)

*Dr2. "Debe saber de qué va el rollo y ser seria, consciente de lo que hace y debe saber acoger al paciente. Debe ser una persona interesada en su trabajo"* (Médico asistencial, 55 años)

*Dr3. "Empatía con el paciente y familia, disponibilidad completa para resolver cualquier problema y sin meterse mucho en competencias de esto me toca y esto no me toca, saber*

*identificar los problemas sobre todo la gravedad de los pacientes y de los incidentes que pueden pasar. Yo con esto no necesito más” (Médico jefe de servicio, 48 años)*

*Dra4. "Buena científica, empática en mayor medida que el médico puesto que está más tiempo con el paciente y el trabajo en grupo es importante” (Médico asistencial, 46 años)*

*Dra5. "Lo más importante es que sea profesional, pero también debe ser empática con los pacientes, porque si eres muy buena y no tienes empatía con los pacientes, son personas que están enfermas y necesitan un trato correcto y cordial, necesitan un poco de cariño” (Médica asistencial, 38 años)*

Por otro lado, las expectativas iniciales que tenían los profesionales, nos van a dar información sobre los intereses que les movía para la elección. Si comparamos dichas expectativas con la imagen idealizada que tienen de la profesión, vemos que hay ciertos aspectos que coinciden como es el contacto con la gente, la ayuda y el cuidado a los demás y ese papel subalterno de la disciplina.

*DUI1. "... mis expectativas pasaban por hacer técnicas, estar en contacto con la gente, estaba cansada de tanto estudiar y tanto apunte,... pensaba que podía ayudar a curar a los pacientes y nada más” (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI2. "pensaba que la enfermera estaba mucho, mucho, mucho por debajo del médico y que era como más... higienes...más... tareas (...), la veía como la persona que acompaña al médico (...)" (Enfermera asistencial, 22 años)*

*DUI7. "La idea que tenía era lo que yo veía cuando iba al médico y poco veía, me metí sin saber... sólo me llamaba el contacto con la gente” (Enfermera asistencial, 47 años)*

Los alumnos, por su parte, esperan adquirir los conocimientos necesarios para realizar su trabajo de forma satisfactoria, tanto para ellos, como para el usuario.

*E3. "Tener cuidado total del paciente, no sólo técnicas, sino que esté cómodo, si tiene frío, si tiene sed, cubrir las necesidades. A mi me gusta la vertiente más humana y creo que hay pacientes que necesitan que se les escuche” (Estudiante enfermera, 30 años)*

*E4. "De esta profesión espero poder adquirir experiencia a medida que avance en mi trabajo, espero sentir que hago bien mi trabajo, que los pacientes estén contentos con mi labor. Quiero que cuando un paciente salga del hospital yo sienta que he hecho un buen trabajo y que el paciente lo sienta también” (Estudiante enfermera, 19 años)*

*E5. "Que me proporcione los conocimientos y experiencia para alcanzar un nivel óptimo de satisfacción personal con lo que hago” (Estudiante enfermero, 20 años)*

Para concluir, diremos que después de analizar los discursos, podemos hacer ciertas diferenciaciones:

- los profesionales asistenciales y estudiantes, tienen una imagen idealizada de enfermera como una persona empática, altruista, sacrificada, humana y capacitada para ver más allá de las

necesidades expresadas por los pacientes, dejando en un segundo plano aspectos más profesionales

- el colectivo de profesionales dedicados a la gestión, perciben a la enfermera ideal como una persona empática, formada, respetada, capacitada y referente en los cuidados.
- los médicos visualizan a la enfermera ideal como una persona científica, formada, responsable, implicada y empática

Es decir, todos los colectivos hacen referencia a la empatía como herramienta para establecer una buena relación con el paciente, pero los profesionales asistenciales priorizan esos aspectos relacionados con el trato humano a los pacientes por encima de los aspectos técnicos y profesionales, cosa que se ve claramente mimetizado en el discurso de los estudiantes, es decir que de alguna forma, el discurso de los profesionales, que son los que escuchan los alumnos, son aprehendidos e interiorizados por estos. Esto está en la línea de Lai y Pek (2012), que establecen que en el momento de la elección de los estudios los estudiantes llegan a la disciplina con una imagen de la enfermería recreada por las enfermeras con las que ha tenido contacto previo. Por otro lado, los gestores desde una perspectiva más amplia y los médicos desde una perspectiva externa a la profesión, los idealizan priorizando aspectos profesionales y formativos por encima de los aspectos humanitarios.

### **5.1.3.- Imagen social**

Los discursos realizados por la red de amistades, la familia y los medios de comunicación, se han originado a partir de los estereotipos preestablecidos socialmente y de alguna forma, esta va a hacer que se catalogue a la futura profesional en un estatus y un rol específico, desde un primer momento.

Esa imagen inmutable aceptada por la sociedad está impactando en el progreso de la profesión y en la actualidad, a pesar del discurso formal políticamente correcto sobre la igualdad, lo cierto es que se sigue marginando la profesión y dando una imagen desvalorizada de la profesión a la sociedad. La visión que tiene la sociedad sobre las enfermeras “oscila entre una imagen idealizada considerándolas “ángeles al servicio de los hombres” (...) hasta mujeres de “vida ligera” (Burguete, Martínez y Martín, 2010:42)

Es decir, en el caso de enfermería, la percepción que se tiene socialmente, es la de una profesión sacrificada, de servicio al paciente, muchas veces asociada a la realización de técnicas de carácter escatológico o invasivas (pinchar, sondar,...) y de ayudante de los facultativos. Ese papel secundario dentro del sistema sanitario que se da a enfermería, va a ejercer una influencia en la percepción que el futuro profesional comienza a adquirir desde el primer momento. Bertran (2005) señala que los estereotipos construidos socialmente encasillan a un grupo de individuos en una categoría determinada y les atribuye unas características a todos los miembros de esa categoría.

*a) Imagen de la enfermera ideal según los usuarios*

Veamos cual es la imagen que tienen los usuarios de las enfermeras. Les pedimos que nos dijeran alguna característica que debía tener la enfermera ideal según su criterio. La mayoría siguen un discurso muy recurrente, y demanda de las enfermeras muestras de afecto en la relación que se produce entre ellos, podemos decir que nuestros entrevistados coinciden con Hernández (2010), que determina que las enfermeras son vistas por los pacientes y la opinión pública (...) como una ocupación dedicada a compadecer, agradecer y animar a los pacientes.

Analizando todos los datos, hemos podido ver que de los 30 usuarios entrevistados, 7 de ellos, abogan por una enfermera simpática (RAE: Modo de ser y carácter de una persona que la hacen atractiva o agradable a las demás), 5 por una profesional cariñosa (RAE: afectuosa), 10 por el profesional amable (RAE: Afable, complaciente, afectuoso), agradable (RAE: Dicho de una persona afable en el trato) y con buen trato. Hemos observado que la mitad de los informantes apuestan por una imagen de la enfermera ideal basada en relaciones de trato<sup>33</sup>. Pensamos que la vulnerabilidad e inseguridad a la que se ven expuestos los usuarios, hacen necesaria la presencia de personas que reconforten su estancia hospitalaria y ese es el papel que otorgan a la enfermera.

En otros casos los usuarios añaden otro tipo de características como el servilismo a la hora de describir a la enfermera ideal. Creemos que la inseguridad en la que se encuentra el paciente durante su ingreso, rodeado de un entorno hostil para él, hace que cualquier circunstancia, que en situación normal carecería de importancia, adquiera un valor trascendental y lo que necesitan son respuestas eficientes y amables que mitiguen esa angustia.

*U2. "Comprensivas, serviciales, acogedora"*

*U16. "Que sepa atender al paciente, con buena psicología, buen trato, servicial"*

*U21. "Atenta, servicial, simpática"*

*U29. "que venga cuando la llamo y sea amable"*

Algunos de ellos, también valoran cierto grado de responsabilidad, profesionalidad, trabajo colaborador y de equipo con el médico, pero sin olvidar el carácter afable que deben tener los profesionales:

*U8. "Con vocación, cariñosa, humana y responsable"*

*U9. "Atenta, buen trato, responsable"*

*U11. "Ha de ser humana y que sepa lo que tiene entre manos"*

*U12. "... que me dé cariño, que me escuche, que sea profesional"*

*U23. "Agradable y que sepa hacer su trabajo"*

---

<sup>33</sup> U1. "Ha de ser una persona afable y que no haga daño cuando te pincha", U3. "Simpáticas, amables, atentas, cuidadosas y humanas", U5. "... que me cuide con cariño", U6. "... que me trate con cariño y delicadeza", U10. "Que tenga buen trato con el paciente", U14. "Simpática y cariñosa. Para un enfermo es muy importante una sonrisa", U15. "Agradable", U17. "Simpática y atenta", U20. "Tiene que ser amable", U22. "Buen trato", U24. "Simpática y buen trato", U25. "Buena persona.", U27. "... que sea atenta", U28. "... que sea simpática", U30. "Simpática y amable"

*U13. “Buena persona, que colabore con el médico para hacer bien su trabajo”*

*U18. “Atenta, bien coordinada con los demás profesionales, que esté pendiente de mis necesidades”*

Y por último, hemos constatado que el papel educador de la enfermera, también es importante para ellos y piensan que la enfermera debe ser la persona que responde a sus dudas y le informe sobre el tratamiento a seguir:

*U7. “Que me explique las dudas, que me cuide con cariño, que sea cercana y profesional.”*

*U19. “Atenta, servicial, responder dudas”*

*U4. “Que sea agradable, que me dé información para seguir el tratamiento,”*

Por lo tanto, el ideal de enfermera que describen los usuarios es principalmente el de una persona afectuosa, comunicativa y con cierto grado de servilismo. Además, si leemos con detenimiento las frases, vemos que en todas las que se hacen referencia a algunos aspectos de profesionalidad (responsable, educadora,...), siempre se observa en la frase que se antepone las características de trato (empatía, afable, cariñosa,...)

#### *b) Funciones que realiza la enfermera, según los usuarios*

La percepción del cuidar y la imagen profesional que tienen las personas receptoras de los cuidados, en general “se relaciona con aspectos técnicos y tareas administrativas. Por tanto cabe preguntarse si las enfermeras saben o llegan a transmitir el valor de los cuidados en los que son expertos” (Ramió, 2005:21). La mejor forma de dar a conocer el valor de los cuidados, es demostrarlo por medio de la práctica diaria, de las tareas y funciones concretas que realizan las enfermeras. “Por sus frutos los conoceréis” (Mateo 7:16), esta frase plasmada en el Evangelio, podemos traducirla a nuestro contexto, como que la huella de la enfermería se construye a través de los actos y acciones que marcan su trayectoria y construyen su imagen, sea esta buena o mala.

Hemos querido conocer la percepción que tienen los pacientes sobre las funciones concretas que realizan los profesionales de enfermería, por lo que hemos preguntado a los usuarios cuales son las funciones, que según ellos, realizan estos profesionales.

Hemos podido ver que de los 30 usuarios entrevistados, 12 de ellos determinan la función de las enfermeras en base a cuidados higiénicos básicos, acciones de acompañamiento y actividades relacionadas con las técnicas explícitas que realiza, como hacer curas, sacar sangre, dar la medicación, poner sueros, poner la paella, acudir a los timbres,...<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> U1. “Curar heridas, tomar la TA, sacar sangre”, U4. “Dar la medicación, tomar constantes, hacer las curas a los enfermos”, U14. “Dar la medicación, poner los sueros, calmar el dolor”, U17. “Quitar el dolor, me pone la paella”, U18. “Quitar el dolor, dar la



La imagen que la sociedad tiene de la enfermera como la de un profesional que trabaja a la sombra del médico y que realiza actividades delegadas por él (Mompert (2004), la hemos podido apreciar en los comentarios de los usuarios entrevistados. La jerarquía entre los diferentes estamentos profesionales (médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud), son apreciados por los usuarios y determinan claramente quien es el que prescribe (el médico) y quien es la que sigue sus instrucciones (la enfermera). Según algunos de ellos las funciones de la enfermera son:

*U9. "Dar al paciente la medicación que haya indicado el médico, hacer las curas que precise el paciente, dar órdenes a las auxiliares"*

*U3. "Su trabajo se basa en lo que dice el médico, te pregunta lo que necesitas, te explica cómo tomarte los medicamentos, hace lo que dice el médico"*

*U6. "Cuidar al enfermo, ayudar al médico para dar la medicación y hacer pruebas"*

*U8. "Realizar las órdenes que da el médico, cuidar al enfermo"*

*U21. "Recibir las órdenes del médico y estar pendientes de que no nos pase nada"*

*U22. "Sigue las instrucciones del médico"*

*U23. "Hace lo que le ordena el médico, pone sueros, da la medicación"*

*U26. "Seguir las órdenes que el médico le dé"*

Vemos que de alguna forma, el discurso de MA. Cánovas (2004), que determina que "si bien es cierto que la profesión enfermera ha evolucionado, el discurso social en torno a la imagen de la enfermera como auxiliar del médico y "madre" cuidadora no ha variado mucho" (2004:6), se reproduce a través de los años y de las generaciones de enfermeras.

Algunos, aluden al papel de educadora de la enfermera

*U12. "Resolver dudas más pequeñas, ayuda, curar"*

*U29. "Me pone los sueros, mira la herida de la intervención, me da la medicación, me explica lo que me pasa"*

Un aspecto interesante, es la percepción que tienen los enfermos sobre el papel mediador de las enfermeras entre los médicos y los pacientes.

*U13. "... informar al médico cuando me pasa alguna cosa"*

*U15. "... que avise al médico en caso de necesidad"*

*U24. "... está pendiente de mí y avisa al médico cuando algo va mal"*

---

*medicación", U19. "Poner los sueros, abrirme la ventana si lo necesito, acompañarme al lavabo", U20. "Quitar el dolor, poner sueros, darte el antibiótico", U25. "Pone sueros, cura las heridas, quita el dolor", U27. "Pone sueros, quita el dolor", U28. "Me cura la herida, me da la medicación", U30. "Me pone la medicación", U11. "Acudir a los timbres"*

Podemos observar que los usuarios, al hablar de funciones concretas como manifestación de la realidad práctica de las enfermeras, obvian los aspectos de trato afable y servilismo que reclamaban a la enfermera ideal.

Si analizamos las características de la enfermera ideal y las funciones que según los usuarios les son propias, podemos decir que los pacientes optan por representarla como una mujer, ya que siempre se refiere a ella como “la enfermera”, con unas particularidades y funciones propias del género femenino, y vinculadas al rol cuidador de la mujer y trabajando a la sombra de los médicos, que siguen claramente la línea de algunos autores como Burguete, Ávila y Velasco, (2005), que concluyen diciendo que la imagen social de la enfermería en España y a nivel internacional, es la de un oficio, más que la de una profesión, y se percibe como una profesión femenina, desde estereotipos más adecuados a los años 40-50, conclusión que comparten con Arreciado (2013). Heierle (2009), por su parte, determina en su estudio que para los adultos el trabajo enfermero consiste en atender y cuidar a los enfermos, que es una ayudante del médico, que son cariñosas y amables y con poca formación teórica.

#### *c) Imagen del médico ideal según los usuarios*

Por otro lado, hemos querido contrastar estas respuestas con las percepciones que los usuarios tienen del colectivo médico. Necesitábamos saber si esa vulnerabilidad e inseguridad que tienen y que reclaman con los cuidados enfermeros, se reflejan de la misma forma con los médicos. Hemos preguntado las características que ha de tener el médico ideal y las funciones, que según ellos, les son propias.

En la totalidad de los casos, los informantes hacen referencia a la formación y capacitación como profesional, la expresión “buen médico” y “buen profesional” es una de las más recurrentes y denota de forma contundente una conjunción de elementos de valor y poder legitimado. Algunos de ellos hacen también alusión a algún rasgo de personalidad y de trato, pero representan una minoría<sup>35</sup>.

#### *d) Funciones que realiza el médico, según los usuarios*

En relación a las funciones concretas que realiza el médico, las diferencias con la enfermera también son claras. En general tienen claro que el que diagnostica, pauta el tratamiento y cura, es el médico, además de reconocer en ellos otras competencias como investigación, docencia,... que en ningún momento

---

<sup>35</sup> U1. “Seguro en lo que hace, buen trato”, U2. “Amable, listo”, U3. “Debe ser un buen médico”, U4. “Un buen profesional, que sepa lo que hace”, U5. “Sabe lo que lleva entre manos, seguro de sí mismo”, U6. “Bien preparado y amable”, U7. “Con una buena formación”, U8. “Bien preparado”, U9. “Preparado y eficiente”, U10. “Empático, atento y preparado”, U11. “Humano, que sea buen médico”, U12. “que me escuche, que me hable con educación, que sea buen profesional”, U13. “Bueno en su labor. Que atienda bien”, U14. “Buen trato. Que haga bien lo que tiene que hacer”, U15. “Buen médico”, U16. “Que sepa bien lo que hace”, U17. “Atento y profesional”, U18. “Que me explique lo que me pasa, como voy y qué debo hacer para curarme”, U19. “Buen médico”, U20. “Atento y sobretodo buen profesional”, U21. “Tiene que saber mucho”, U22. “Que sea buen médico”, U23. “Buen profesional”, U24. “Buen médico”, U25. “Tiene que hacer bien su trabajo”, U26. “Que sea educado y buen médico”, U27. “Que sea un buen médico”, U28. “Buen profesional”, U29. “Que sepa lo que hace”, U30. “Que sea amable”

aparecen en relación con enfermería. Algunos ejemplos de comentarios los podemos ver a continuación<sup>36</sup>.

*U1. "Prescripción de medicamentos, diagnosticar"*

*U5. "Diagnostica, hace tratamientos, da consejos de salud, investigación"*

*U7. "Curar al enfermo, seguimiento del paciente, docencia"*

*U12. "Operar, tareas administrativas, pasar visita, atender a la familia"*

Algunos tienen una percepción jerarquizada de los roles y las relaciones interprofesionales, en las que domina claramente el poder del estamento médico por encima de las enfermeras, que son meros instrumentos para la consecución de su objetivo: curar. Además se aprecia la legitimación absoluta del conocimiento médico por encima del de la enfermera.

En el comentario de este usuario podemos ver un compendio de lo dicho por ellos<sup>37</sup>:

*U21. "El médico es el que manda, porque ha estudiado más y te dice lo que tienes y da las órdenes a la enfermera"*

Además algunos de los usuarios perciben que las enfermeras necesitan un seguimiento o verificación de sus funciones por parte de los facultativos. Es decir, están otorgando a los médicos un rol de tutor.

*U4. "Indicar el tratamiento a los enfermos, solicitar pruebas diagnósticas, verificar la correcta administración del tratamiento"*

*U9. "Diagnosticar la enfermedad, poner la medicación adecuada, verificar que se cumplen las órdenes dadas."*

Por lo tanto, podemos decir que los enfermos ven a los médicos como una profesión masculina, ya que se refieren a ellos con este género, que es el responsable absoluto del paciente, el que diagnostica y cura, y el que ordena y verifica las actuaciones de la enfermera.

En este caso, se aprecia una correlación entre el ideal médico, como profesional responsable, formado,... y lo que estos realizan en la práctica, diagnosticar, prescribir, ordenar,...

<sup>36</sup> U1. "Prescripción de medicamentos, diagnosticar", U5. "Diagnostica, hace tratamientos, da consejos de salud, investigación", U7. "Curar al enfermo, seguimiento del paciente, docencia", U10. "Escuchar, valorar, diagnosticar", U11. "Sesiones, pasar visita, pautar tratamiento", U12. , Operar, tareas administrativas, pasar visita, atender a la familia", U14, "Curar al enfermo", U17. "Curar y operar", U22. "Diagnostica y cura", U23. "Diagnostica y pauta el tratamiento", U24. "Opera, cura", U25. "Pasa visita y ordena el tratamiento", U26. "Diagnostica y cura", U27. "Soluciona mi problema de salud", U28. "Curar", U29. "Pasa a verme, operar, investigar", U30. "Curar"

<sup>37</sup> U2. "Pone tratamiento que ha de poner la enfermera, es el que cura", U3. "El médico es más serio, es el responsable absoluto del enfermo", U6. "Diagnosticar, dar órdenes a la enfermera", U8. "Curar al enfermo, Dar órdenes a las enfermeras", U13. "Él ordena las cosas a la enfermera de lo que tiene que hacer", U15. "Ordenar el tratamiento a la enfermera. Curar", U16. "El médico es el médico y da el visto bueno a todo y la enfermera aplica lo que el médico le dice", U18. "Es el que manda y el que da las órdenes a los demás profesionales", U19. "Es el que cura a los enfermos, es el que manda y la enfermera hace lo que el médico ordena", U20. "Cura a los enfermos y dar las órdenes a la enfermera"

Otro de los aspectos que quisimos preguntar a los usuarios era si conocían el nombre del médico y enfermera que habitualmente le asiste. Las respuestas fueron concluyentes: el 93,3% de los pacientes conoce el nombre de su médico y sólo el 43,3% conoce el nombre de la enfermera. Esto mismo pudimos corroborarlo con el análisis de las notas de agradecimiento, quejas y sugerencias que nos aportaron en el centro 2. Los datos son los recopilados entre agosto de 2012 a noviembre de 2013. En ese período se realizaron 187 notas de agradecimiento, de las cuales un 35,8% estaban dirigidas a médicos (de éstas, el 34,3% daban el nombre del médico específicamente), un 25,1% estaban dirigidas a enfermería (de ellas, el 6,4% daba el nombre concreto del profesional) y un 27,2% son agradecimientos dirigidos a los profesionales o al personal o a los sanitarios. El resto de notas son genéricas “buen trato”, “todo bien”, “gracias por todo”, etc.

Para concluir, podemos decir que lo que se espera idílicamente de las enfermeras es que muestren esos rasgos considerados “femeninos” de cordialidad, generosidad y entrega. “Uno de los estereotipos de la imagen social de la enfermera es el de madre/monja/servidora dispuesta a prestar los cuidados que sean precisos” (Burguete et al 2010:41), mientras que lo que se espera de los médicos es profesionalidad.

Bañez (2003) defiende que la existencia de profesiones feminizadas manifiesta una segregación laboral y cuando esto ocurre, “estas ocupaciones pasan a sustentar atributos del segmento social que la ocupa, en los que se proyectan las normas y estereotipos en que se basa la construcción social de la categoría que la integra. De esta forma, las ocupaciones en que las mujeres se encuentran sobre-representadas se consideran femeninas porque se asimilan a las mismas funciones que hacen las mujeres en casa, o porque se relacionan con determinadas cualidades de la mujer, que por el hecho de creerse innatas y no adquiridas, no se consideran meritorias” (Bañez (2003:25). De esta forma, “las ocupaciones que se asignan a las mujeres en el mercado de trabajo representan una especie de prolongación de las actividades que se realizan en la esfera familiar” (Comas 1995:67). Es decir, existe una transferencia de las funciones de cuidado, asistencia y socialización asumidas tradicionalmente por las mujeres, al terreno profesional, y son funciones realizadas por mujeres que según los estereotipos sociales, tienen esas capacidades y cualidades naturales para ejercer esas tareas, que están centradas en la práctica y que son ajenas a planteamientos teóricos o ideológicos.

#### **5.1.4.- Influencia del género en la imagen enfermera**

Debemos comenzar este apartado recordando la presencia que en sus orígenes tuvo la iglesia en la profesión enfermera y cuya consecuencia ha sido la imagen de una enfermera, mujer, al servicio de otra disciplina, la medicina, integrada en su totalidad por hombres, y provocando un humanismo y subordinación que está impregnado en la práctica de las profesionales desde entonces. Además, el cuidar, esencia de la profesión y lo que da sentido a la enfermería, es de naturaleza intangible y esta característica es lo que ocasiona la invisibilidad de enfermería. Cuidar conlleva acciones que

habitualmente se realizan en el ámbito cotidiano y familiar, y por este motivo no tiene un valor reconocido. Esto lo hemos podido constatar en las características que los usuarios han otorgado a las enfermeras y la diferencia de valor simbólico que otorgan a la acción de curar realizada por los médicos.

En nuestra investigación, nos ha parecido interesante conocer la percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la influencia que el género tiene en el reconocimiento y la imagen social de la profesión.

Si analizamos los resultados encontrados en nuestra investigación e intentamos describir cuál es el impacto del género en la profesión enfermera, algunos piensan que parte del problema de la falta de reconocimiento social, es que el colectivo sea mayoritariamente femenino. Esta misma apreciación fue descrita por Comas (1995) que citando a Narotzky, establece que "el estereotipo según el que las mujeres son pacientes, detallistas, emocionales y serviciales, las hace que se consideren apropiadas para trabajos rutinarios, en los que es importante la habilidad manual y la presentación final más que la creatividad (tales como la costura, limpieza, mecanografiado, etc.) y son estos mismos estereotipos los que han alejado a las mujeres tradicionalmente de las ocupaciones que suponen el ejercicio de la autoridad dentro del ámbito laboral" (1995: 66-67). Fajardo y Germán (2004) concluyen en su estudio, que la influencia de género, la falta de reconocimiento y las relaciones de poder asimétricas podrían ser debido a la eficacia simbólica que asocia parte de los cuidados enfermeros a cualidades intrínsecamente femeninas.

Y esto mismo es lo que plantean algunos de nuestros informantes, donde se percibe ese papel invisible de la enfermera:

DUI1. ♀ *"Pues creo que esa forma de ser que muchas enfermeras tienen... tan cuidadoras... tan madres... estoy segura de que eso hace que se nos vea.... no sé... una madre es una madre y cuida de sus hijos, pero, aunque de forma invisible lo haga, no puedes esperar de ella que sea la que mande en la casa, el que manda es el marido, aunque luego sea un calzonazos, pero de cara a la galería, manda él"* (Enfermera asistencial, 52 años)

DUI2. ♀ *"(la enfermería)...es una profesión la gran mayoría de mujeres y la medicina es una profesión que la gran mayoría eran hombres...o son hombres, entonces también a nivel social...a nivel cultural el hombre siempre ha estado por encima de la mujer y a día de hoy aunque muchas veces nos digan no sé qué... sigue siendo lo mismo y no es lo mismo que entre en una habitación un hombre, que te entre en la habitación una mujer, o sea, a nivel de profesional, una persona que está en la cama o un familiar lo ve, como que tiene más, más valor lo que te está diciendo un hombre, como que tiene más....aunque el hombre sea un enfermero"* (Enfermera asistencial, 22 años)

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Algunos informantes detectan una diferencia en el valor otorgado a las mismas tareas según sean realizadas por enfermeros y enfermeras, lo cual sucede desde tiempos inmemoriales y está en la línea de Bañez (2003). Según la autora, los estereotipos de género definen socialmente lo que hacemos hombres y mujeres en la sociedad, determinan la valoración social que se da a las actividades que unos y otras realizamos, y mantiene a las mujeres en una situación de subordinación e invisibilidad. Y coincide con Comas (1995: 51) cuando dice que “la escasa valoración social de estas actividades (feminizadas) no depende de su valor intrínseco, sino de que las hacen las mujeres”

*DUI5. ♀ "Estamos en un mudo machista, por ejemplo, en la sala de curas hay dos enfermeros, de toda la vida, que los pacientes les llaman Dr. Paco y Dr. Cesar, porque son hombres y por la forma de ser, ellos dicen aquí pondremos esto, quitaremos aquello (con decisión) y por eso piensan que son médicos, creo que eso lo explica todo" (Enfermera asistencial, 43 años)*

*DUI10. ♀ "Si, los roles son diferentes, pero esto es desde siempre. El practicante del pueblo no era lo mismo que la ATS del pueblo" (Enfermera asistencial, 36 años)*

*DUI6. ♂ "...si nos remontamos en el tiempo, la inquisición ya ahí se puso la primera piedra, las enfermeras son mujeres, todo lo que venga de las mujeres, la iglesia dijo que era malo y lo que venga del hombre era estupendo y maravilloso. Los curanderos eran bien vistos, las curanderas eran brujas y las quemaban en la hoguera. El médico del pueblo era el señor doctor, las comadronas eran la vecina que no sabía ni leer ni escribir, pero había atendido 150 partos, era eso. No se ha cuidado la imagen y se ha malmetido contra ello, desde siempre y teniendo en cuenta que esto es España...el género es determinante" (Enfermero asistencial, 32 años)*

Podemos ver que este informante establece que la falta de reconocimiento social de la profesión se debe a la presencia substancial de mujeres en ella, lo cual está en la línea de lo que describen García, Sainz y Botella (2004). Los autores hacen un análisis, desde la perspectiva de género, de las causas que han condicionado su evolución y desarrollo, dando lugar a una profesión que no ha podido alcanzar las metas previstas y entre esas causas está la feminización de la profesión.

*DUI8. ♂ "Creo que el hecho de que sea una profesión de mujeres, alguna cosa tiene que ver con esa falta de reconocimiento, por supuesto, los estereotipos,...aún hay gente que tiene la estructura mental de Cañete...son rémoras del pasado" (Enfermero asistencial, 48 años)*

### *Impacto de la incorporación de hombres al colectivo*

Hemos preguntado a los informantes la percepción que tienen sobre la incorporación de hombres a la profesión. Algunos enfermeros y enfermeras piensan que esta imagen social de la enfermería cambiaría con la incorporación de hombres a la profesión. Las enfermeras sienten que los cuidados que ofrecen a los pacientes son eficientes pero poco reconocidos. La justificación a esta situación es que enfermería es

una profesión feminizada, por lo que la inclusión de hombres en la profesión es concebido como un hecho positivo para conseguir un mayor reconocimiento, mejorar las condiciones de trabajo, mejorar el desarrollo profesional, aumentar los salarios, etc. (Osses, Valenzuela y Sanhuesa, 2010).

*DUI3. ♀ "Creo que si fuéramos más hombres en enfermería, sería diferente y se nos reconocería más en todos los niveles, al ser una profesión femenina, la sociedad es bastante machista y todavía queda gente que... sí. Seguro que sería diferente"* (Enfermera asistencial, 29 años)

*DUI4. ♀ "Si desde un principio de la enfermería hubiéramos sido más hombres en la profesión, hubiera sido diferente, porque antes la sociedad era más machista y el cuidar era trabajo de mujeres, como limpiar la casa y se le daba menos importancia, que si hubiese sido por hombres, sí que le hubiesen dado más importancia porque lo estaba haciendo un hombre y por tanto era como un médico, un hombre, y no ha sido así"* (Enfermera asistencial, 27 años)

*DUI4. ♀ "Si enfermería fuera más hombres, sería diferente, en cohesión, en visibilidad,...seguro"* (Enfermera asistencial, 27 años)

*DUI9. ♂ "...quizás históricamente sí que tenga que ver con el que las mujeres siempre han cuidado en casa y era lo normal, las primeras enfermeras eran monjas,...podría ser"* (Enfermero asistencial, 39 años)

*DUI11. ♂ "El que le enfermería sea una profesión femenina ha hecho que tenga peor imagen y peores condiciones, no se le da tanta importancia, es como un segundo sueldo. Si hubiera más hombres seríamos más reivindicativos y tendría mejores condiciones"* (Enfermero asistencial, 28 años)

Alguno de ellos, aunque reconoce que una enfermería con más hombres, sería "otra cosa", incluye la capacidad de poner límites como determinante del valor enfermero y del prestigio social. Esa falta de límites y de determinación de las competencias de cada una de las categorías profesionales es lo que atribuye a las mujeres y las acusa de cierta condescendencia que es la que produce, según ellos, esta situación.

*DUI6. ♂ "Con la incorporación de hombres, no creo que cambie, porque debería haber muchos hombres y entonces ya no serían enfermeras, serían enfermeros y sería otra cosa. De todas formas, no podemos pretender que el 70% de la profesión sean hombres para tener claro que esto es mi trabajo y esto no, ellas también pueden hacerlo, ¿no? Lo que pasa es que ya les está bien cómo funciona hasta ahora. Los límites son importantes"* (Enfermero asistencial, 32 años)

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Otros, sin embargo, piensan que la falta de reconocimiento, no sólo se debe a que la enfermería sea una profesión feminizada, sino al estatus que proporciona una carrera de inferior rango y que comparan con la medicina.

DUI5. ♀ *"Si en enfermería hubiera más hombres, posiblemente se reconocerían más las cosas, pero siempre se reconocerá más la labor del médico, aunque fuéramos más hombres, porque la carrera de médico la consideramos superior a la de enfermería, nosotras la consideramos superior y evidentemente ellos también"* (Enfermera asistencial, 43 años)

DUI11. ♂ *"El estatus social es más bajo el de la enfermera que el del médico. Socialmente no está tan bien vista como ser médico. No está bien vista por el estatus social, no porque sea una profesión femenina. La gente presupone que por ser médico cobras un sueldo importante y ya te miran de otra manera"* (Enfermero asistencial, 28 años)

Este tema nos pareció suficientemente importante, dado que los profesionales percibían que el cuidado era algo innato a la esencia de la enfermera y de la mujer, y quisimos poner a los informantes en la tesitura de imaginarse una enfermería con una proporción inversa de hombres en el colectivo. A la pregunta de ¿te imaginas una enfermería donde mayoritariamente hubiera hombres en lugar de mujeres?, esto fue lo que contestaron:

Algunas ni se lo pueden imaginar, por el hecho de que, según ellas, los hombres no saben cuidar y el cuidado es un rol esencialmente femenino. En los discursos se percibe la interiorización absoluta del estereotipo del rol cuidador atribuido a las mujeres desde siempre.

DUI2. ♀ *"¡Qué dices!!...se te ha ido la pinza...pobres enfermos...sería un desastre, ellos no saben cuidar..."* (Enfermera asistencial, 22 años)

DUI4. ♀ *"No, el cuidado siempre ha sido nuestro, desde las cavernas...no querrás que ahora empiecen a cuidar ellos, si no saben"* (Enfermera asistencial, 27 años)

DUI10. ♀ *"¡qué dices!!! De hombres? No, no me la puedo imaginar..."* (Enfermera asistencial, 36 años)

DUI5. ♀ *"Bueno, ahora que la enfermería se está tecnicando tanto...sí que empieza a tener sentido la incorporación de los hombres, pero para el cuidado...las mujeres somos las mejores"* (Enfermera asistencial, 43 años)

G2. ♀ *Pone cara de espanto y ríe..."Sería diferente totalmente, claro, ... Hay casos y casos..."* (Directora enfermería, 49 años)

G6. ♂ *"(ríe) no, no, porque... no me la imagino, porque somos el 80% mujeres... es como cuando una mujer médico, que cada vez hay más, entra en la habitación y el paciente le dice "nena, ¿cuándo vendrá el doctor?, eso es así. No me la puedo imaginar una enfermería solo de*



*hombres, sí que hay cada vez más gente que se dedica a los cuidados, pero enfermería es una profesión muy femenina de toda la vida” (Directora enfermería, 56 años)*

*G7. ♂ "Yo no me puedo imaginar una enfermería solo de hombres, no sé por qué, pero no me lo puedo imaginar, es cierto que cada vez hay más hombres, pero aún esta es una profesión de mujeres” (Supervisor, 47 años)*

Otras otorgan al enfermero que sabe cuidar, cierta duda en su identidad sexual, lo cual estaría en la línea de lo que establece Harding citada por Burguete et al. Según los autores, estos estereotipos están tan arraigados que en “algunos países se pone en tela de juicio la masculinidad de cualquier enfermero varón, ya que los hombres que realizan una profesión de mujeres, tienen que ser necesariamente afeminados” (2010:41).

*DUI3. ♀ "No, no me la puedo imaginar...el cuidado es cosa de mujeres, déjate de tonterías, además la mayoría de los enfermeros...son...digamos...algo amanerados...esos sí que cuidan bien...una enfermería de hombres...no” (Enfermera asistencial, 29 años)*

Una de las docentes establece que como mujeres, las enfermeras utilizan la seducción en las relaciones con los médicos y esto, según ella, produce una pérdida de poder ya que son vistas como mujeres y no como profesionales.

*D1. ♀ " Cambiaría totalmente, ahora no me la puedo imaginar, pero seguro que cambiaría la relación médico enfermera, los médicos nos ven como mujeres y esto es una realidad...y nosotras nos presentamos como mujeres, en este papel de seducción como mujeres, nos presentamos así y esto nos quita mucha fuerza...es una pena” (Enfermera docente, 63 años)*

Las enfermeras perciben que una profesión de hombres sería diferente ya que ellos, según dicen, son más reivindicativos y darían más prestigio a la profesión. De alguna forma están otorgando a los hombres la capacidad para mejorar el estatus y la situación de la profesión, es decir, reconocen que el ser una profesión feminizada está impactando en el reconocimiento y valoración social de la profesión.

*DUI7. ♀ " la enfermería como profesión no iría igual con hombres, sería diferente... si fuera una enfermería de hombres con cierto criterio, yo creo que lucharían, pienso, aunque en su lucha pudieran perder su silla” (Enfermera asistencial, 47 años)*

*DUI1. ♀ "No me lo había planteado, pero me encanta la idea...estoy segura de que absolutamente todo, sería diferente, seríamos una profesión de renombre, como eran los practicantes hace años...sí, ¡sí que estaría bien que entraran hombres en la profesión!” (Enfermera asistencial, 52 años)*

G5. ♀ *"seguro que si hubiera más hombres sería diferente y estaríamos mejor pagados, en enfermería tenemos el "techo de cristal" que es una pasada, más que en otras profesiones"*  
(Supervisora, 43 años)

D3. ♀ *"Si, estaríamos en el mismo nivel que los médicos, estaríamos equiparados. Pero no sé por qué los enfermeros reaccionan diferente delante del médico, no sé si es cuestión de testosterona, o de espíritu competitivo,...no sé"* (Enfermera docente, 58 años)

D1. ♀ *"A lo mejor con la inclusión de hombres en enfermería, se valorará más la profesión, porque al hombre lo valoran más. Cambiaría totalmente, ahora no me la puedo imaginar, pero seguro que cambiaría la relación médico enfermera"* (Enfermera docente, 63 años)

Los enfermeros, a pesar de que tampoco se plantean una profesión de hombres, también creen que sería diferente en relación al estatus y poder de la disciplina. Ese discurso de "poner a cada uno en su sitio y dar a conocer el valor de la enfermería" denota la creencia estereotipada del poder de la masculinidad.

G8. ♂ *(Silencio)"no me lo he planteado nunca....no sé qué decirte. Estoy pensando...¿te acuerdas de los practicantes?...se percibía de otra manera a nivel social...era el Sr. practicante y era casi como un médico...seguro que se percibiría de forma distinta...seguro"* (Supervisor, 52 años)

DUI6. ♂ *"¡Que me dices...una enfermería de hombres...aunque no me la imagino, sería estupendo y seguro que en pocos años todo cambiaría, nosotros nos encargaríamos de poner a cada uno en su sitio y todo el mundo sabría el papel verdadero que tiene la enfermera"*  
(Enfermero asistencial, 32 años)

DUI8. ♂ *"No me imagino una enfermería solo de hombres, y si fuera...sería completamente diferente, no sé si para bien o para mal, pero sería diferente.... (Silencio)...pero es que es una cosa absurda, ¿no?..."* (Enfermero asistencial, 48 años)

DUI11. ♂ *"No me lo había planteado nunca, la verdad, pero si lo pienso...seguro que hubiera sido totalmente diferente...fijate en los practicantes...tenían mucho más prestigio que las enfermeras actuales..."* (Enfermero asistencial, 28 años)

Algunos justifican esa diferencia en caso de que enfermería fuera mayoritariamente de hombres, por el hecho de que la enfermera mujer ha de conciliar la vida laboral y profesional, y eso es un freno para la profesión.

G5. ♀ *"Si en enfermería hubiera más hombres, sería diferente, porque nosotras tenemos que conciliar la vida familiar y la laboral, los enfermeros no suelen conciliar tanto y tú llegas al trabajo echa un desastre porque has pasado mala noche con tu hijo y ellos han dormido estupendamente, todo eso se refleja en la profesión, seguro que si hubiera más hombres sería diferente y estaríamos mejor pagados, en enfermería tenemos el "techo de cristal" que es una*

*pasada, más que en otras profesiones...años...sí, sí, ¡que entren hombres en la profesión!"*  
(Supervisora, 43 años)

G9. ♀ *"No me puedo imaginar una enfermería de hombres, me cuesta imaginármelo. La diferencia que hay es la vida fuera del hospital, como lo enfocan unos y otras. El resto es igual, son sensibles como ellas, pero de cara a la conciliación laboral es distinto, las mujeres somos las que conciliamos la vida laboral y familiar, los chicos no concilian nada ellos trabajan cuando toca y se van a casa, somos nosotras las que nos adaptamos siempre. El hombre no concilia, es su mundo laboral y lo ve bien y lo ve bien su pareja y la mujer siempre debe conciliar"* (Ex-directora enfermería, 59 años)

Según hemos podido apreciar en los discursos, los profesionales de enfermería son conscientes del papel que el género ha desempeñado y desempeña en el desarrollo de la profesión. Entienden que vivir en una sociedad machista donde los estereotipos sitúan a los hombres en un estatus superior al de las mujeres, repercute en la percepción que se tiene de la enfermería como profesión feminizada y por eso lo ven como una situación que aceptan con resignación. Corti (2000) hace referencia a dichos estereotipos y cita a Alberdi cuando dice que "la importancia de los estereotipos deriva de la persistencia de su arraigo social. Descansan en prejuicios enraizados y transmitidos de generación en generación y evolucionan más lentamente de lo que lo hace, a veces, la realidad social" (2000:139)

Sin duda, el que la enfermería sea una profesión feminizada ha impactado en el desarrollo de la profesión. Históricamente se ha dado valor a estructuras que cumplen una función necesaria para la sociedad, el rol cuidador doméstico de la mujer sigue frenando la profesionalidad de la enfermería. "La construcción de nuevos significados para la actividad de cuidar ha chocado con sólidos impedimentos ideológicos y de género, dificultando la creación de una memoria colectiva liberada de estereotipos aberrantes" (Siles, 2004:10).

El género influye de manera muy directa en el desarrollo de la enfermería al asociar parte de los cuidados enfermeros a acciones consideradas intrínsecamente femeninas y sujetas a falta de medición y valoración económica. Las características vinculadas al ser mujer se ven claramente reflejadas en el desarrollo de la profesión de enfermería y en las cualidades exigidas a quienes la ejercen (Fajardo y German, (2004), Zúñiga y Paravic (2009)). O dicho de otra manera, "La identificación de los cuidados con una función "natural" de la mujer ha sido durante siglos el principal instrumento de colonización intelectual y de marginación empleado para limitar el desarrollo de la ciencia de los cuidados y del poder de aquellas que son sus depositarias y saben ejercerla" (Cuixart 2005:8-9).

Por eso, hemos visto en sus discursos como algunas enfermeras, ven en la incorporación de los hombres en la profesión como una oportunidad de desarrollo, una ocasión para mejorar la imagen social y la visibilidad, las condiciones de trabajo y el mismo estatus profesional, lo que va en la línea de Báñez

cuando determina que las trabajadoras sociales (y esto mismo lo podemos aplicar a las enfermeras) “esperan que la presencia masculina de la profesión contribuya de forma sustancial al cambio de imagen y reconocimiento social” (2003:181), aunque por otro lado, vemos que la enfermería tiene tan asumido su rol cuidador asociado a ser mujer que no puede imaginar una enfermería de hombres, porque entonces enfermería sería otra cosa.

#### **5.1.5.- Síntesis de la etapa anticipatoria**

En esta etapa de socialización anticipatoria, nos propusimos conocer los motivos de la elección de los estudios de enfermería, la influencia de los estereotipos, de la imagen social y del género en la elección, así como conocer las expectativas iniciales que las personas tienen para escoger la profesión.

1.- En relación a los motivos de la elección, hemos constatado que las motivaciones de los informantes tienen dos perspectivas claramente diferenciadas.

##### *Motivos tradicionales:*

Una de las motivaciones más recurrentes en el colectivo femenino de enfermería, ha sido la necesidad de *cuidar y ayudar* a los demás y *la influencia de familiares y amistades*. En el caso de los hombres, estas motivaciones, no son las prioritarias en ninguno de los casos.

##### *Motivos prácticos y profesionales:*

Tanto en el caso de las mujeres como en los hombres que deciden estudiar enfermería motivados por unas *expectativas frustradas* respecto a otras disciplinas, la *proximidad geográfica* y el haber *trabajado con anterioridad en alguna profesión relacionada con la sanidad*.

2.- En relación a la imagen idealizada que los profesionales tienen en relación a la profesión, hemos constatado que todos los colectivos hacen referencia a la empatía como herramienta para establecer una buena relación con el paciente, pero los profesionales asistenciales priorizan esos aspectos relacionados con el trato humano y afectivo a los pacientes por encima de los aspectos técnicos y profesionales, cosa que se ve claramente mimetizado en el discurso de los estudiantes, es decir que de alguna forma, el discurso de los profesionales, que son los que escuchan los futuros alumnos, son aprehendidos e interiorizados por estos. Por otro lado, los gestores desde una perspectiva más amplia y los médicos desde una perspectiva externa a la profesión, los idealizan priorizando aspectos profesionales y formativos por encima de los aspectos humanitarios.

3.- La imagen de la enfermera aportada por los usuarios es la de una mujer, ya que siempre se refiere a ella como “la enfermera”, con unas particularidades (trato afable y servilismo) y funciones propias del

género femenino, vinculadas al rol cuidador de la mujer y trabajando a la sombra de los médicos. Y por otro lado, ven a los médicos, como una profesión masculina, ya que se refieren a ellos con este género, que es el responsable absoluto del paciente, el que diagnostica y cura, y el que ordena y verifica las actuaciones de la enfermera. Es decir, hemos constatado que los estereotipos configuran la imagen de la profesión y de los profesionales de enfermería.

4.- Según hemos podido apreciar en los discursos, los profesionales de enfermería son conscientes del papel que el género ha desempeñado y desempeña en el desarrollo de la profesión. Entienden que vivir en una sociedad machista donde los estereotipos sitúan a los hombres en un estatus superior al de las mujeres, repercute en la percepción que se tiene de la enfermería como profesión feminizada y por eso lo ven como una situación que aceptan con resignación.

5.- Hemos visto como algunas enfermeras, ven en la incorporación de los hombres en la profesión como una oportunidad de desarrollo, una ocasión para mejorar la imagen social y la visibilidad, las condiciones de trabajo y el mismo estatus profesional.

Por lo tanto, teniendo presente nuestra hipótesis, podemos decir que durante la etapa anticipatoria, los estereotipos vigentes sobre la profesión y el ser una profesión feminizada son dos de los factores que desde el inicio están dificultando el desarrollo profesional, anclando a las enfermeras en un rol secundario dentro del sistema.

## **5.2.- SOCIALIZACIÓN ACADÉMICA**

En enfermería, el conocimiento se basa, entre otras cosas, en la práctica enfermera y por tanto la enseñanza ocupa un lugar de intercambio de dicho conocimiento en el período en que los estudiantes inician el camino profesional. Es la conversión del conocimiento, del que hablan Nonaka y Takeuchi (1995). Según estos autores, el conocimiento explícito, adquirido en las aulas (el que se expresa a través del lenguaje formal, usando expresiones matemáticas y/o gramaticales y se transmite fácilmente de una persona a otra, de forma presencial o virtual), pasa a conocimiento tácito, (que depende de la persona, sus creencias y el medio en que se desenvuelve, se adquiere a través de la experiencia personal y es muy difícil de expresar usando un lenguaje normal), a medida que progresa su formación práctica y adquiere experiencia.

Pero además, durante la formación, la adquisición de los valores profesionales es imprescindible y fundamental, ya que van a regular la conducta del individuo en el ejercicio de la profesión. Se podrán adquirir los conocimientos, las habilidades y el aprendizaje de los procedimientos y técnicas, pero en su desarrollo e implementación será imprescindible una interiorización del sistema de valores profesionales que guíen las actuaciones. Son los valores los que determinarán su desarrollo y vivencia de

la profesión, condicionando su comportamiento ético. Estos valores son los que conforman la identidad profesional y generarán un sentido de pertenencia al nuevo miembro que ingresa en el colectivo. Siendo los valores reguladores de la conducta, será obligación y responsabilidad de los docentes la formación en valores, preparando a los estudiantes en su inserción al mundo laboral, para que de esta forma protejan y preserven la salud de los ciudadanos con una base científico-técnica, ética y humanística. Todo ello, además, contribuirá al mejor desarrollo de la profesión enfermera (Peiró, 2008).

En este apartado conoceremos el desarrollo del contexto docente, legislativo y normativo de la disciplina y veremos su influencia en la generación de la identidad y corporativismo de la profesión y cómo lo perciben los profesionales, por otro lado sabremos si la formación recibida por los alumnos se adapta a los intereses laborales de las empresas y a las necesidades de la práctica asistencial y por último analizaremos el perfil profesional que demandan las universidades para los futuros egresados en los estudios de enfermería.

### **5.2.1.- Cambios curriculares, legislativos y normativos que regulan la profesión<sup>38</sup>**

#### **5.2.1.1.- Cambios curriculares**

Abordaremos este tema a partir de la instauración de los estudios de ATS (Auxiliar Técnico Sanitario), con el Decreto de 4 de Diciembre de 1953, en el que se funden los planes de estudios de los tres (Practicantes, Matronas y Enfermeras) en uno solo: ATS. Esta titulación potenciaba la técnica en la enfermería y la ayuda al médico, dejando de lado el cuidado de la persona, que en la etapa anterior realizaba la religiosa sanitaria. Se crean las Escuelas Oficiales de Enfermeras reconocidas por el Ministerio de Educación, vinculadas con la facultad de Medicina y cuyo personal (dirección y profesorado) estaba compuesto generalmente por médicos, relegando a las enfermeras los puestos de Jefe de estudios, secretaría e instructoras de prácticas. Podemos decir que la enfermería queda ahora en manos de la medicina hasta la década de 1970.

Los estudios de ATS (dependientes de la Facultad de Medicina) tendrán tres cursos académicos de duración en régimen de internado (para ATS masculinos no será obligatorio el régimen de internado). El plan de estudios es común para las enseñanzas de ATS, tanto masculinos como femeninos, e incluyen algunas materias de cierta relevancia: Religión, Moral profesional y Formación política. La nota discriminatoria a destacar es que en la Escuelas de ATS femeninos se cursan además “Enseñanza de Hogar”, por el contrario, en las de ATS masculinos se cursan nociones de “autopsia médico-legal”.

Este incremento del nivel de estudios (por primera vez aparece la obstetricia en el plan formativo) conducirá a una mejor asistencia y a un reconocimiento social de la profesión. Los ATS pasan a ser considerados como profesionales técnicos.

---

<sup>38</sup> Para una mejor localización documental, hemos incorporado en el apartado “Legislación consultada” todo el material de forma cronológica.

Sin duda, las tres carreras (Practicantes, Matronas y Enfermeras) salieron perjudicadas con esa unión. Los practicantes se sintieron rebajados en su status, al ser equiparados con las enfermeras (estas recibían una formación mucho menor y tenían menos responsabilidades con los pacientes), las matronas no se identificaban con esa carrera ya que no entendían el tiempo que invertían en estudios previos antes de su especialización y las enfermeras que perdieron el nombre y el objetivo profesional (desaparece la enfermera como profesión). A partir de aquí, según Martínez (2011), sin una referencia que guiara y justificara las acciones, las ATS se embarcaron en la tarea de construcción de la profesión que seguía un modelo biomédico, es decir, la orientación de la formación fue eminentemente técnico-médica.

En abril de 1956 se publica un BOE del Ministerio de Educación Nacional que describe el Reglamento de la Escuela de Ayudante Técnico Sanitario Masculino de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid. Con él se unifican los estudios de las profesiones de auxiliares sanitarios y se crea la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios masculinos, que funcionará bajo la dependencia inmediata de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid.

En 1960 se promulga el Decreto (2319/1960) que regula sus funciones (eminentemente técnicas y de ayudante del médico) que resumimos en:

- Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas.
- Auxiliar al médico en intervenciones de cirugía y en las distintas especialidades.
- Realizar las curas de los operados.
- Prestar asistencia inmediata en urgencias hasta la llegada del médico.
- Asistir a partos normales.

El crecimiento hospitalario y la diferenciación de los puestos de trabajo vinculados a la progresión científico-tecnológica en el ámbito de la salud durante la segunda mitad del siglo XX, propician el crecimiento de la demanda de ATS y las residencias sanitarias favorecen la creación de escuelas propias para la formación de profesionales.

Durante los años siguientes hay un auge importante de la profesión que ve como se regulan algunas de las especialidades:

- 1961 Se regula la especialidad de enfermería Radiológica y Electrología.
- 1962 Se regula la especialidad de Podología.
- 1964 Se regula la especialidad de Enfermería Pediátrica y Puericultora.
- 1965 se regula la especialidad de Enfermería del Trabajo.
- 1970 se regula la especialidad de enfermería Psiquiátrica y Neurología

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- 1971 Se regula la especialidad de Análisis Clínicos.
- 1975 Se regula la especialidad de Uronefrología.
- 1981 Se regula la especialidad de Radio-Electrología.

La formación de ATS estaba “configurada alrededor de las patologías y de las actuaciones médicas y realizada por profesorado médico, la figura de ATS asumía un rol de subordinación a estos profesionales y de ejecutor de sus órdenes” (Arreciado, 2013:29)

La enfermería es transformada en una profesión reglada y este orden se extiende hasta la década de 1970, cuando la Ley General de Educación 418/70 contempla la creación de la Diplomatura en Enfermería en el que se perfila la enfermería como profesión, logrando el control sobre sus propias competencias: la organización de su propio trabajo, tareas y funciones. La orientación de los programas formativos se dirige hacia la salud y a la formación que no se concentra sólo en el ámbito hospitalario, sino que pone un énfasis especial en la asistencia a la comunidad. Se comienza a hablar de la perspectiva global y holística de la persona.

En la legislación de las Escuelas Universitarias se establece que tanto la dirección como el profesorado debían pertenecer al cuerpo de educación universitaria, para lo cual se necesitaba el título de doctor, pero sin especificar que debía ser un médico.

Con la Orden de 1977 se establece el inicio del desarrollo universitario de la profesión que permite una formación más amplia, fomentando que enfermeros y enfermeras empiecen a plasmar por escrito, mediante artículos, trabajos,...su legado identitario.

En 1977 se publica el BOE del Ministerio de Educación y Ciencia que determina las Directrices para la elaboración de los planes de estudios de los Diplomados en Enfermería. Los cambios que se producen en el currículum del diplomado respecto a los estudios de ATS, son:

- Incremento en las horas teóricas, quedando equiparadas al 50% con las prácticas clínicas.
- El nivel de COU (Curso de Orientación Universitaria) para el acceso.
- La definición del rol propio.
- La asistencia integral al paciente
- La distribución de la formación en cinco áreas: ciencias básicas, médicas, de la enfermería, de la conducta y salud pública)

En junio de 1977, el Presidente del Consejo de las Comunidades Europeas (J. Silkin), publica una Directiva, dirigida a los Estados miembros, sobre coordinación de las disposiciones legales,



reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales para favorecer plenamente la libre circulación de los profesionales dentro de la Comunidad.

La Directiva establece que para la obtención del título de enfermeros responsables de cuidados generales, es necesaria la superación de un examen sobre conocimientos de las ciencias que constituyen los cuidados generales, incluido un conocimiento suficiente del organismo, sus funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas en buen estado de salud y de las personas enfermas, así como las relaciones que existen entre el estado de salud y el entorno físico y social del ser humano; un conocimiento suficiente de la naturaleza y de la ética de la profesión y de los principios generales relacionados con la salud y sus cuidados, una experiencia clínica adecuada que deberá adquirirse bajo el control de personal de enfermería cualificado y en los lugares donde la importancia del personal cualificado y los equipos sean apropiados para los cuidados de enfermería que haya que dispensarse al enfermo, capacidad para participar en la formación del personal sanitario y experiencia en la colaboración con otros profesionales del sector sanitario.

En 1978 se hace necesario garantizar la organización y defensa de los intereses profesionales, y que la Organización Colegial de ATS se ajuste al principio de colegiación, por lo que se publica el RD 1856/1978 en el que se aprueban los estatutos de la Organización Colegial de ATS.

En 1980, el Ministerio de Educación y Ciencia publica el BOE que determina el contenido del Curso de convalidación del título de Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.) por el de Diplomado de Enfermería. Dicho curso contenía las áreas de conocimiento que la diplomatura aportaba de más a los estudios de ATS:

1. Ciencias básicas.
2. Ciencias de la enfermería.
3. Ciencias de la conducta.
4. Salud pública.

Con la Ley Orgánica 11/1983, de Reforma Universitaria de 1983, se crea el Cuerpo de Profesores Titulares de Escuela Universitaria, lo cual posibilita que la formación de los estudiantes de enfermería comience a ser liderada por enfermeras y ello facilita la profundización en la formación de las teorías, modelos y procesos de enfermería, la socialización de los valores enfermeros y la consolidación de una identidad enfermera.

En 1985 se crean las direcciones de enfermería en el ámbito hospitalario, cosa que plasma la clara definición del colectivo como grupo profesional dotado de identidad propia.

En 1987 se aprueba el RD 992/1987 que regula el acceso al título de enfermero especialista. Contempla las matronas como una especialidad de la DUE y se regula la especialidad de Cuidados Especiales, de Salud Comunitaria y de Gestión y administración en enfermería.

Este Decreto de Especialidades Enfermeras nunca tuvo desarrollo porque no respondía a lógicas sociales o sanitarias, simplemente a lógicas políticas y administrativas. Los servicios de salud no percibieron las ventajas de contar en sus plantillas con especialistas diferentes a las matronas, y sí las desventajas que suponían mayores costes, menor versatilidad y movilidad ocupacional, fragmentación de las plantillas o conflictividad intra e interprofesional

El inicio de la creación del espacio Europeo de educación Superior (EEES), comienza en 1988, con el establecimiento en Bolonia de la Carta Magna de la Universidad Europea<sup>39</sup>, documento suscrito por 80 universidades europeas.

En 1998, la Declaración de la Sorbona<sup>40</sup>, propone desde algunos países europeos (Francia, Alemania, Italia y Reino Unido) la convergencia entre los sistemas nacionales de educación superior, que permita la libre circulación de profesionales. Esta es una declaración conjunta para el diseño del Sistema Europeo de Educación Superior.

En 1999, los Ministros de Educación de los 29 países (miembros de la UE) refrendaron con su firma la Declaración de Bolonia<sup>41</sup>, donde se incide en la importancia de un desarrollo armónico de un Espacio Europeo de Educación Superior. Los puntos clave que permitirán el reconocimiento académico y profesional en toda la UE están basados en el binomio transparencia y calidad. Este nuevo sistema de titulaciones ha de basarse en dos niveles claramente diferenciados, de Grado y Postgrado que a su vez se estructuran en tres niveles: Grado, Master Oficial y Doctorado.

En 2001 se publica el RD 1231/2001 donde se aprueban los estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la actividad enfermera.

En 2003 entra en vigor la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003), esta ley viene a cohesionar el ejercicio de las profesiones sanitarias con el derecho a la protección de la salud, el derecho a la vida y a la integridad, el derecho a la intimidad personal y familiar, el derecho a la dignidad humana y el derecho al libre desarrollo de la personalidad.

---

<sup>39</sup> CARTA MAGNA DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA (1988). Disponible en: [https://www.ucavila.es/calidad/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22&Itemid=26&lang=es](https://www.ucavila.es/calidad/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=26&lang=es) Consultado el 18/7/14

<sup>40</sup> DECLARACIÓN DE LA SORBONA (1998) Disponible en: <http://eees.umh.es/contenidos/Documentos/DeclaracionSorbona.pdf> Consultado el 18/7/14

<sup>41</sup> DECLARACIÓN DE BOLONIA (1999). *Comunicado de la Conferencia de ministros Europeos responsables de la Educación Superior*. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion>. Consultado el 20/08/14

La LOPS reconoce los cuidados de enfermería como función propia y contempla la enfermería como una profesión sanitaria, ya que como dice la citada ley, cumple los requisitos de ser una formación universitaria y contar con una organización colegial.

Esta ley regula las condiciones de ejercicio y los respectivos ámbitos profesionales, así como las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales (...), garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud y define textualmente en su artículo 7, apartado "a": "corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades"

Además, la citada Ley resalta varios aspectos que son de suma importancia, puesto que es una oportunidad de desarrollo y promoción de la profesión.

- 1.- Reconoce la necesidad de establecer un trabajo interdisciplinar, con lo que, de alguna manera, se intenta resolver el tema de la subordinación de la enfermería hacia la medicina
- 2.- Desaparece la clasificación de personal facultativo y no facultativo, substituyéndose por Licenciado y Diplomado.
- 3.- Otorga a las enfermeras las competencias de la dirección y evaluación de los cuidados
- 4.- Reconoce que los cuidados han de orientarse, no sólo hacia la recuperación de la salud, sino hacia su prevención y promoción.

Debido a estos cambios producidos por la LOPS, se hace necesaria una nueva regulación de las especialidades de enfermería.

En 2005, el RD 450/2005 de 22 de abril, vuelve a regular las especialidades de enfermería que supone un desarrollo estructural y funcional bastante comprensivo de lo que se supone que será la enfermería y lo estructura en dos niveles: la enfermera responsable de cuidados generales y la enfermera especialista.

Se crean las Comisiones Nacionales de Especialidad y el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería que tendrán como objetivo el desarrollo de cada una de ellas y se establece el sistema de residencia de dos años de duración y se crea la figura del enfermero interno y residente (EIR) como vía única para la obtención de los títulos de enfermero especialista.

Con la ley se crean siete especialidades de enfermería

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

En la actualidad, seis de estas siete especialidades (matrona, salud mental, trabajo, geriatría, pediatría y familiar y comunitaria) ya están desarrolladas totalmente, y queda pendiente la especialidad de enfermería médico-quirúrgica, que es la más controvertida, ya que acogería a todas las enfermeras de la asistencia especializada que trabajen fuera de las otras áreas de especialización.

Con el RD 1393/2007 se instituye la ordenación de las enseñanzas oficiales y se establecen las directrices para la obtención del título de Grado Universitario.

Una vez establecidas las bases legales que permitían el acceso de enfermeras y enfermeros a los estudios de grado, se planteaba el reto de adaptar los planes de estudios de la diplomatura a las nuevas necesidades formativas desarrolladas en los planes de grado. Este fue el objetivo que impulsó a ANECA en 2005 a realizar el Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería<sup>42</sup>.

En 2009 la preocupación de las universidades es la “retitulación” de los diplomados. Ese mismo año, la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería (CNDCUE), elabora la “Declaración de Valencia”<sup>43</sup> y en ella declara:

- 1.- En el momento actual y según la legislación vigente, no se ve necesario que los Diplomados en Enfermería tengan que estar en posesión del nuevo título de Graduado o Graduada en Enfermería, a no ser que se hagan nuevos desarrollos normativos en las Comunidades Autónomas en lo que respecta a la aplicación del Estatuto Básico del Empleado Público. Por ello es necesario hacer un llamamiento a la prudencia hasta conocer dichos desarrollos normativos.
- 2.- El reconocimiento de créditos del título de Diplomado en Enfermería se establezca como mínimo en 210 ECTS

Durante 2011, la misma Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería, ante la multiplicidad de modelos que surgen para cursar la retitulación, elabora la “Declaración de

---

<sup>42</sup> AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (ANECA) (2005) *Libro Blanco. Título de grado de enfermería*. Disponible en: [http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf). Consultado el 26/7/14

<sup>43</sup> DECLARACIÓN DE VALENCIA. *Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería (CNDCUE)*. 2009. Disponible en: [http://www.cnde.es/cms\\_files/Declaracion\\_Valencia.pdf](http://www.cnde.es/cms_files/Declaracion_Valencia.pdf) Consultado el 12/8/14

Madrid”<sup>44</sup> que toma como base la de 2009, y establece una serie de puntos que se han de tener en cuenta en relación a la planificación de los cursos de retitulación. Entre los principales acuerdos, destacamos:

- 1.- El título de grado en enfermería otorga las mismas atribuciones profesionales para el ejercicio de la profesión enfermera que el Diplomado en Enfermería.
- 2.- Las universidades son las únicas que pueden expedir el título académico del grado en Enfermería.
- 3.- Según lo señalado en la Declaración de Valencia en la que se propone el reconocimiento de créditos del título de Diplomado en Enfermería en 210 ECTS se considera que los Cursos de Adaptación sean diseñados con 30 ECTS, incluyendo asignaturas que sean coherentes con las nuevas aportaciones formativas del Plan de Estudios.
- 4- Se exigirá estar en posesión del título de Grado para poder acceder al subgrupo A1 de la clasificación profesional del personal funcionario de carrera.

En Catalunya, la situación es diferente. La Junta del Consell Interuniversitari de Catalunya (CIC)<sup>45</sup>, elabora en 2009 una serie de acuerdos para regular el acceso de estudiantes en posesión de una titulación universitaria oficial no adaptada al EEES, a un grado. El CIC acuerda que se podrán reconocer 180 créditos ECTS a todos los estudiantes que posean una titulación universitaria de primer ciclo, y deberán superar 60 más para la obtención del título de Grado.

Por tanto en Catalunya, los 210 créditos ECTS que la Conferencia de Directores recomendaba, queda establecida en 180 créditos.

Por su lado el Col·legi Oficial d’Infermeres i Infermers de Barcelona en colaboración con la Associació de Directores d’Escola d’Infermeria de Catalunya (ADEIC)<sup>46</sup>, realiza en Enero de 2012 una jornada técnica para poder acordar un documento conjunto, que exprese el estado de la situación y los diferentes escenarios que se presentan de cara a la obtención del Grado y a las perspectivas de desarrollo profesional.

---

<sup>44</sup> DECLARACIÓN DE MADRID. (2011) *Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería* (CNDQUE). Disponible en: [http://www.cndcue.com/documentacion/general/Declaracion\\_Madrid2011.pdf](http://www.cndcue.com/documentacion/general/Declaracion_Madrid2011.pdf) Consultado el 10/8/14

<sup>45</sup> CONSELL INTERUNIVERSITARI DE CATALUNYA (CIC) (2009) *Acord de la Junta del CIC per a l'accés d'estudiants que ja estan en possessió d'una titulació universitària oficial no adaptada a l'espai europeu d'educació superior a un Grau que doni accés a la mateixa professió.* Generalitat de Catalunya. Disponible en: [http://www.cndcue.com/documentacion/general/AC\\_Interuniversitari\\_Catalunya.pdf](http://www.cndcue.com/documentacion/general/AC_Interuniversitari_Catalunya.pdf) Consultado el 16/10/14

<sup>46</sup> COL·LEGI OFICIAL D’INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) Y ASSOCIACIÓ DE DIRECTORES D’ESCOLA D’INFERMERIA DE CATALUNYA (ADEIC) (2012) *Conclusiones de la Jornada Técnica de Debate: De la Diplomatura al Grado de Enfermería y Desarrollo Profesional.* Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/DE%20LA%20DIPLOMATURA%20AL%20GRAU%20DEF%20CAST.PDF> Consultado el 17/11/14

La jornada concluye con unos acuerdos de los que destacamos:

- Las universidades son las únicas que pueden expedir el título académico de Grado.
- El título de Grado en Enfermería (240 ECTS) otorga las mismas atribuciones profesionales para el ejercicio de la profesión enfermera que el diplomado en Enfermería.
- Si se está en posesión del título de diplomado/a en Enfermería y se quiere obtener el título de Graduado/a es necesario realizar un proceso de retitulación (también llamado adaptación).
- Actualmente en Catalunya se reconoce que todas las Diplomaturas equivalen a 180 ECTS, por lo cual para la retitulación/adaptación al Grado son necesarios 60 ECTS más.
- Se habrá de adaptar el Grado en Enfermería a la realidad laboral. Los empresarios, sindicatos y otros grupos relacionados deberán abordar las modificaciones necesarias para adaptar los grupos profesionales a las nuevas titulaciones. Excepto en el caso de la Función Pública que regula la actividad por el Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP) y que reconoce dentro de los grupos profesionales el título de grado, el resto de convenios existentes en la actualidad no contemplan el Grado como categoría profesional, por lo que deberán adaptarse.

En definitiva, podemos concluir diciendo que el Espacio Europeo de Educación Superior supone:

- Una adaptación de los anteriores planes docentes de la diplomatura.
- Hay un incremento de créditos ECTS que pasa de 210 (en España) y 180 (en Catalunya) a 240.
- Se amplía en un año lectivo los estudios, año que en general se dedica íntegramente a prácticas clínicas.
- Las enfermeras de Grado no amplían sus competencias en relación a las Diplomadas.
- De momento, la adaptación al Grado a nivel laboral, no está contemplada excepto en el EBEP

En el proyecto del EEES, “la formación ha de estar basada y centrada en el estudiante y se opta por un desarrollo curricular a partir de competencias” (Arreciado, 2013:31) y un cambio en los roles de los docentes y estudiante, su evaluación, etc.

Este importante proceso de adaptación al EEES, ha despertado ciertas reticencias en algunos autores como Hernandez (2010), que en su discurso plantea su escepticismo y no ve con seguridad que el aumento de tres a cuatro años de la formación vaya producir grandes diferencias entre la formación y las competencias profesionales adquiridas por los graduados con respecto a los diplomados, o como exponía Francisco (2008) en su tesis, que constataba que en muchos casos la única diferencia, entre los estudios antiguos de diplomatura y los de grado, es que ese año añadido se dedica íntegramente a un Prácticum, cosa que no tiene por qué ser malo, pero la autora expone una realidad en la que los estudiantes desarrollan las prácticas clínicas atendiendo a planes de cuidados con referentes conceptuales o metodológicos tradicionales, y por tanto adquieren las señas de identidad tradicionales que han venido perpetuando la ideología enfermera dominante, lo cual nos permite ver con

escepticismo la relación directa entre la prolongación de los estudios y la ampliación de las competencias profesionales.

A modo comparativo, hemos querido esquematizar el contenido formativo de los estudios de ATS, Diplomatura y Grado con el objetivo de evidenciar las diferencias.

**Tabla 18. Comparativa de los programas de estudios de ATS, DUE y Grado**

| PROGRAMA PARA ATS (1955)   | PROGRAMA PARA DUE (1977)   | PROGRAMA PARA GRADO DE ENFERMERIA URV (2011)  |
|--|--|---|
| Religión y moral profesional<br>Historia de la profesión<br>Anatomía y Fisiología  | Ética y conceptos fundamentales de enfermería<br>Anatomía, fisiología, embriología   | Ética y bases conceptuales de la enfermería<br>Estructura y función del cuerpo humano   |
| Biología, historia humana<br>Microbiología y parasitología<br>Enfermedades transmisibles<br>Bioestadística<br>Patología médica y quirúrgica  | Biofísica, bioquímica<br>Ciclo salud enfermedad (Microbiología)<br>Matemáticas, bioestadística<br>Enfermería médico-quirúrgica (Patología médica y quirúrgica)                               | Biología<br>Microbiología<br>Bioestadística   |
| Medicina y cirugía de urgencias  | Farmacología clínica   | Enfermería en situaciones críticas<br>Prácticas clínicas en unidades de críticos<br>Farmacología  |
| Dietética<br>Psicología  | Dietética y nutrición<br>Ciencias de la conducta (Psicología)  | Principios de Nutrición en enfermería<br>Fundamentos de psicología aplicada   |
| Obstetricia y ginecología<br>Puericultura e higiene de la infancia   | Obstetricia<br>Puericultura<br>Enfermería materno-infantil ( niño, adolescente, madre en etapa prenatal, natal y postnatal))   | Enfermería en la gestación, infancia y adolescencia<br>Enfermería de la juventud<br>Enfermería en la persona adulta<br>Enfermería en el ciclo vital<br>Enfermería en a persona mayor<br>Prácticas clínicas en unidades de atención geriátrica |
|  | Enfermería Geriátrica<br>Enfermería psiquiátrica. Salud mental ( Trastornos y educación sexual)  | Enfermería en situaciones complejas de salud mental<br>Prácticas clínicas en unidades de Psiquiatría y salud mental   |
| Medicina social  | Enfermería comunitaria (Salud pública)<br>Administración y legislación<br>Pedagogía<br>Proceso de enfermería (dinámica de las etapas del quehacer profesional)<br>Relaciones interpersonales | Salud pública y Educación para la salud<br>Prácticas clínicas comunitarias<br>Gestión y experiencia organizativa<br>Prácticas clínicas en servicios de gestión<br>Relación terapéutica y Comunicación en enfermería                           |
|  |  | Tecnologías de la información, Comunicación y documentación<br>Antropología y ciudadanía  |
| Técnica de cuidado de enfermos<br>Técnica de cuidado material laboratorio<br>Técnicas: inyecciones, vacunas, curas<br>Terapéutica<br>Higiene<br>Formación política<br>Educación física | Terapéutica física<br>Higiene  |   |
| ATS femenino: Enseñanza de hogar<br>ATS masculino: Autopsia médico-legal   |  |   |

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

Fuente: Elaboración propia

Podemos ver que los estudios de ATS eran eminentemente técnicos, adaptados a las necesidades de los médicos y orientados a proporcionar una ayuda a estos. Los estudios de la Diplomatura proporcionan una conceptualización de aspectos de enfermería, pero en la misma línea de una orientación biomédica. En los estudios de Grado se aprecian un plan de estudios con un lenguaje enfermero, se han adaptado los contenidos al ciclo vital y se tratan aspectos de la persona sana y en situaciones críticas.

Una vez visto, de forma cronológica, las modificaciones que se han ido produciendo a lo largo de la historia en relación a la regulación de la profesión enfermera, hemos querido plasmar de forma gráfica y más clarificadora las modificaciones producidas en la disciplina (Tabla 19).

**Tabla 19. Cronología de los estudios de enfermería**

|             | 1915 | 1953                           | 1961-1981   | 1977                               | 1980   | 1987   | 2003                                     | 2005  | 2007  | 2008  |
|-------------|------|--------------------------------|---|------------------------------------|--|--|--|---|---|---|
| Matrona     |      |                                | Regulación de especialidades  |                                    |  | BOE 1/8/87<br>Regulación especialidades                                    | Ley 44/2003                              | RD 454/2005<br>Regulación especialidades  |   |   |
| Practicante |      | BOE 29/12/53<br>Regulación ATS | Rx y electrónica, Podología, Pediatría y Puericultura, Enf. del trabajo, Psiquiatría y neurología, Análisis clínicos, Uronefrología | BOE 22/8/77<br>Creación título DUE | BOE 24/1/80<br>Homologación estudios ATS-DUE | Matronas, Cuidados especiales, Salud comunitaria, Gestión y administración | LOPS                                     | Matrona, Salud Mental, Geriátrica, Trabajo, Cuidados Médico-Quirúrgicos. Familiar y Comunitaria. Pediatría. | RD 1393/2007<br>Ordenación enseñanzas estudios de grado | RD 2134/2008<br>regulación Plan de estudios grado |
| Enfermería  |      |                                |   |                                    |  |  | Regulación de las profesiones sanitarias |   |   |   |

Fuente: Elaboración propia.

Como podemos ver, se han necesitado poco más de 50 años para conseguir tener el título de grado, y en estos años hemos pasado por tres reformas profundas en la disciplina. La etapa más importante la protagonizó el acceso a la educación universitaria, según Oliveras (2007) “La importancia de la educación universitaria desempeña un papel fundamental en el cambio del perfil profesional de la enfermera en todos los niveles. Se concibe la profesionalización como la apropiación de un amplio cuerpo de conocimientos científicos, teóricos y metodológicos así como una amplia y sólida formación filosófica que permita a la enfermera actuar en congruencia con la guía del conocimiento y el compromiso de la permanente actualización, con vocación humanista de servicio al paciente” (2007:62) y es cierto que el paso de titulación que representó pasar de ATS a una Diplomatura, constituyó el mayor cambio en la disciplina enfermera. El nuevo marco del EEES, debería ser el espacio idóneo para que la profesión se adapte a los cambios económicos, sociales, culturales, políticos, demográficos, sanitarios y tecnológicos, consensúe una oferta profesional futura y ayude a la creación de una identidad profesional, puesto que dicha identidad “resulta de las transacciones sociales y los proyectos que desarrolla un determinado colectivo a lo largo de su historia evolutiva” (Gallego (2009:52).



Hemos podido ver como la enfermería está haciendo desde hace años un esfuerzo importante en potenciar la identidad y la imagen de la profesión mediante el desarrollo de su corpus de conocimiento. Primero fue la entrada en la Universidad, con los estudios de diplomado que permitió mejorar la calidad asistencial y posteriormente el acceso a los estudios de grado, son una “oportunidad para afianzar su imagen corporativa y mejorar su identidad social proyectada, así como la individual, en cuanto a mejora de la autoestima” Gallego (2009:52)

### 5.2.1.2.- Cambios legislativos y normativos

#### a) Pacto por la sanidad

Con fecha 15 de abril de 2013, se suscribieron los Acuerdos Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (CGE) y el Sindicato de Enfermería SATSE<sup>47</sup>. Las partes se comprometían a impulsar y promover medidas que contribuyesen a fortalecer y hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud (SNS), garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, gratuita, universal y de calidad; fomentar criterios y orientaciones que mejoren la política de recursos humanos, revisando, en su caso, las relaciones jurídicas, la formación y la ordenación jurídica de la profesión enfermera y definir estrategias para la implantación de la gestión clínica en los Servicios de Salud. Para ello en junio de 2013, se crea la llamada “Mesa Estatal de la profesión enfermera” formada por representantes del Consejo General de Enfermería y el Sindicato de Enfermería SATSE que de esta forma intentan “sumar fuerzas en los foros de diálogo y negociación abiertas con el MSSSI para trabajar a favor de una profesión que en estos momentos vive una de las situaciones más críticas de su historia” (SATSE 2013)<sup>48</sup>

El loable objetivo que se pretende con el pacto es garantizar y consolidar la sostenibilidad y calidad del SNS, y para ello plantea aspectos de ordenación profesional enfermera (prescripción, promoción del empleo enfermero, bioseguridad, registro de profesionales sanitarios, especialidades de enfermería, desarrollo profesional (certificación y recertificación), acreditación y gestión clínica por procesos). Si leemos con detenimiento el documento, encontramos algunos aspectos que llaman nuestra atención:

1.- Según establece el pacto firmado, desde la entrada en vigor del RD de desarrollo de de la ley 28/2009 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, todos los profesionales de enfermería tendrán que solicitar la oportuna acreditación del Ministerio, para ello tendrán un plazo de 5

---

<sup>47</sup> ACUERDO MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD-CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍASINDICATO DE ENFERMERÍA-SATSE (2013) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/pactoSostenibSNS/home.htm> Consultado el: 12/7/14

<sup>48</sup> NOTA DE PRENSA. SATSE (2013) Nace la "Mesa Estatal de la Profesión Enfermera" en defensa de los profesionales. Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/nace-la-mesa-estatal-de-la-profesion-enfermera-en-defensa-de-los-profesionales> Consultado el: 12/7/14

## **TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

años en los que poder obtener las competencias prescriptoras que les permitan acceder a la acreditación. Esto supondrá un desembolso económico importante por parte de un colectivo ya maltrecho por los recortes que se están llevando a cabo desde las instituciones y los gobiernos, central y autonómicos. Además, las partes firmantes, han pactado que el tener dicha acreditación podrá ser valorada como mérito para la provisión de puestos de trabajo, cuando así lo prevea la normativa, es decir que de alguna forma están obligando a los profesionales a tener dicha acreditación.

2.- Asimismo, las partes firmantes acuerdan que las universidades, el CGE y otras entidades profesionales enfermeras (el Sindicato SATSE), que promuevan su desarrollo profesional continuo, sean las que puedan desarrollar la oferta formativa que permita a los enfermeros adquirir las competencias necesarias para prescribir. El texto a simple vista, despierta cierto recelo ya que parecen intuirse intereses mercantilistas para el CGE y el SATSE que con sus empresas de formación (Mibox y Fuden) van a poder ofertar la formación a colegiados y afiliados, con una importante repercusión económica para dichas instituciones.

3.- El pacto quiere promover los espacios de comunicación inter e intraprofesional, promoviendo la realización de sesiones clínicas propias de enfermería y la participación en las sesiones clínicas conjuntas del equipo multidisciplinar con el objetivo de mejorar la motivación de los profesionales

4.- Hace una mención especial a la política de recursos humanos y el futuro diseño de un mapa de adecuación a los estándares de las plantillas de enfermería por los Servicios de salud, definiendo las características, perfiles y dotación de las plantillas de profesionales en base a las demandas y necesidades de los ciudadanos y adecuación a los ratios de la media de la Unión Europea.

5.- Proponer un documento de consenso de desarrollo profesional, que recoja tres dominios de valoración: ética y profesionalismo; actividad asistencial y formación; y docencia e investigación.

6.- Abordar el estudio de las condiciones de cumplimiento de jornada por parte de los profesionales enfermeros y su participación en las actividades de formación, docencia e investigación y en qué términos, a efectos de su tiempo de trabajo.

7.- Diseño de uno o varios Diplomas de Acreditación y/o de Acreditación Avanzada u otros títulos específicos en el área de la gestión, otorgados por entidades de reconocido prestigio. Regular el diseño y promover el acceso a puestos de responsabilidad en las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de las enfermeras, así como la profesionalización de la gestión enfermera

Con este pacto, el CGE y el SATSE manifiestan su compromiso de garantizar las mejores prácticas enfermeras sobre la base de la competencia profesional a lo largo de la vida, promoviendo y estableciendo mecanismos y sistemas dirigidos a garantizar que las enfermeras y enfermeros.

El MSSSI, a través del Consejo Inteterritorial del Sistema Nacional de salud (CISNS) y la Comisión de RRHH del SNS fijarán como objetivo, lograr un entorno profesional favorable y una mejora general de las condiciones de trabajo de los enfermeros que sea apreciable en el conjunto del Sistema, estableciendo dicho objetivo como uno de los ejes centrales de las políticas sanitarias y de la gestión de los recursos humanos en el SNS.

Tras la dimisión de la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sra. Ana Mato, se publica en el Diario Enfermero el día 28 de noviembre de 2014<sup>49</sup> la noticia de que “Los enfermeros esperan que el próximo ministro cumpla los compromisos adquiridos con la profesión” y denuncian que hasta la fecha los pasos seguidos por este Ministerio para la puesta en marcha del “Pacto por la Sanidad” han sido nulos. “No estamos contentos, firmamos un acuerdo que tenía muchas expectativas y que no se ha cumplido. No se ha hecho nada por el acuerdo firmado hace un año y medio. La profesión no aguanta más”. Frente a la situación de inmovilismo actual, González Jurado (Presidente del CGE) asegura que espera que el futuro titular de la cartera sanitaria sea “competente, un profesional que conozca la sanidad, sepa dialogar y cumpla con sus compromisos”.

El día 17 de diciembre se convoca una asamblea general del CGE donde se estudiará la ruptura del pacto. “El crédito lo hemos agotado, no podemos darle más al nuevo ministro, han pasado tres años de legislatura y no se ha hecho nada por la enfermería” (Diario enfermero<sup>50</sup>).

El 28 de enero de 2015 ha tenido lugar en el Ministerio de Sanidad la reunión de la Comisión de Seguimiento del Pacto por la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, suscrito entre la cartera que dirige el ministro Alfonso Alonso, el Consejo General de Enfermería y el Sindicato SATSE<sup>51</sup>. El texto del Pacto recoge algunas de las demandas más importantes para la profesión enfermera, tales como el reconocimiento real y práctico de las especialidades, el desarrollo de la prescripción enfermera, la creación de un foro profesional para la interlocución con los profesionales sanitarios y la defensa de una sanidad pública, universal y de calidad. Parece que, con la llegada de Alfonso Alonso al ministerio, parece volver a activarse.

Otro de los temas tratados en la reunión con el ministro ha sido el de la convocatoria del Foro de las Profesionales Sanitarias, un foro que se constituye en pleno con el ministro y los dos grupos de trabajo

---

<sup>49</sup> DIARIO ENFERMERO (2014) Los enfermeros esperan que el próximo ministro cumpla los compromisos adquiridos con la profesión. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/los-enfermeros-esperan-que-el-proximo-ministro-cumpla-los-compromisos-adquiridos-con-la-profesion/> Consultado el 17/6/15

<sup>50</sup> DIARIO ENFERMERO (2014) Ana Mato presenta su dimisión cuando el pacto con la enfermería agoniza. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/ana-mato-presenta-su-dimision-cuando-el-pacto-con-la-enfermeria-agoniza/> Consultado el 17/6/15

<sup>51</sup> DIARIO ENFERMERO (2015) Alfonso Alonso reafirma su compromiso con los enfermeros. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/alfonso-alonso-reafirma-su-compromiso-con-los-enfermeros/> Consultado el 17/6/15

que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias prevé: grupo médico y grupo enfermero, para empezar a trabajar internamente. Los representantes de los médicos y enfermeras ven en la creación de dicho foro, un gran avance porque ya no se tratará de que haya buena voluntad entre las partes, sino de que habrá órganos colegiados instituidos por ley.

#### **b) Asedio a la enfermería**

Hemos querido hacer mención especial a algunos aspectos muy controvertidos producidos por cambios legislativos y que afectan de forma directa a la disciplina enfermera, estos son: ley del medicamento, ley de especialidades, gestión clínica y gestión de la demanda

##### *Prescripción enfermera*

Si tenemos en cuenta el histórico del tema de la prescripción, hay algunos puntos que son de sumo interés. Por un lado, debemos tener claro que las enfermeras llevan años haciendo prescripción (sin una base legal y jurídica que les respalde) y que tienen una asignatura específica en farmacología durante su formación académica, por tanto no parece claro, que con más formación en este ámbito enfermero, el único interés que se tengan, esté el dar nuevas competencias a los profesionales.

Es decir, con la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, el Congreso de los Diputados aprueba una modificación de la Ley del Medicamento que introduce dos novedades, por un lado da capacidad a los enfermeros, para que de forma autónoma puedan “indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios” (este aspecto no ha suscitado mayores controversias), y por otro lado, el acuerdo del Gobierno de regular “la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por lo enfermeros (...) mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeras y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud”

El cambio de la ley aspiraba a terminar con la indefensión legal de los enfermeros que, diariamente, indican y utilizan medicamentos. Pese a todo, el desarrollo de la receta enfermera y los requisitos de formación de estas, así como las bases de cómo se elaboraran las guías y protocolos de actuación, no termina de materializarse y la publicación definitiva del decreto continúa pendiente cinco años después de la reforma legislativa.

La OMC (Organización Médica Colegial) deja claro que “el uso o autorización de los fármacos que no exigen receta y de los efectos y accesorios no plantea problema, pero en cuanto a los medicamentos sujetos a prescripción médica lo que debe quedar claro (...) es que quien prescribe es el médico. Los

enfermeros podrán hacer uso, indicar o como se quiera, pero siempre y cuando haya habido un diagnóstico y una prescripción previa del médico: sean como sean los cursos para acreditar a los enfermeros que se definan en el decreto, debe quedar claro que quienes prescriben deben ser los médicos” (Diario Médico)<sup>52</sup>. Los médicos rechazan el termino prescripción enfermera, porque según ellos lleva a equívoco y prefieren utilizar “indicación colaborativa”. Por su parte el CGE (Consejo General de Enfermería), muestra su disconformidad por el retraso en la publicación de la norma, y determina que la acreditación de los enfermeros se ha planteado como un curso de 150-180 horas de formación para los enfermeros generalistas (los nuevos profesionales de grado ya cuentan con esa formación) y otras 150-180 horas para los enfermeros de cuidados especializados.

Algunas Comunidades Autónomas ya reconocen esa competencia, y fue primero el Gobierno Andaluz el que en 2009 (BOJA, 151, Decreto 307/2009) aprobó de forma clara la receta enfermera y permitió la indicación autónoma por parte de los enfermeros, de 96 principios activos de fármacos que no exigen receta médica. Además estableció la posibilidad de colaboración con médicos y odontólogos para el seguimiento protocolizado de determinados pacientes.

Contra este decreto se presentaron varios recursos judiciales por parte de la OMC (Organización Médica Colegial) y el Sindicato Médico Andaluz que fueron rechazados en 2013 por el TSJ de Andalucía<sup>53</sup>. Esta CCAA es la única que ha desarrollado la receta enfermera y ya tiene varias guías y protocolos de indicación colaborativa<sup>54</sup>.

Posteriormente, en 2011 (BOIB. 81. Decreto 52/2011) el anterior gobierno socialista de Baleares aprobó en tiempo de descuento electoral, un decreto de receta enfermera que no exigía habilitación previa para la indicación de fármacos. Este fue recurrido en los tribunales tanto por la OMC como por el propio CGE<sup>55</sup>, y aunque los tribunales han dado la razón a Baleares<sup>56</sup>, el renovado gobierno, ahora popular, paralizó la puesta en marcha.

---

<sup>52</sup> DIARIO MÉDICO (19/1/15) *5 años sin 'receta' enfermera*. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2015/01/19/area-profesional/sanidad/5-anos-sin-receta-enfermera> Consultado el 6/6/15

<sup>53</sup> DIARIO MÉDICO (19/1/15) *Con los ojos puestos en la experiencia andaluza*. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2015/01/19/area-profesional/sanidad/ojos-puestos-experiencia-andaluza> Consultado el: 7/7/15

<sup>54</sup> SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA. Sala de lo contencioso Administrativo (2009) CGCOM demanda a la Consejería de Salud. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/194091.PDF> Consultado el: 7/7/15

<sup>55</sup> SENTENCIA DEL TSJ DE BALEARES RECURSO DE LA OMC SOBRE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA (2013) Disponible en: <http://www.enfermeriapalencia.com/modules.php?name=News&file=article&sid=7864> Consultado el: 7/7/15

<sup>56</sup> SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA ILLES BALEARS. Sala de lo contencioso administrativo. CGE demanda al Consell de Salut. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/SENT%C3%A8NCIA%20DEL%20TRIBUNAL%20SUPERIOR%20DE%20JUST%C3%ADCIA%20DE%20LES%20ILLES%20BALEARS%20N%C3%B0MERO%20500%20DE%2012%20DE%20JUNY%20DE%202013%20ON%20ES%20DE%20ESTIMA%20EL%20RECURS%20PRESENTAT%20PEL%20CONSEJO%20GENERAL%20DE%20COLEGIOS%20OFICIALES%20DE%20ENFERMER%3%ADA%20DE%20ESPA%3%B1A.PDF> Consultado el: 7/7/15

Se puede entender que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos presentara un recurso contencioso administrativo contra el decreto balear, como así fue, pero de difícil comprensión es que también lo presentara el propio Consejo General de Enfermería, máxime cuando él debería ser el primer defensor de las competencias que las enfermeras adquieren durante la formación académica. El TSJB ha rechazado los dos recursos.

En junio de 2015, el CGE presenta un recurso contra la regulación autonómica, aludiendo que contradice la legislación estatal al excluir en su articulado el requisito establecido por ley, de que los profesionales tengan que ser acreditados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para poder realizar cualquier tipo de prescripción de medicamentos<sup>57</sup>.

En julio de 2015, según publica el "Diario enfermero"<sup>58</sup>, el Tribunal Supremo, da la razón al Consejo General de Enfermería y anula el Decreto de prescripción enfermera de Baleares, y exige la acreditación de los profesionales contemplada por la ley del medicamento. El Alto Tribunal establece que la acreditación que ha de realizar el MSSSI al personal de enfermería con la participación de las organizaciones colegiales tiene efecto en todo el estado.

Es decir, que los colegiados, para poder prescribir han de acreditarse mediante la formación que imparte el CGE o el SATSE.

En marzo de 2015, según una nota de prensa del Consejo General de Enfermería<sup>59</sup>, después de 9 años esperando el desarrollo definitivo, el proyecto de RD de prescripción, llega al Consejo Interterritorial, donde los consejeros de sanidad de las diferentes CCAA lo aprobarán y podrá pasar al Consejo de Ministros para proceder posteriormente a su publicación definitiva en el BOE.

En Marzo 2015 el Diario "El Mundo"<sup>60</sup> publica: El Consejo de Colegios de Médicos (CGCOM) ha rechazado el borrador del real decreto por el que se regula que los profesionales de enfermería puedan indicar medicamentos o productos sanitarios que no precisen receta y prescribir otros bajo determinados supuestos.

---

<sup>57</sup> SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO. Sala de lo contencioso administrativo (2013) CGE contra la sentencia del TSJ de illes balears. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/07/sentencia5.pdf> Consultado el 2/7/15

<sup>58</sup> DIARIO ENFERMERO (14/7/15) *El Supremo anula el decreto de prescripción enfermera de Baleares y exige la acreditación de profesionales contemplada por la Ley del Medicamento*. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/el-supremo-anula-el-decreto-de-prescripcion-enfermera-de-baleares/> Consultado el 2/7/15

<sup>59</sup> CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. Nota de prensa (Marzo 2015) *La prescripción enfermera llega este jueves al Consejo Interterritorial*. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/14752-la-prescripcion-enfermera-llega-al-consejo-interterritorial#.ViEV-Xrtmko> Consultado el 2/7/15

<sup>60</sup> EL MUNDO (29/3/15) *Los médicos rechazan que los enfermeros indiquen fármacos que no precisen receta*. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/03/29/5517eb3fca47418d068b4578.html> Consultado el 2/7/15

Según el CGCOM, "La prescripción forma parte indisoluble del acto médico", y manifiestan su seria preocupación y rechazo "ante cualquier intento de prescripción de medicamentos no realizada por el facultativo que previamente haya establecido el diagnóstico". Advierten de que supone un "grave riesgo" para la salud, la seguridad del paciente, de que contraviene la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley de garantías y uso racional del medicamento, al otorgar a los enfermeros "una competencia profesional que no pueden tener atribuida".

Según publica el Diario "El Mundo", en Abril 2015<sup>61</sup>, el Presidente del Consejo General de Enfermería, acusa al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de intentar estar "por encima de la soberanía popular", tras el comunicado emitido por este organismo en relación con el real decreto (RD) que regula la indicación, uso y autorización de medicamentos por parte de los profesionales de enfermería. Asimismo, anunció la ruptura de relaciones con el Consejo de Médicos y su intención de emprender acciones judiciales contra el organismo, dadas las declaraciones del CGCOM. Según el CGE: "Se dicen cosas muy graves, se dice incluso que el medicamento no sujeto a prescripción médica, algo que está al alcance de cualquiera de nosotros, si lo prescribe una enfermera puede ser peligroso para la integridad y vida del paciente".

A nivel de Catalunya, el 3 de julio de 2015 la Gaceta Médica<sup>62</sup> publica que la Consejería de Salud de la Generalitat de Cataluña se ha comprometido a regular la prescripción de fármacos por parte de las enfermeras, una "práctica implícita en el trabajo diario" de este colectivo. Así lo han acordado la Consejería de Salud de la Generalitat y el Consejo de Colegios de Enfermeras y Enfermeros de Cataluña. El acuerdo se traducirá en la creación de una comisión de trabajo con el objetivo de elaborar un protocolo de actuación por parte de las enfermeras

Los últimos acontecimientos a nivel estatal se producen el 16 octubre de 2015 la mesa de la Profesión Enfermera amenaza con una huelga si no se da luz verde a la prescripción enfermera<sup>63</sup>.

El 23 de octubre se aprueba el Real Decreto de prescripción enfermera, pero en su contenido deja sin protección jurídica a los profesionales<sup>64</sup>

---

<sup>61</sup> EL MUNDO (9/4/15) *Guerra abierta por la prescripción de enfermería*. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/04/09/5525762eca4741c7478b456b.html> Consultado el 3/9/15

<sup>62</sup> GACETA MÉDICA (3/7/2015) *Cataluña se adelanta y anuncia la regulación de la prescripción enfermera*. Disponible en: <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2015-07-03/en-10-minutos/cataluna-se-adelanta-y-anuncia-la-regulacion-de-la-prescripcion-enfermera/pagina.aspx?idart=921184> Consultado el 3/9/15

<sup>63</sup> 20 MINUTOS (16 octubre 2015) *La Mesa de la Profesión Enfermera amenaza con una huelga "inminente" si no se da luz verde a la "prescripción enfermera"*. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2580764/0/huelga-enfermeros/prescripcion-enfermera/#xtor=AD-15&xts=467263> Consultado el 20/10/15

<sup>64</sup> DIARIO ENFERMERO (23/10/15) *Un Real Decreto de prescripción enfermera que deja sin protección jurídica a los profesionales*. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/un-real-decreto-de-prescripcion-enfermera-que-deja-sin-proteccion-juridica-los-profesionales/> Consultado el 23/10/15

El 26 de octubre el CGE emite una nota de prensa publicando una carta escrita por la Mesa de la Profesión Enfermera<sup>65</sup> con el título: “El Gobierno del PP provoca la involución de la profesión enfermera”, según podemos leer en la carta “La Enfermería Española rechaza el artículo 3 del Real Decreto de prescripción enfermera aprobado en Consejo de Ministros porque traiciona a los pacientes y a los profesionales enfermeros, y vulnera el Estado de Derecho” (...) El nuevo redactado del Real Decreto supone una involución para la enfermería: ha retrotraído a la profesión a la situación que tenía hace diez años, antes de la aprobación de la Ley del Medicamento”

El 29 de octubre la Mesa de la Profesión Enfermera emite otro comunicado<sup>66</sup> explicando al colectivo enfermero las consecuencias del redactado del nuevo RD. “(...) el Gobierno se ha dejado chantajear por los médicos introduciendo modificaciones al artículo 3 del Real Decreto de Prescripción. Modificaciones realizadas al dictado de organizaciones médicas ultraconservadoras que chantajearon al Gobierno con concentraciones minoritarias a las que asistieron poco más de 150 personas de los 200.000 médicos que trabajan en España (...) Esto significa, que en nuestro día a día, **NO PODREMOS USAR**, ni indicar, ni autorizar la dispensación de **NINGÚN MEDICAMENTO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA**, si antes no tenemos una prescripción del médico, previo establecimiento del diagnóstico médico y asignación de protocolo o guía.(...) El Gobierno del Partido Popular nos ha conducido a una situación, no igual, sino mucho peor, que la anterior a la aprobación de la nueva Ley del medicamento. A aquella situación en la que los enfermeros trabajábamos al servicio de los médicos y no al servicio de la sociedad”

### *Especialidades enfermeras*

Como ya hemos visto anteriormente, los cambios producidos en el ámbito de las especialidades enfermera, se inicia entre 1953 y 1977, aparecen como complementarias al título de ATS diversas especialidades, como fruto de la especialización médica y del contacto laboral de los dos estamentos profesionales, y sus denominaciones especifican campos de la praxis médica (asistencia obstétrica en 1957, radiología y electrología en 1961, pediatría y puericultura en 1964, psiquiatría en 1970, neurología en 1970, análisis clínicos en 1971, urología y nefrología en 1975). Una vez incluidos los estudios en el ámbito universitario, las especialidades de los ATS dejan de impartirse y el RD 992 de 1987 vuelve a publicarlas, pero en consonancia con la nueva titulación de diplomado. La única especialidad que queda homologada por el RD 2287 de 1980 es la de matrona, y no las demás. En las nuevas especialidades, las denominaciones intentan escapar del biologicismo médico para incorporar otras manifestaciones

---

<sup>65</sup> CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA. (26/10/15) Carta de la Mesa de la Profesión Enfermera. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/notas-prensa/finish/44-notas-de-prensa/2382-el-gobierno-del-pp-provoca-la-involucion-de-la-profesion-enfermera> Consultado el 26/10/15

<sup>66</sup> CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA. (29/10/15) Carta de la Mesa de la Profesión Enfermera. Disponible en: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/150b55d9bc69580a> Consultado el 29/10/15



científicas: cuidados especialidades, enfermería de salud comunitaria, gerencia y administración de enfermería y salud mental. De todas ellas sólo se desarrollaran la especialidad de salud mental y matrona, como consecuencias de las demandas del sistema sanitario.

En la actualidad los profesionales siguen demandando el desarrollo de todas las especialidades aprobadas en 2005 por el Real Decreto 450/2005 sobre las especialidades de enfermería. Este decreto suprime las especialidades anteriores y crea otras más adecuadas a los cambios que se están produciendo a nivel académico dentro del proceso de convergencia con el Espacio Europeo de Educación Superior y a la evolución que experimentan las ciencias de la salud. Sin embargo, las especialidades no están incluidas dentro de la carrera académica, en la misma línea del master, con lo cual, una enfermera que quiera especializarse y además progresar hasta el doctorado, necesitará dos años para cursar la especialidades como enfermera interna residente (EIR) y uno o dos más para la realización de un master que le conduzca al doctorado.

Otro aspecto que llama la atención de dicho RD de especialidades, podemos verlo en la disposición adicional tercera: "La obtención del título de Enfermero Especialista por profesionales que presten o pasen a prestar servicios en centros y servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud no implicará el acceso automático a la categoría y plazas de especialistas concordantes, ni el derecho a la adquisición de la condición de personal fijo o temporal en categorías ya existentes o de nueva creación dentro del servicio de salud de que se trate. Dicho acceso se deberá producir a través de los sistemas de selección y provisión de plazas establecidos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, o norma que resulte aplicable. Tampoco supondrá el derecho al desempeño automático de las funciones correspondientes a dicha categoría ni al percibo de diferencia retributiva alguna". Es decir, que una enfermera que obtenga el título de una especialidad, en ningún caso tendrá la consideración de especialista ni percibirá retribución por ello, a menos que en un futuro se desarrolle la plaza de especialista a nivel laboral.

En el pacto por la sanidad de 2013, se plantea este tema y se pretende hacer un estudio sobre las necesidades de enfermeras especialistas, según el documento, se definirán los puestos de trabajo de los especialistas y se accederá a la plaza de especialista mediante concurso extraordinario cuando la plaza de enfermero haya sido transformada en plaza de especialista. En el escrito, se quiere implantar progresivamente estos puestos de trabajo, y mientras no se desarrollen totalmente las especialidades, pretenden "promover un sistema para que en el acceso a determinados puestos de trabajo, para los cuales, por su especificidad, resulte conveniente acreditar una cualificación adicional, se requiera estar en posesión de un Diploma de Acreditación o Acreditación Avanzada".

De momento, tal y como se puede ver en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se ha desarrollado el proceso de acceso a las especialidades de: Enfermería Geriátrica, Enfermería de

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Salud Mental, Enfermería del Trabajo, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Pediátrica y Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, aunque esta última está pendiente aún de desarrollarse debido a la complejidad de su contenido. De las 7 especialidades, la única que vincula la titulación al puesto de trabajo, es la de matrona.

En abril de 2014 el Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad presenta una Propuesta de cronograma para la creación, implantación y dotación de plazas de las categorías de enfermeros-as especialistas en los distintos servicios de salud.

Dicho cronograma establece la siguiente temporalidad:

- Categoría de Enfermería de Salud Mental y Enfermería del trabajo: mayo 2016
- Categoría de Enfermería de Geriatria: mayo 2018
- Categoría de Enfermería de Pediatría: mayo 2019
- Categoría de Enfermería de Familiar y Comunitaria: 2021
- Categoría de Enfermería de Medicoquirúrgica: 2024

El 21 de mayo, la Mesa Estatal de profesión enfermera, rechaza la propuesta del Ministerio<sup>67</sup> “al entender que es claramente insuficiente, y que retrasa de manera injustificable la creación, implantación y dotación de las plazas necesarias en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Una exigencia que constituye un desarrollo fundamental para garantizar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad de los pacientes”. (SATSE 21 mayo 2014)

Pero además de estas barreras burocráticas y administrativas, las instituciones médicas ven en las especialidades una amenaza para el sistema actual y no están dispuestos a que enfermería adquiera más competencias y puedan penetrar en su espacio de poder, por lo que arremete contra dichas especialidades y denuncia en el Tribunal Superior de justicia la ilegalidad de los planes de estudio:

- Julio de 2012. Sentencia del Tribunal Supremo, rechaza el recurso de casación presentado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra la sentencia de 20 de julio de 2011, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional que, a su vez, desestimó su recurso contra la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica<sup>68</sup>.

---

<sup>67</sup> NOTA DE PRENSA. SATSE, 21 mayo 2014. Disponible en: <http://madrid.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/la-mesa-de-la-profesion-enfermera-rechaza-la-propuesta-de-sanidad-sobre-la-implantacion-de-las-especialidades>. Citado el 4/12/14

<sup>68</sup> SENTENCIA DEL TSJ. Contencioso administrativo. CGCOM contra la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Disponible en: <http://www.legaltoday.com/informacion-juridica/jurisprudencia/contencioso-administrativo/sentencia-del-tribunal-surpemo-num-49562011-de-23-julio-2012> Consultado el: 13/8/15

- Diciembre 2012. Sentencia Tribunal Supremo confirma la plena legalidad del plan de estudios de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y la capacidad de prescripción farmacológica de estos especialistas al rechazar el recurso presentado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos<sup>69</sup>.
- Diciembre 2010. La Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional ha desestimado el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la OMC y ratifica la plena legalidad de la Orden del Ministerio de Sanidad por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica<sup>70</sup>.

### *Gestión clínica*

Enfermería no puede liderar las unidades gestión clínica. Este es el titular que en mayo de 2014 publicaba la revista digital "Redacción médica"<sup>71</sup>. En dicho artículo, Francisco Miralles, el secretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, defiende que "un profesional con un rango inferior no puede estar por encima en una estructura jerarquizada"

Para hablar de este tema, es necesario previamente resumir los antecedentes que originaron toda esta polémica:

En 2010, la Comunidad de Madrid aprobó un Decreto 8 52/2010 que establece las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid y en cuyo artículo 9 se indicaba: "El puesto de Director del centro de salud se proveerá mediante convocatoria pública entre profesionales sanitarios y se ajustará a los principios de igualdad, mérito, capacidad, así como el de temporalidad".

Asociaciones de Médicos y el Colegio de Médicos de Madrid interpusieron frente a dicho Decreto un recurso contencioso-administrativo por oponerse a numerosas medidas de la norma. La sentencia desestimó la práctica totalidad de los argumentos esgrimidos por los médicos haciendo una única excepción: la relativa a la dirección clínica por parte de las enfermeras<sup>72</sup>

<sup>69</sup> SENTENCIA DEL TSJ. Contencioso administrativo. CGCOM contra la Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y comunitaria. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/doc-interes/finish/42-documentos-de-interes/1212-sentencia-del-tribunal-supremo-sobre-el-programa-formativo-de-la-especialidad-de-enfermeria-familiar-y-comunitaria> Consultado el: 13/8/15

<sup>70</sup> SENTENCIA DEL TSJ. Contencioso administrativo. CGCOM contra la Orden SAS/3225/2009 de 13 de noviembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Disponible en: <http://portaljuridico.lexnova.es/jurisprudencia/JURIDICO/135839/sentencia-ts-sala-3-de-6-de-junio-de-2012-aprobacion-de-programa-formativo-especialidad-de-en> Consultado el: 13/8/15

<sup>71</sup> REDACCIÓN MÉDICA (31/5/14) *Enfermería no puede liderar las unidades gestión clínica*. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-enfermera-no-puede-liderar-la-gestion-clinica-9878> Consultado el: 13/8/15

<sup>72</sup> SENTENCIA TSJ N. 901 de 8 de noviembre de 2011. Impugnación de disposición general sobre estructuras básicas de Atención Primaria. Disponible en: <http://portaljuridico.lexnova.es/jurisprudencia/JURIDICO/124912/sentencia-tsj-madrid-901-2011-de-8-de-noviembre-sanidad-impugnacion-convocatoria-sobre-provisi> Consultado el: 16/7/15

Dicho proceso no fue comunicado ni al Colegio de Enfermería de Madrid ni al Consejo General de Enfermería y, por tanto, no tuvieron la oportunidad de defender los intereses de la profesión enfermera, que se veía directamente afectada.

Ambas entidades colegiales solicitaron judicialmente ser reconocidas como parte en el proceso para tener la oportunidad de recurrir la sentencia ante el Tribunal Supremo, pero finalmente las autoridades judiciales les apartaron del proceso por no formar parte de él desde el principio. La única parte que podía recurrir ante el Supremo era la propia Consejería de Sanidad de Madrid que lamentablemente, decidió no presentar recurso alguno propiciando así que la decisión judicial, pasase a ser firme<sup>73</sup>.

De esta forma, la Sala establecía la prohibición del ejercicio de funciones de dirección y gestión a los profesionales enfermeros a pesar de que estos profesionales lo vienen desempeñando en hospitales y Centros de Atención Primaria de toda España desde hace décadas y con absoluta normalidad y probada eficacia.

En 2014, en el XXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), D. Francisco Miralles, en representación de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, manifiesta públicamente sus argumentos en contra de la realización de funciones de gestión clínica por las enfermeras, en concreto, centra argumento en razones tales como “inferior rango de los enfermeros”, el “liderazgo natural” como atributo exclusivo y limitado al médico, el carácter de “consagración” que el ejercicio de la medicina conlleva: “un profesional con un rango inferior no puede estar por encima en una estructura jerarquizada”<sup>74</sup>

En junio de 2014, la Mesa Estatal de la Enfermería Española, formada por el Consejo General de Enfermería y el sindicato SATSE, emiten un comunicado en defensa del colectivo enfermero<sup>75</sup>.

La situación actual no puede ser más injusta porque la gestión clínica es una competencia reconocida claramente a los enfermeros por la propia Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, además de ser una competencia que los profesionales vienen ejerciendo desde hace décadas en diferentes centros de salud.

---

<sup>73</sup> SENTENCIA TSJ de 30 de Mayo de 2014 que desestima el recurso del Colegio de Enfermería de Madrid (CODEM) y el Consejo General de Enfermería (CGE) contra la sentencia 901. Disponible en: <http://portaljuridico.lexnova.es/jurisprudencia/JURIDICO/200952/sentencia-ts-sala-3-de-10-de-mayo-de-2013-colegios-oficiales-de-enfermeria-de-espana-convoca> Consultado el: 16/7/15

<sup>74</sup> REDACCIÓN MÉDICA (31 de mayo de 2014) *Enfermería no puede liderar las unidades gestión clínica*. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-enfermera-no-puede-liderar-la-gestion-clinica-9878> Consultado el: 16/7/15

<sup>75</sup> CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. Sala prensa (junio 2014) *“La mesa estatal de la profesión responde a Francisco Miralles, de CESM, que calificó la enfermería como “profesión de rango inferior”* Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/5327-la-mesa-estatal-de-la-profesi%C3%B3n-responde-a-francisco-miralles-de-cesm-que-calific%C3%B3-la-enfermer%C3%ADa-como-profesi%C3%B3n-de-rango-inferior#.ViSx5W7D2BM> Consultado el: 16/7/15

Pero lo cierto es que a pesar de la equivalencia de las titulaciones académicas de Enfermería y Medicina, tanto a nivel de Grado como de Postgrado, la enfermería se sigue percibiendo en un nivel inferior a la medicina.

### *La gestión de la demanda*

En junio de 2013, el Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya emite una resolució, por la cual se da a conocer la publicitació del Acuerdo de dicho Consell que establecen directrices para el ejercicio de las actuaciones enfermeras en la llamada "Gestió de la demanda"<sup>76</sup>. Ésta establece la respuesta que da la enfermera, desde su ámbito competencial, a una persona que plantea una demanda relacionada con la salud, la cual requiere una resolució inmediata y preferente. Es decir, el documento establece la respuesta que debe dar una enfermera en el caso de que un paciente acuda por una urgencia a un centro de atención primaria.

Entre las actuaciones que debe hacer la enfermera, está la de identificar los problemas de la persona emitiendo un juicio profesional, desarrollar actividades de asesoramiento y educación relacionadas con la situación patológica, tratamiento y medidas complementarias y actuar con juicio clínico, resolviendo y/o derivando a la persona atendida a otro profesional o dispositivo.

En julio de 2013, sale en el DOGC<sup>77</sup> la resolució del acuerdo sobre la gestión de la demanda y en octubre de 2013, según se refleja en la página web de Metges de Catalunya (17/10/2013)<sup>78</sup>, éstos emiten un documento de posicionamiento conjunto entre el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya y el Sindicato de Metges de Catalunya. En la nota de prensa se puede leer "Front comú dels metges contra l'assignació de competències mèdiques a altres professionals de la salut" en el que denuncian una usurpación de competencias médicas (amparándose en la LOPS) por parte de la enfermería.

Personalmente, como enfermera, había tenido conocimiento de todos estos acontecimientos, por medio de revistas especializadas de enfermería, notas de prensa, noticias en los medios de comunicación,... pero reconozco que el buscar la cronología de los acontecimientos y verlos plasmados en papel me ha hecho reflexionar.

---

<sup>76</sup> CONSELL DE COL·LEGIS D'INFERMERES I INFERMERS DE CATALUNYA (2013) *Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya sobre la Gestió de la Demanda*. Disponible en: <http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idpagina=1868> Consultado el 15/7/15

<sup>77</sup> DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (DOGC) Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya (25/6/13) RESOLUCIÓ per la qual es dóna publicitat a l'Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les actuacions infermeres en l'anomenada gestió de la demanda. Disponible en: <http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idpagina=1868> Consultado el 15/7/15

<sup>78</sup> METGES DE CATALUNYA (2008) *Posicionament dels metges de Catalunya respecte a la gestió de la demanda en l'Atenció Primària*. Disponible en: <http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/Informes/MC/informeMCgestiodemandaAP.pdf> Consultado el 15/7/15

Por un lado, hemos visto que durante poco más de 50 años, la disciplina enfermera ha sufrido tres cambios curriculares importantes que han supuesto, al menos en papel, un desarrollo y una mejora competencial. Todos estos cambios, con más o menos reticencia, han sido asumidos por el colectivo con estoicidad y cierta pasividad. Pero también han dificultado que la enfermería sea capaz de construir una identidad propia.

Por otro lado desde el ámbito legislativo y normativo se han presentado propuestas que, también en papel, ofrecían al colectivo la posibilidad de promoción y autonomía en el desempeño profesional.

Todos estos acontecimientos denotan la perseverancia y la lucha del colectivo por crear una identidad y una imagen nueva con proyección de futuro, una enfermera capacitada y profesional, que puede trabajar de forma autónoma y ocupar un espacio en la primera plana del panorama sanitario, pero hemos visto como las barreras que se han presentado han sido de diversos ámbitos: políticos, corporativos, intereses personales,...

Desde siempre, la enfermería ha estado trabajando, y ha sido reconocida como profesión a la sombra de los facultativos, esa es la norma, eso es lo natural, siempre ha sido así. Por eso, cualquier intento de cambio de esa norma, es visto como una amenaza, por otras categorías profesionales que desde siempre se han postulado como legítimas en conocimientos y en espacios de poder, y sienten una invasión a sus competencias y poder legítimo.

En cada uno de los intentos de cambio que el colectivo promueve con el objetivo de mejorar competencialmente, ha habido barreras, reticencias y frenos fehacientes a la profesión, bien sea por intereses corporativos que se priorizan por encima de los del colectivo, o bien sea por el miedo de otras categorías profesionales a la intrusión de competencias y de espacios de poder. Está claro que el colectivo enfermero tiene verdaderas dificultades a la hora de desarrollarse.

Todos estos cambios acaecidos, en un tiempo relativamente corto, con el objetivo de mejorar una profesión a la que se le interponen tantos impedimentos y barreras para su consecución,... nos hacen reflexionar y realizarnos algunas preguntas: Si los intentos por escapar de la normalidad establecida están tan mal percibidos por otras categorías profesionales e instituciones ¿Qué es lo que el sistema necesita de la enfermería? ¿Qué necesitan los demás actores sociales? ¿Estamos formando en exceso a la enfermería?

### **5.2.2.- Percepciones en relación a los cambios formativos**

Dadas estas circunstancias y las modificaciones producidas en el currículum formativo de la disciplina enfermera, nos hemos planteado que sería interesante conocer si estos cambios, han incidido en la

práctica asistencial de los profesionales. Para ello, escogimos a los informantes con más antigüedad, profesionales que iniciaron su andadura enfermera como ATS, posteriormente tuvieron que realizar la convalidación a la diplomatura trabajando como tal, y por último están viendo incorporarse las primeras promociones de enfermeras de Grado, con el objetivo de que nos explicaran sus vivencias en relación a las modificaciones competenciales que se produjeron y se están produciendo.

#### 5.2.2.1.- Percepción en relación al cambio de ATS a DUE

Alguna de ellas reconoce cambios competenciales entre los estudios de ATS y los de la diplomatura, que para ella significó cierta autonomía a la hora de trabajar y una visión holística del paciente, pero reconoce que esas nuevas competencias no fueron, ni han sido incorporadas, ni transferidas al puesto de trabajo, ni valoradas por los diplomados.

*G1. "Yo salí inicialmente ATS y te aseguro que salí más preparada que una DUE. El problema es que no hemos sabido coger el rol de planificación de cuidados,...no hemos sido las planificadoras de cuidados cuando hemos tenido el diplomado en enfermería, al contrario, las que nos enganchamos al plan de cuidados, fuimos las que éramos ATS y sabíamos lo importante que era lo que habíamos aprendido y que lo del holístico y eso nos enganchó más... es verdad que antes también lo hacías, siendo ATS, pero la colocación del paciente, lo que había que decirle al paciente,...todo esto, lo hacías por el hecho de ser persona, pero no te lo habían enseñado. Los conocimientos de ATS eran conocimientos muy técnicos y los conocimientos que nos dieron con la convalidación a Diplomado, que es cuando empezamos a hablar de teorías de enfermería, estadística y no sé qué más, es cuando te abrieron también los ojos,... es decir del ATS al DUE se vieron una mejora en las competencias de enfermería, muy importantes, cosa que de momento no se aprecia, para nada en el Grado" (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

Otras vivieron el cambio de forma continuista y sin percepción de cambios a la hora de trabajar.

*G6. "De las funciones de ATS a Diplomado no cambió nada, el trabajo del día a día y ahora con el grado no cambiará, o pasarán muchos años hasta que se dé la vuelta a la tortilla, aquí en el hospital hay gente que aún es ATS y está haciendo lo mismo que la diplomada, no ha cambiado nada, yo supongo que es mera burocracia, o algo organizativo de la universidad... estos conocimientos tan holísticos, no se hacían en ATS... hacemos lo mismo" (Directora enfermería, 56 años)*

*G9. "Estuve de ATS y hice el acceso a diplomado donde estudié básicamente los modelos de enfermería, una chorrada increíble. De las funciones de ATS a las de DUE, no había absolutamente ninguna diferencia. Es que no cambió nada de nada" (Ex-directora enfermería, 59 años)*

*Colegio1 "Yo estudié ATS y después hice el curso de diplomado, pero en el trabajo de una y otra era el mismo, no noté ningún cambio. Competencias nuevas, ninguna, mi trabajo siguió siendo el mismo, eso que dicen que las ATS eran más un ayudante del médico y las DUE tenían más roles propios...nunca lo he entendido, era exactamente igual" (Tesorera colegio, 58 años)*

Una de las informantes nos explica que las funciones cambiaron, pero no por exigencias de los nuevos estudios, sino por la experiencia adquirida con sus los años de trabajo. Es decir, entiende que la experiencia laboral es la que proporciona niveles elevados de competencia.

*Colegio2. "En mi caso cambiaron mis funciones de ATS a DUI, a medida que yo tuve más poder en mi puesto de trabajo, esa es la realidad, no por consecuencia del cambio de estudios, no había nada diferente en mis funciones, lo que pasa es que a medida que tienes experiencia, pues tienes las cosas más claras y cambia tu forma de trabajar, pero por la experiencia, no por los estudios" (Presidenta colegio, 63 años)*

Las docentes, por su parte, perciben los diferentes cambios de titulación de forma clara

- ATS: una profesional intuitiva que basaba su trabajo en la técnica y con poca formación teórica y mucha práctica y que además debía ser simpática y amable
- Diplomada: una profesional con capacidades de relación, que sabe entender al otro y en su formación se introducen modelos conceptuales de enfermería.

*D1. "Yo como ATS, mis competencias esenciales eran que fuese una muy buena técnica, que fuese rápida en la realización de estas técnicas, que fuese amable y simpática, esto era lo que se me exigía, para esto me habían formado, pero esto me lo valoraban muchísimo y me lo valoraba todo el mundo,..., ahora esa misma enfermera no se valora, porque esta parte de humanización de los cuidados, de cuidar las necesidades, no ha sido valorada porque nosotras tampoco la hemos valorado (...) Con la diplomatura adquirimos la competencia de la relación, de relacionarnos y el saber comprender y entender al otro, que no es fácil, otras competencias técnicas van en función de los avances técnicos y científicos, pero la base sería la relación y el hecho de que el ser humano es el centro, no es la técnica" (Enfermera docente, 63 años)*

*D2. "Las ATS tenía la intención de ser un ayudante técnico y te daban muy poca teoría a nivel académico y muchísima, muchísima práctica, lo que pasa es que en esa práctica, aprendías muchísima enfermería, pero era una enfermería intuitiva, basada en el conocimiento y que con la diplomatura se mejora incluyendo las bases del conocimiento enfermero" (Enfermera docente, 58 años)*

*D3. "Las ATS eran técnicas (...) En la diplomatura hay una conceptualización de cosas de enfermería" (Enfermera docente, 58 años)*



Esta docente deja entrever que si no se produjeron cambios en las funciones de las ATS y las DUE, fue por un proceso claro de socialización, ya que las diplomadas, según dice, eran formadas por ATS. Percibe como factores decisivos, el paso a ser estudios universitarios y la formación del profesorado.

*D3. " a nivel de funciones en el ámbito asistencial, no hubo cambios, de hecho, en aquella época yo estaba de supervisora de urgencias en Joan XXIII y teníamos estudiantes, les estábamos formando nosotras que aún éramos ATS, con lo cual, las competencias eran exactamente igual, porque eran las ATS las que estábamos formando a los futuros diplomados. Si que veo ahora un cambio, con el paso de los años y a medida que el diplomado se ha ido afianzando en la universidad...el cambio más grande para mí fue pasar a la universidad y la mejora en la formación del profesor, eso mejoró la formación del estudiante, empezamos todas ha hacer licenciaturas y master y eso imprimió un cambio en la diplomatura(Enfermera docente, 58 años)*

Es decir, en el primer cambio del currículo formativo enfermero, que fue pasar de ATS a DUE, las informantes no apreciaron cambios competenciales a la hora de trabajar, ya que, como alguna indica, las futuras diplomadas eran formadas por las ATS, y los cambios que se producen se relacionan más con la experiencia adquirida con los años que con los cambios de estudio.

#### **5.2.2.2.- Percepciones en relación a los nuevos estudios de grado y especialidades**

Veamos a continuación lo que opinan los diferentes colectivos entrevistados en relación a los últimos cambios producidos en los estudios como consecuencia del proceso de adaptación al EEES.

##### *1. Percepciones de las enfermeras*

Hay informantes que no aprecian el cambio de estudios como algo positivo para la profesión, sino que ha sido un cambio impuesto y perciben como negativo la repercusión económica que ello supone:

*DUI1. "Creo que el grado no sirve de nada, bueno si, sirve para sacar más dinero a las futuras enfermeras y para que pierdan un año más de su tiempo.... según tengo entendido, el grado ha sido para adaptarse al espacio europeo, las especialidades y el doctorado.... no lo sé, imagino que las mentes pensantes de la enfermería han decidido que debe ser así, pero no está sirviendo para nada...No me he planteado hacer el grado, ¿para qué?, si me pagaran más por tener el grado o si la empresa me obligara para trabajar, pues me lo pensaría, pero hoy por hoy, ni grado ni especialidad" (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI10. "No creo que sirva para nada, para sacarnos más dinero" (Enfermera asistencial, 36 años)*

*DUI9. "Yo creo que nos han obligado, en cierta forma, a crecer como disciplina...el tema de Bolonia..." (Enfermero asistencial, 39 años)*

*DUI6. "En el grado, aprenden inglés...que está bien, pero muchas asignaturas es lo mismo repartido de otra manera, tal vez las prácticas al ser más tarde, les da más seguridad...pero yo creo que han cambiado la forma pero el contenido es igual, bueno hay un año más que hay que pagar 2000€ y eso es un pastizal, pero les da lo mismo" (Enfermero asistencial, 32 años)*

En relación a la mejor preparación competencial que era de esperar, los informantes nos comentan que las enfermeras de grado no salen mejor preparadas, ni con más competencias añadidas, a pesar del incremento en las horas lectivas. Esperan que con el tiempo las empresas reconozcan, a nivel laboral, a estos graduados como una nueva categoría profesional, con el incremento salarial que corresponda, pero son escépticos en este tema.

*DUI1. "No creas que salen más preparadas, es verdad que el año de más lo dedican a hacer prácticas y un poco más sueltas en técnicas se las ve, pero por lo demás, es todo igual, no tienen ninguna competencia más ni la empresa está por la labor de reconocerlas como categoría superior (...) el último año es todo prácticas, o sea yo creo que a nivel de conocimientos, lo que son conocimientos en sí, son exactamente los mismos conocimientos que se daban antes, lo que pasa es que tienes un año de más para hacer prácticas, no es que se utilice ese año para hacer más, para ampliar más materia...no...para nada" (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI4. "Mis cuñadas, que son DUI, hacen lo mismo que yo, que soy grado, ese año más es sólo en papel, antes hacías DUI y licenciatura y ahora no, sólo ha cambiado eso. Ahora, a excepción de la investigación, todo lo demás es igual. Tenemos un poco más de prácticas y el trabajo de fin de carrera. En el contrato nos ponen como DUI. No se nos ha reconocido nada nuevo" (Enfermera asistencial, 27 años)*

*DUI7. "Los grados no salen mejor que las DUI, creo que es bueno, pero aún han de decidir las empresas el reconocerlo" (Enfermera asistencial, 47 años)*

*DUI3. "Yo creo que respecto a si la empresa reconocerá el grado, pasará como con el ATS, yo lo veo como una forma de alargar las carreras para cobrar económicamente un año más y luego pasará como la ATS que tendremos que hacer una formación con unos créditos que son los que tienes que pagar y que pagarás y después será todo igual porque los conocimientos serán iguales" (Enfermera asistencial, 29 años)*

Otros por el contrario, perciben los cambios como algo positivo, perciben a las enfermeras de grado como un nivel superior a la diplomada, aunque también son escépticos en relación al reconocimiento por las empresas.

*DUI4. "El grado ha sido bueno, el reconocimiento,... te aporta un reconocimiento, sólo en papel, pero es como que eres algo más" (Enfermera asistencial, 27 años)*

*DUI8. "Yo creo que es bueno, no sé decirte si salen más preparados, pero por fin estamos al mismo nivel que otros estudios, creo que está bien. Espero que con el tiempo las empresas reconozcan esos nuevos estudios, sino ¿qué sentido tiene?" (Enfermero asistencial, 48 años)*

Crear falsas expectativas es lo que algunos informantes nos cuentan que está sucediendo con los estudios de grado y temen que sea fuente de frustración cuando se percaten de que no hay en realidad tantos cambios como creen:

*DUI8. "De todas formas creo que con esta formación se crean expectativas a la gente, porque luego la verdad es que vienen a trabajar y es más de lo mismo, no cambia nada y la gente se puede sentir frustrada después de una formación de tantos años..." (Enfermero asistencial, 48 años)*

*DUI10. "Las grado que salen están verdes, no son mejores que nosotras, aunque les hayan vendido una moto de que serán superiores a las DUI" (Enfermera asistencial, 36 años)*

Los profesionales, en general, no ven con buenos ojos el sistema de especialidades y doctorado. Perciben que las especialidades no serán reconocidas por las empresas y por tanto no serán valoradas de la misma forma que está la especialidad de matrona, creen que a pesar de todo, la empresa utilizará ese conocimiento para mejorar la asistencia, pero sin implementar mejoras laborales. En general, el doctorado lo perciben más como un valor añadido para aquellas profesionales que se decanten por la docencia, pero no para las que se dediquen a la labor asistencial.

*DUI1. "Las especialidades, mientras no tengan cabida en el sistema, como tienen las matronas, que se las reconoce como una categoría a parte...no sirve de nada, bueno sí, la empresa, a veces, procura poner a las enfermeras especialistas en los servicios especiales, pediatría, geriatría,... pero lo que hacen es utilizar ese conocimiento a favor de la empresa a cambio de nada, porque se les consideran enfermeras igual que las demás (...) Las especialidades, el doctorado... sirven si te quedas en la universidad dando clases, sí, pero para otra cosa...¡puf!" (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI4. "Las especialistas, por una parte se debería coger las especialistas para hacer cosas de la especialidad, pero luego te das cuenta que hoy por hoy ya lo está haciendo una enfermera rasa, por tanto,...no sé.. ¿Porque van a pagar más?" (Enfermera asistencial, 27 años)*

*DUI9. "Otra cosa es que la empresa reconozca estas especialidades o el mismo grado de enfermería, eso va a ser complicado porque el director del hospital siempre ha sido un médico y cada uno barre para su casa..." (Enfermero asistencial, 39 años)*

DUI11. *"Yo creo que será muy bueno para la profesión. Ahora nos podemos especializar y doctorar"* (Enfermero asistencial, 28 años)

## 2. *Percepción de los alumnos*

Por su parte, los alumnos de enfermería, no aprecian cambios significativos en relación a las percepciones de las enfermeras, piensan que el grado no aporta competencias nuevas y ven como positivo el año de prácticum que, según ellas, les aportará más seguridad y destreza.

E1. *"A nivel competencial, ninguna diferencia. No vamos a aportar nada nuevo a la profesión ni al trabajo habitual, bueno el idioma que te obligan a sacarte una lengua extranjera...el trabajo de investigación que estamos haciendo...pero para lo que necesita el día a día...nada nuevo, ninguna competencia más. La única ventaja que veo es el año entero de prácticas que te permite salir más segura"* (Estudiante enfermera, 32 años)

E2. *"...yo creo que aportamos un poco más de experiencia que cuando salían las diplomadas, por el año de más que hacemos de prácticas"... Competencias...no. Bueno, quizás nos han insistido en el tema de investigación que se ha intentado desarrollar más y el de gestión....también, creo (...) Yo creo que no, porque igualmente si pones una DUI con experiencia al lado de un graduado... van a coger la DUI con experiencia, o sea que económicamente tampoco lo van a valorar más"* (Estudiante enfermera, 23 años)

Son escépticos sobre el tema de las especialidades, piensan que las empresas optarán por la contratación de enfermeras con experiencia antes que a una especialista. Perciben que la titulación de especialista proporciona un estatus superior a las enfermeras.

E1. *"Yo creo que las especialidades no van a servir para nada, lo hemos hablado entre compañeras de clase y el doctorado te puede ir bien para la docencia, para dar clases en la universidad, en una empresa...no"* (Estudiante enfermera, 32 años)

E3. *"Yo creo que una persona que ha estado toda la vida en un quirófano, que le den un título que ponga, tal, no creo que sirva de mucho. Sí que he visto que una enfermera que tiene la especialidad de matrona, no se la ve igual que a una enfermera, y el trato que tienen con los médicos es diferente que a la enfermera de planta. A parte de esa especialidad que tiene un estatus especial, el resto de especialidades... no servirán para nada. Es que las empresas preferirán contratar a una enfermera generalista que tenga experiencia en quirófano, que una especialista que me va a costar más caro y no tiene experiencia. Además seguro que nos corta las opciones laborales. No es que vea mal que se especialicen pero el cuidado es igual. Si la función de enfermería es cuidar, no tienen sentido las especialidades"* (Estudiante enfermera, 30 años)

### 3. Percepción de las enfermeras gestoras

En este grupo de informantes, hemos encontrado diversidad de opiniones y siempre desde una óptica más general de la profesión.

Una Directora de enfermería apostaba por los estudios de grado como una forma de progresar profesionalmente, y de obtener reconocimiento y visibilidad y percibe la especialización de las enfermeras como una manera de profundizar en los conocimientos de un área específica.

*G2. "Los estudios de grado creo que es un adelanto, no tengo ninguna duda y creo que con el tiempo las empresas lo reconocerán, creo que enfermería no se tiene que estar quieta y las enfermeras que no tenemos el grado tenemos que seguir y ponernos al día, no podemos quedarnos con la diplomatura,... además no es solo que lo reconozca la empresa, es a nivel mundial y en general,... estamos diciendo que enfermería no es reconocida y si nos quedamos quietas no nos reconocerán nunca, no podemos quedarnos quietas, debemos seguir adelante, tenemos que estar siempre innovando, siempre poniéndonos al día con las especialidades o lo que sea (...) Esto sí que me lo he planteado alguna vez (las especialidades), sí creo que es bueno... si tú te especializas, significa que serás mejor, profundizarás más, conocerás más y si queremos hacernos ver, tenemos que especializarnos, tenemos que entender de algo, tenemos que conocer en lo que estamos trabajando, yo creo que es bueno" (Directora enfermería, 49 años)*

Una de las supervisoras, ve un progreso en las especialidades, pero cree que la empresa se decantará por la contratación de enfermeras generalistas, por la capacidad de movilidad y menor coste que tiene, a pesar de que con ello se disminuya la seguridad y calidad asistencial, teoría que coincide con Gallego (2009), que reconoce que entre las causas que dificultan el desarrollo de las especialidades, está el hecho de que la enfermera generalista es más barata para el sistema y las organizaciones por su versatilidad y adaptabilidad a los diferentes servicios.

*G4. "Lo que es bueno es que la enfermera se especialice cada vez más en una especialidad, porque no puede ser que tengamos que saber hacer de todo, porque sabemos hacer un poquito de todo, pero no sabemos profundizar en aquello, para mi es fundamental...A la empresa, lógicamente, le interesará más una enfermera que sepa hacer de todo, pero debe saber que si la mete en quirófano, no va a tener la respuesta que va a tener si mete una especializada y después si allí hay errores o hay problemas, tiene que saber que a lo mejor es porque allí ha puesto a esta persona sin especialidad, tiene que saber el riesgo que corre, pero evidentemente es más rentable la generalista" (Supervisora, 53 años)*

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Algunas dan importancia a las especialidades, por la calidad de los cuidados que podrá ofrecer, pero creen que con ellas se limitarán las posibilidades de trabajo para estos profesionales especializados, por lo que se decantan por la enfermera polivalente.

*G3. "Con las especialidades me he perdido un poco...no sé cómo está la cosa. Yo creo que es bueno que las enfermeras se especialicen, pero también es bueno saber de todo. Tanto es necesaria la especialización como la enfermera generalista. Lo que pasa es que una enfermera general la puedes poner en cualquier sitio y una especialista, hará perfectamente su trabajo, pero a lo mejor... no sé...tal vez se cierran posibilidades de trabajo. Es bueno saber mucho de algo, pero además saber de todo"* (Responsable de formación, 47 años)

*G8. "Lo veo bien, pero debe casarse con el mundo laboral y esto es difícil...algún día debe caer una ley del gobierno y que lo determine de alguna forma...en un psiquiátrico, especialistas en salud mental, en geriatría y sociosanitarios, enfermeras geriátricas...y estas deberían tener unas funciones muy concretas y bien definidas. La generalista es muy válida, pero la especialidad es un plus. Yo puedo tener una especialidad y hacer de enfermera generalista, es un plus, pero si esperamos que las especialistas sólo trabajen en su especialidad...el ámbito laboral se reducirá para ellas"* (Supervisor, 52 años)

Una exdirectora de enfermería, que comenzó siendo ATS, no percibe los estudios de grado, ni las especialidades como un valor positivo para la profesión y piensa que la especialización se adquiere con años de experiencia.

*G9. "Yo lo que no creo son con las especialidades, la enfermera es generalista, son unos cuidados, es una sensibilidad, el resto son técnicas y eso lo aprendes donde vayas y en los cuidados debes tener además de sensibilidad, una capacidad de improvisación, de solución de problemas rápidos...las técnicas las aprendes (...) La especialización es adquiere cuando estás trabajando y los conocimientos que te hacen falta los adquieres cuando estás trabajando, en neurología o quirófano es que si aparece una técnica nueva lo tienes que aprender, cualquier cosa nueva se ha de aprender, igual que un médico, cuando sale algo nuevo, la base es la misma (...) Yo creo que no es necesario un año más de formación, lo que hay que hacer es redistribuir la formación que se hacen e incluir muchas más prácticas. No tiene ningún sentido el que estudiemos, diplomatura o grado, es lo mismo"* (Ex-directora enfermería, 59 años)

Un supervisor, nos comentaba que no apreciaba diferencias con los anteriores cambios en el currículum de la disciplina. Cree que se están creando unas expectativas que se verán frustradas con el paso del tiempo. Se siente identificado con esta situación que él mismo vivió cuando estudiaba la diplomatura.

G7. *"Creo que es más de lo mismo, hacer un año más, no creo que vengan más preparados, solo han distribuido lo mismo en un año más, el contenido es el mismo,...no sé, no sé si a nivel de reconocimiento será bueno, creo que deberíamos haber desarrollado primero las especialidades (...) Es lo mismo de siempre, antes, cuando el cambio de ATS a diplomados, nos crearon expectativas diciendo que los diplomados serían los directores de enfermería, que se dedicarían a cargos de dirección y gestión...y es lo mismo, pues ahora es igual. Son decisiones políticas que no sirven más que para pagar un año más...por las prácticas...no lo veo, creo que hacen lo mismo repartido"* (Supervisor, 47 años)

#### 4. *Percepción de las representantes del colegio*

Las representantes del colegio no creen en absoluto que los nuevos estudios aporten ninguna mejora a nivel laboral, piensan que es una forma de recaudar más dinero sin que eso repercuta en la mejora asistencial. Perciben que las necesidades de las empresas y la formación de la universidad no van de la mano, por lo que el esfuerzo añadido que se les exige a los estudiantes, en tiempo e inversión, no va a servir de nada.

*Colegio 1. "Las graduadas las han entretenido un año más para decirles que son graduadas, pero con la diplomatura podían desempeñar el papel que se necesita,... no era necesaria la graduación... además no hacen más formación, lo mismo que hacían, lo hacen en un año más, han pagado un año más de universidad, han estado un año más estudiando, y alargando, pero para nada más (...) El grado, las especialidades, el doctorado,...todo eso me da la sensación de que el mundo de la universidad y el mundo laboral, van cada uno por un lado. Las enfermeras especialistas, por ejemplo una especialista en pediatría, la están poniendo a trabajar en adultos, pero es que no hay nada legal que avale estos estudios en el puesto de trabajo...entonces, para qué va a hacer la gente la especialidad...yo no le veo ningún futuro, lo único claro es que alguien se está embolsando cantidades de dinero y nada más..."* (Tesorera colegio, 58 años)

*Colegio 2. "De que le va a servir a una enfermera tener el título de doctorado? irá a la consulta con un médico que no cree en la enfermera y la joderá todo lo que pueda, sea doctora o no (...) Para nada, no servirá para nada...absolutamente, mientras a nivel laboral no se reconozcan diferentes competencias de las enfermeras que están trabajando y se les pague de forma diferente...con el grado no vamos a tener más competencias..."* (Presidenta colegio, 63 años)

#### 5. *Percepción de los médicos*

Entre los discursos de los médicos hemos encontrado opiniones variadas, algunos no ven diferencia entre las diplomadas y las enfermeras de grado, perciben que ambas salen con igual grado de formación

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

*Dra1. "No veo diferencia entre las enfermeras diplomadas y las que salen ahora de grado, las veo igual en formación, es decir, que ese año de más no sirve para mejorar nada que se pueda apreciar en el trabajo" (Médica asistencial, 51 años)*

Piensen que las empresas no van a reconocer el grado como una categoría profesional nueva y superior

*Dra1. "No creo que se reconozca el grado en las empresas" (Médica asistencial, 51 años)*

En relación a las especialidades, algunos piensan que no van a servir para mejorar la calidad asistencial del trabajo diario

*Dra1. "No creo que las especialidades ni el doctorado sirva para el día a día del trabajo de las enfermeras, porque lo que se les exige es que hagan técnicas y nada más. Es verdad que el exceso de formación nunca es malo, pero lo que hacen es crear ciertas expectativas en las enfermeras que después sienten frustración por no poder poner en práctica todo eso aprendido, porque la realidad es que lo que hacen las enfermeras son técnicas, técnicas, técnicas... nada más y desde siempre. Lo que pasa es que con el tiempo se deben acomodar a la realidad del día a día y no piensan en lo que podría ser..." (Médica asistencial, 51 años)*

Sin embargo otros perciben las especialidades como bueno, siempre y cuando se respeten los límites de su trabajo, es decir, los médicos aprecian en la incorporación de las especialidades al ámbito asistencial cierta desconfianza ante la potencial pérdida de poder competencial.

*Dr2. "Me parece bien que se especialicen, que estudien,... siempre es bueno saber más, pero siempre que sepan dónde están los límites de su trabajo y el nuestro" (Médico asistencial, 55 años)*

Otros lo perciben como una forma de incrementar el criterio enfermero a la hora de tomar decisiones y como una forma de mejorar los conocimientos en un área específica de trabajo

*Dra4. "Me parece bien que las enfermeras se formen más, así tendrán más criterio a la hora de detectar problemas en el seguimiento del paciente" (Médica asistencial, 46 años)*

*Dra5. "Yo lo veo genial. Hay que especializarse y avanzar. Una vez tienes la formación de base, si pasas por las especialidades, saber más en un cierto ámbito,...es que no puedes saber lo último de todo, de trauma, de infecciones,...es que nadie es capaz de estar actualizado en todo, yo creo que en ciertos ámbitos es importante tener una especialidad y conocer a fondo los aspectos específicos de ese tema, no es lo mismo una enfermera de quirófano, que hace*



*instrumentación, con una de planta, son funciones diferentes...en algunos ámbitos hay que formarse de forma específica” (Médica asistencial, 38 años)*

#### 6. *Percepción de los representantes sindicales*

Tanto el representante del sindicato de clase como el corporativo, no ven con buenos ojos los nuevos estudios, piensan que no aporta nada nuevo a los profesionales, a nivel competencial y que las empresas no están por la labor de reconocer una nueva categoría profesional. Perciben los cambios como una estrategia para que la universidad recaude fondos. Entienden que los cambios en la disciplina, han hecho un recorrido al margen de las necesidades y expectativas empresariales y perciben un problema a la hora de negociar esas nuevas categorías profesionales.

*S1. “Yo creo que no va a servir de nada...el nivel es el mismo, no tienen más competencias, más prácticas, pero nada más...solo sirve para que se financien las universidades...je,je” (Miembro sindicato, 58 años)*

*S2. “Yo creo que lo del grado no servirá para mucho... Las especialidades...tengo mis dudas, en el sistema ahora mismo no hay un duro y eso significaría...o sea, yo tengo que enseñar a estas nuevas que entran y ¿yo voy a cobrar menos que las de grado?... no salen con nuevas competencias, las de grado, y eso dicho por ellas...yo creo que ni la gente que está en la dirección, sabe lo que va a pasar (...) Las empresas aún no han puesto encima de la mesa el tema del grado ni de las especialidades, los grados que salen ahora se están contratando como DUE. El año que viene en el convenio, en las cosas que se tienen que negociar, es esta titulación porque representa saltar al grupo 1, que no es broma. Han hecho algo que ahora no saben cómo se gestionará” (Miembro sindicato, 57 años)*

Por otro lado, introducen un nuevo aspecto que ningún colectivo anterior había plasmado y es, por un lado la formación práctica de estas enfermeras de grado a cargo de las diplomadas y por otro la percepción de cambios continuos en la disciplina que se van imponiendo sin que el colectivo replique.

*S2. “Yo no pienso enseñar a gente que, por hacer lo mismo, va a cobrar más que yo...a ver como reaccionará la gente...Pasará como con las DUE, cuando ellas entraron las que enseñábamos éramos las ATS, pero la diferencia es que nunca cobramos diferente, es más, aún hay gente en la casa que es ATS y no se les exige nada diferente. Y vamos para el tercer cambio...quien ha cambiado tanto...ni maestros, ni nadie...solo se nos ha exigido a nosotras y nosotras vamos claudicando” (Miembro sindicato, 57 años)*

### 7. *Percepción de las docentes*

Hemos visto hasta este momento que el nuevo currículum formativo enfermero, no es visto, en general, como un cambio positivo entre los informantes. Por esta razón, quisimos conocer aspectos positivos de los nuevos estudios y la repercusión que tendrán en el trabajo asistencial de las enfermeras, así que preguntamos a los docentes.

Por lo que nos dicen las docentes, con el grado, las competencias no han cambiado, pero se ha producido un cambio innovador y revolucionario que pretende modificar el modelo de plan de estudios y enseñar un abordaje enfermero desde la prevención, el cuidado y la rehabilitación de las personas. Estos cambios según nos dicen, se ven reflejados en dos aspectos claves, por un lado la metodología de enseñanza, "aprendizaje basado en problemas (ABP)" y no por asignaturas, como hasta ahora, que va a permitir a los alumnos un aprendizaje reflexivo y por otro lado en el mismo lenguaje enfermero de las asignaturas que elimina el modelo biomédico en el que se basaban.

*D2. "En el grado, las competencias, no son nuevas, son las mismas, pero ahora están sobre el papel, tienen más solidez, somos conscientes de que los estudiantes tienen que llegar a adquirir estas competencias, somos más conscientes, antes era de forma intuitiva. Es decir, el salto de ATS a diplomado fue de normalizar, de poner en teoría ese conocimiento, la diferencia con el grado es más de metodología, es decir, el grado, las competencias que trabajan es una manera distinta de aprender y de estudiar, por ejemplo ahora trabajamos mucho el aprendizaje basado en problemas que antes no se trabajaba con lo cual además de aprender un contenido, aprendes a aprender. Son nuevas competencias en el ámbito formativo y esto hace que les dé a los profesionales que salen competencias nuevas, están saliendo profesionales distintos, que sabe formularse preguntas y sabe donde buscar las respuestas y eso antes no se trabajaba"*  
(Enfermera docente, 58 años)

*D3. "En el grado es donde más cambio ha habido, incluso del nombre de las asignaturas, antes las asignaturas seguían la línea biomédica, había medicoquirúrgica, todo esto ha desaparecido, ahora tenemos un plan de estudios con un lenguaje enfermero, totalmente: hemos adaptado los contenidos al ciclo vital, y hablamos de la persona sana en el ciclo vital y hablamos del niño, del adolescente, del adulto, del anciano y al final, hablamos de las situaciones críticas, tanto mental como físico, hemos cambiado el lenguaje y hemos luchado mucho para este plan de estudios, es muy revolucionario y si miras otros planes de estudio de EEUU y la mayoría ya están hablando de estas asignaturas. Considero que somos muy innovadoras en el campo de la docencia. Cambiar el lenguaje representa dar una visión distinta, no hablas de medicoquirúrgica, hablas de los procesos en los que se va a encontrar el joven y en esta asignatura vemos desde los aspectos más conductuales y psicológico, las adicciones, las actitudes de riesgo, y todo lo que se deriva de esto...la patología y el abordaje es totalmente distinto, porque es desde la prevención,*

*el cuidado y la rehabilitación. Es un abordaje totalmente enfermero. Las asignaturas están integradas. No hablamos de la atención primaria u hospitalaria, sino que vemos el entorno en el que está el niño o el adulto...hablamos del entorno familiar,... Este enfoque ha costado muchísimo” (Enfermera docente, 58 años)*

El ABP es un método de enseñanza-aprendizaje centrado en el estudiante y que básicamente “se trata de una metodología cuyo punto de partida es un problema o una situación problemática. Será esta situación la que permita al estudiante desarrollar hipótesis explicativas e identificar necesidades de aprendizaje para comprender mejor el problema y cumplir los objetivos de aprendizaje establecidos” (Arreciado, 2013:35-36). Es verdad que este método educativo está pendiente de valorar, pero ya comienzan a realizarse las primeras investigaciones aquí en Cataluña, como es el trabajo de Arreciado (2013), en cuyas conclusiones establece que las habilidades aprendidas con este sistema hacen que el alumno sea más activo en las reflexiones, se percibe una mayor comprensión de la profesión y favorece una práctica más reflexiva y crítica e interviene en la construcción de la identidad profesional. Nos ha llamado la atención que la autora establezca en su discurso que “la experiencia formativa también repercute en la evolución personal del estudiante haciendo que se sienta cómodo con el cambio académico” (2013:255), cuando nuestros estudiantes entrevistados no han visto mejora alguna en el cambio curricular.

Algunas docentes perciben que con el grado se aportan más horas de prácticas y sobretodo valoran el que sea un título académico superior al anterior.

*D1. “En relación al grado, el cambio más importante es hacer más prácticas y como competencias, quizás la farmacología ha aumentado en créditos. Todo lo que se daba en 3 años... ahora se da en 4. Además lo que más nos ha beneficiado como enfermeras, es el hecho de ser grado, significa que tenemos el grado académico como todo el mundo, yo creo que este es el paso más importante” (Enfermera docente, 63 años)*

En relación al master y doctorado, creen que el paso más importante va a ser la posibilidad de doctorarse que van a tener las enfermeras, piensan que será la base de una revolución mental entre el colectivo que permitirá establecer relaciones de poder distintas entre los profesionales ya que conferirá a la enfermería un estatus nuevo.

*D1. “...y está el master y el doctorado, esto es el paso más importante.... estas personas son las que pueden y deberían cambiar esta manera de trabajar” (Enfermera docente, 63 años)*

*D2. “El doctorado: estamos entrando en ello ahora tenemos 40 tesis inscritas y nos sobrepasa un poco, pero estamos encantados,...esto es base de una revolución mental en enfermería, porque las enfermeras que han hecho una tesis doctoral, ya no son las mismas, no es una*

*persona con la que vayas a mantener una relación de poder, es que no, es una persona distinta y con un poder distinto y las relaciones que se establecerán serán diferentes y los demás la miraran de forma diferente, ya que le van a dar un estatus distinto, eso va a ser una revolución. La enfermería va a cambiar muchísimo con el doctorado” (Enfermera docente, 58 años)*

*D3. “Yo soy muy optimista con el futuro, creo que con el doctorado nos hemos puesto en el punto de despegue y la profesión crecerá” (Enfermera docente, 58 años)*

En relación a las especialidades, entienden que son claves para profundizar en el conocimiento de un área y son la forma de estratificar a los profesionales, ven en las especialistas un referente para las enfermeras generalistas.

*D1. “la especialista debería gestionar los cuidados y luego las generalistas... esto son niveles, como hay en otros países...y uno tiene unas competencias y otros tienen otras, pero en toda unidad debería haber enfermeras para gestionar los cuidados con un nivel de conocimientos alto, es la asesora a la enfermera generalista...” (Enfermera docente, 63 años)*

*D2. “Las especialidades, me parecen fundamentales, el profesional tiene que conocer al paciente en su proceso de enfermedad y conocerlo como persona, para nosotros conocer al paciente es esencial y eso no lo puedes tener sin especialidades,... no valemos para todo...nadie vale para todo...” (Enfermera docente, 58 años)*

*D2. “Yo creo que es realmente la posibilidad de encontrar trabajo. Los alumnos de postgrado de quirúrgica,...estupendo...es que estos estudios te dan la posibilidad de encontrar trabajo en áreas específicas y además en aquello que te gusta, y eso está bien...es que no servimos para todo” (Enfermera docente, 58 años)*

Piensan que las empresas no dan valor a las mejoras curriculares de la disciplina, a pesar de las mejoras en la calidad asistencial que van a introducir. Piensan que con el tiempo, las empresas no tendrán más remedio que reconocer las especialidades a pesar del coste económico que ello supone.

*D1. “Hay muchas especialidades...pero las empresas no están por la labor de que todas las enfermeras seamos especialistas...porque es dinero...claro porque no valoran nada (las empresas), ni el master, ni el doctorado” (Enfermera docente, 63 años)*

*D2. “Las empresas no tendrán más remedio que insertar a las enfermeras especialistas, estamos en un mundo de especialidades, lo otro son niveles de calidad muy bajos...” (Enfermera docente, 58 años)*

*D3. “El reconocimiento de las empresas de las especialidades es cuestión económica, yo creo que deberían haber unas plazas para las especialistas que deberían ser las impulsoras de la investigación, los referentes, los líderes, que desarrollaran protocolos, que innovaran,... este*

*sería mi mundo ideal, y por esto hemos luchado...pero ¿hay dinero para esto?...”* (Enfermera docente, 58 años)

Se quejan de que las especialidades se hayan enfocado desde el Ministerio y dependientes del Consejo General de Enfermería y de los Colegios Profesionales y no desde la Universidad, puesto que, según ellas, el colegio no valora los nuevos estudios de especialista.

*D1. “pero es que el colegio profesional tampoco lo valora y este es el primero que lo tiene que hacer”* (Enfermera docente, 63 años)

*D2. “Las especialidades son absolutamente necesarias, la pena que tenemos es que las han enfocado fuera de la academia y creemos que es una perdida...las especialidades necesitan práctica, pero quien mejor que nosotros saben hacer programas formativos...quién?...quien sabe mejor que nosotros que llevamos más de 30 años...? Quien tienen que ser profesores de esto?...los especialistas y me da mucha pena que estén fuera de la academia, porque quien las va a diseñar, quien diseñará los planes de estudio?...estarán como los MIR, perdidos...me da pena. Deberían hacerse desde la academia, con un programa de estudios igual que hay de master,...”* (Enfermera docente, 58 años)

*D3. “Especialidades, dependen del consejo y del colegio, es una pena...a mí me gustaba el modelo británico que está vinculado a la universidad. Esto hubiera sido un avance pero no se consiguió. Para mí las especialidades no han evolucionado bien, porque salieron desde el paradigma biomédico y han salido especialidades biomédicos”* (Enfermera docente, 58 años)

Sus discursos denotan alto grado de ilusión y esperanzas de que con los nuevos estudios, la profesión enfermera sea capaz de poder despegar y alzar el vuelo que conduzca al desarrollo profesional que enfermería reclama.

En definitiva, podemos decir, que existen diferentes visiones de una misma realidad.

- Ha quedado claro que el cambio curricular de ATS a diplomada, no significó un cambio en las funciones profesionales de las enfermeras
- Los profesionales de enfermería, en relación a los estudios de grado, creen que ha sido un cambio obligado para adaptarse al EEES, valoran negativamente la inversión económica que supone estudiar un año más, piensan que las enfermeras de grado no salen mejor preparadas ni han adquirido más competencias y que están dando falsas expectativas a los alumnos. En relación a las especialidades piensan que las empresas no las reconocerán y creen que lo que harán las empresas será servirse del conocimiento adquirido por los profesionales sin un retorno económico.

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- Los alumnos de enfermería valoran positivamente el año de prácticas para adquirir más seguridad, aunque no ven cambios competenciales en los nuevos estudios. Piensan que las especialidades no van a servir de nada ya que las empresas preferirán contratar enfermeras con experiencia antes que enfermeras especializadas.
- Los representantes del colegio profesional no perciben los nuevos estudios como algo positivo que vaya a mejorar la práctica enfermera, piensan que es una forma de recaudar más dinero sin que eso repercuta en la mejora asistencial y perciben que las necesidades de las empresas y la formación de la universidad no van de la mano, por lo que el esfuerzo añadido que se les exige a los estudiantes, en tiempo e inversión, no va a servir de nada.
- Los representantes sindicales no ven con buenos ojos los nuevos estudios, piensan que no aporta nada nuevo a los profesionales, a nivel competencial, creen que las empresas no están por la labor de reconocer una nueva categoría profesional y perciben los cambios como una estrategia para que la universidad recaude fondos
- Los médicos, en general, perciben como buena una mayor formación en el colectivo enfermero, aunque alguno especifica en su discurso que hay que tener claros los límites de lo que es competencia médica y enfermera.
- Las enfermeras gestoras, aunque algunas perciben los nuevos estudios como un valor positivo para la promoción y mejora de la enfermería y otras no aprecian cambios, en general, piensan que las empresas optarán por la contratación de enfermeras polivalentes, en lugar de enfermeras especialistas. Piensan que los estudios pueden crear falsas expectativas a los alumnos que posteriormente verán frustradas ante la realidad laboral.
- Las docentes dan un valor extraordinario a los nuevos estudios de grado por el cambio de metodología docente y el incremento de horas de práctica que proporcionarán más seguridad a los recién egresados, ven las especialidades como una forma de incrementar el conocimiento en un área específica y un sistema para jerarquizar el colectivo y el doctorado como recurso para mejorar el estatus de la profesión y con ello mejorar las relaciones de poder que se establecen entre profesionales, aunque reconocen que las empresas no están predispuestas a incorporar estos estudios como una nueva categoría profesional por el incremento presupuestario que ello conllevaría.

Como podemos ver, en general los informantes, a excepción de las enfermeras docentes, que lo ven como una revolución profesional, no perciben en los nuevos estudios cambios significativos a nivel competencial. Esta misma apreciación ya se preveía hace un tiempo, “No es muy seguro que el aumento de tres a cuatro años de la formación pregraduada vaya a traducirse en grandes diferencias entre la formación y las competencias profesionales adquiridas de los futuros graduados con respecto a los actuales diplomados” (Hernández, 2010:32)

En relación a los estudios de especialización, los informantes tienen claro que dichos estudios no serán reconocidos por las empresas. El mismo RD 450/2005 establece en la Disposición adicional tercera, que “la obtención del título de Enfermero Especialista por profesionales que presten o pasen a prestar servicios en centros y servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud no implicará el acceso automático a la categoría y plazas de especialistas concordantes (...) Tampoco supondrá el derecho al desempeño automático de las funciones correspondientes a dicha categoría ni al percibo de diferencia retributiva alguna”, lo cual establece el distanciamiento entre las necesidades del sistema asistencial y el desarrollo de la disciplina.

Por tanto, tenemos que los nuevos estudios no son percibidos, en general como algo positivo, por las enfermeras asistenciales, que son las que realmente deberían apreciar el cambio, los estudios no aportan competencias nuevas a la profesión, los alumnos de grado no salen mejor preparados que los antiguos diplomados, las empresas no están por la labor de reconocer los nuevos títulos,... Todo esto nos hace reflexionar y percibir cierta incongruencia entre el currículum formativo enfermero y las necesidades del sistema.

Está claro que existe una falta de comunicación entre los diferentes actores implicados, titulados, universidades, empresas, responsables políticos y sociedad en general, y esto queda explicitado por el hecho de que en el caso de España, la integración de la formación superior en el Espacio Europeo de Educación Superior y “el proceso para lograr la licenciatura y doctorado en enfermería, (...) se ha realizado a demanda del propio colectivo, para revertirlo en la mejora del servicio prestado” (Ramíó, A. 2005:27) y no por necesidades del entorno.

Como conclusión, podemos decir que “La profesión no ha avanzado al ritmo de la disciplina” (Francisco (2008:340), y lo que parece más preocupante es que “existe un claro divorcio entre necesidades asistenciales y desarrollos formativos que se evidencia” (Hernández, 2010:36) y por tanto volvemos a la pregunta que nos planteábamos anteriormente: ¿Qué necesita el sistema de las enfermeras?

### **5.2.3.- Adecuación de la formación a la práctica**

Para la consolidación de los contenidos teóricos de la disciplina son indispensables las prácticas clínicas. Ellas permitirán al estudiante un contacto directo y real con la profesión, y podrán aplicar e integrar los contenidos trabajados en las asignaturas y a la vez desarrollar nuevos conocimientos, habilidades, actitudes y valores de la profesión, en definitiva adquirir la identidad profesional. Una identidad entendida como “la percepción individual de las enfermeras en el contexto de la práctica enfermera” (Ramíó 2005:22) y que se adquiere cuando la persona se integra en un colectivo profesional y adopta los conocimientos, habilidades, valores y actitudes que la caracterizan, es decir, durante el proceso de socialización.

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

La identidad profesional de la enfermera se logra vinculada a la satisfacción en el desempeño de la profesión, imagen de la misma y sentido de pertenencia a ella. Estas tres dimensiones se dan en una estrecha interrelación, en la cual cobra relevancia la imagen de la profesión que tienen los estudiantes. El alcanzar una favorable imagen de la profesión en los estudiantes repercute en el desarrollo de las demás dimensiones, es por ello que la labor del profesor durante la formación debe encaminarse al logro de esa representación y conjuntamente con ella incidir en el desarrollo de las demás.

Por lo tanto, podemos decir que la formación de la identidad profesional es un proceso que se crea por la interacción de varios factores: la propia identidad personal, un corpus de conocimiento común, las relaciones intraprofesionales que proporcionan una identidad compartida e interprofesionales que permiten el control del corpus de conocimiento y por último la experiencia personal. La universidad debe ser un espacio donde se forme esa identidad profesional y también personal.

Cuando un alumno comienza sus prácticas hospitalarias, se les suele adjudicar un profesional de referencia que le tutorizará, guiará sus prácticas, le enseñará las normas de trabajo en el centro y le transmitirá ese “saber estar” con las personas enfermas. El papel de las tutoras es fundamental, ya que no sólo aportan conocimientos, sino que trasmite elementos de identidad profesional. Lo que los estudiantes esperan de ellas es “respeto hacia ellos, apoyo, creer en sus capacidades y el desafío a través del cuestionamiento”. (Arreciado, 2013: 255).

Las actitudes que presenten las enfermeras tutoras pueden ser diversas, “ya que no todas reconocen, como una responsabilidad con su profesión, el contribuir a la formación de los futuros profesionales” (Francisco, 2008:115) percibiendo la situación como una carga. Así lo explican algunos informantes:

*G2. "... la de docencia, hay gente que se le da mejor y se vuelca más cuando vienen las alumnas en prácticas y hay otras que no, hay alguno que evita tenerlas de prácticas" (Directora enfermería, 49 años)*

*DUI5. "En el hospital, lo que es docencia, vienen de la escuela de enfermería y de auxiliares y las tutelas tú y después te dan un certificado para el CV,...pero tampoco es que puedas dedicarle demasiado tiempo" (Enfermera asistencial, 43 años)*

Los alumnos de enfermería que comienzan las prácticas lo hacen con cierto temor e inseguridad, a pesar de llevar un tiempo formándose en los aspectos teóricos. Este temor, está motivado “porque no se tiene experiencia de las circunstancias en que hay que desenvolverse, ni como contextualizar los conceptos aprendidos en los libros de texto” (Ramíó 2005:83).

En muchas ocasiones, las prácticas suponen una “maraña de mitos y creencias contradictorias que se han ido configurando y que, en la mayoría de las ocasiones, no sólo ocultan la realidad, sino que nos



impiden avanzar en su conocimiento al hacernos confundir la verdad con la apariencia" (González, 1994:74), en otras ocasiones el diseño de las prácticas dificultan conocer realmente lo que sucede y el valor formativo de tales experiencias dependerá de su contenido, estructura y desarrollo en conexión con la totalidad del programa, y de lo que los alumnos hayan sido preparados para aprender en ellas.

Algunos alumnos nos describen en sus discursos las sensaciones de inseguridad y angustia que perciben durante las prácticas por una falta de adecuación teórico práctica de la formación, cuando sería imprescindible que existiera una retroalimentación entre ambas.

*E1. "... yo me he encontrado un poco pez, perdida, quizás no tanto como otras porque al trabajar de auxiliar tengo ventaja porque ya he visto lo que hacen, pero muchas cosas no te las enseñan en la escuela, como técnicas, tengo compañeras que en segundo no sabían purgar un equipo de suero y eso me parece un poco.... En la escuela además de las técnicas hay algo en lo que nos insisten de forma constante... los sentimientos del paciente...el Caring (Definición: cariñoso, atento, primor, esmero, cuidado), la visión global del paciente quizás se repite demasiado" (Estudiante enfermera, 32 años)*

*E2. "Yo creo que para una planta.... más o menos tranquilita... yo creo que si estaría preparada,, porque por ejemplo traumatología o ginecología o medicina interna y demás, yo creo que sí que podría, luego no sé, si fuera urgencias a lo mejor la presión es demasiado y una UCI no... no me veo preparada aunque he estado en la UCI de neonatal y en UCI de adultos son completamente diferentes y no...no, ahí aún no me vería capaz...estando en casa escuchaba las alarmas de los respiradores...y dije basta ya, corta un poco porque seguía con el agobio en casa y claro yo también soy muy de revisar las cosas 10 veces, aunque esté segura, lo vuelvo a revisar, como cuando cierras el coche, sabes que lo has cerrado, pero te tienes que girar e intentar abrir la maneta para asegurarte de que está cerrado, entonces, yo en un sitio así, salida de la carrera, que necesita rapidez, seguridad...pues no me vería, pero con el tiempo sí. Pero en una planta como en traumatología yo sí que me vería capaz de llevarla" (Estudiante enfermera, 23 años)*

*E3. "Creo que falta conocimiento a nivel práctico, a pesar de que tenemos un año más. Falta talleres, casos prácticos,...tomar la tensión de forma manual no sabemos, porque nos enseñan con el aparato y luego a veces lo necesitas. Se debería poner más prácticas y talleres,... la teoría es buena para tener un criterio y es bueno tener conocimientos, pero echo de menos más técnicas y prácticas porque es lo que necesitas a la hora de la verdad. Lo de las necesidades, la parte humana, las necesidades y la ética está muy bien, pero que no sepas interpretar un electro... es muy fuerte..." (Estudiante enfermera, 30 años)*

Una de las informantes nos señala que inicialmente los alumnos anteponen el aprendizaje de técnicas y procedimientos, aunque paulatinamente van descubriendo la importancia de los cuidados y la

comunicación con las personas, y capacidades como la escucha activa, la observación y la relación de ayuda, adquieren un papel fundamental.

*G3. "cuando vienen las alumnas y las veo obsesionadas con las técnicas, es que no he puesto ninguna vía...no pasa nada, contactar con la persona, tocarla, hacerla sentir tranquila...es tan importante o más que las técnicas. Las técnicas las aprendes con la práctica, lo otro, si no hay buena comunicación, si la persona es una bestia, es fría y no sabe comunicar, allí ya se pierden muchas posibilidades de llegar al paciente"* (Responsable de formación, 47 años)

Llegados a este punto, hemos querido saber la percepción que los informantes tienen en relación a la preparación con la que los estudiantes llegan al ámbito laboral.

La mayoría nos indica que el nivel de formación que tienen los alumnos es bajo y que esto les hace sentirse perdidos e inseguros. Creen que se debería potenciar la formación práctica, pero en aquellos servicios que realmente les aporten las destrezas necesarias para la realización de las tareas enfermeras.

*DUI2. "Hasta qué punto crees que lo que te explican es con lo que te vas a encontrar el día de mañana...entonces te das cuenta y llegas al hospital y dices, vaya si esto no tiene nada que ver, y por eso hay un porcentaje muy elevado, un 90% de los estudiantes que están bastante quemados de...la formación"* (Enfermera asistencial, 22 años)

*DUI3. "Las enfermeras de grado siguen saliendo igual, este año hemos tenido de tercero y las he visto muy verdes, tenemos una compañera que es grado y yo la veo igual que nosotras, yo creo que hace falta mucha más práctica, les hacen falta más conceptos, vienen perdidas"* (Enfermera asistencial, 29 años)

*DUI9. "Yo creo que los estudiantes, no salen mejor, ya salíamos muy bien preparados antes, ese año de más, de lo único que ha servido es para tener un año más de matrícula, (ríe), hacen más prácticas, pero eso es una ruleta, he tenido alumnas de 4º que están superpreparadas y otras que era la primera vez que pisaban un hospital, depende de dónde te toque hacer las prácticas, si hacen gestión y algunas están en Juan XXIII en recepción diciendo a los pacientes a donde tienen que ir...¿qué prácticas son esas de gestión?...me parece increíble"* (Enfermero asistencial, 39 años)

Por otra parte preguntamos a los informantes que nos explicaran su experiencia cuando llegaron a trabajar por primera vez.

Las enfermeras de grado con menos experiencia (2-3 meses) nos revelan que durante la formación teórica se insistía mucho en atender las necesidades del paciente, el ver al paciente de forma holística, y se deja de lado la vertiente más técnica que es lo importante, según ellas, a la hora de trabajar.

*DUI2. "...es que de lo que te enseñan, a ver el paciente de forma holística, a lo que haces en el día a día, que son casi siempre técnicas... además al médico ya le va bien, sacar la faena y ya está y así funciona el hospital...de lo que te enseñan a lo que te encuentras en el día a día hay un abismo. Pero es por eso, es que hay mucha sobrecarga, no puedes estarte con el paciente prácticamente nada...."* (Enfermera asistencial, 22 años)

*DUI4. "Donde yo he estudiado insisten mucho en las necesidades del paciente y no tanto en las técnicas, que incluso en las prácticas te das cuenta de que vas justa a la hora de saber cómo se hace una técnica. Insisten mucho más en el cuidado integral... En el trabajo lo importante son las técnicas, es decir que te enseñan una cosa y luego resulta que estas totalmente verde en el tema técnico que es lo que realmente necesitas saber"* (Enfermera asistencial, 27 años)

Los alumnos perciben una falta de autonomía profesional y "la representación de cuidado centrado en la asistencia clínica y técnica" (Gómez, Daza y Zambrano en Arreciado 2013:46), lejos del cuidado holístico que aprenden en las aulas. Perciben, durante las prácticas, una organización por tareas y rutinas donde lo que se les asigna a los estudiantes son actividades y no pacientes a los que cuidar. Ante esta situación en la que el alumno no adquiere responsabilidades globales de la persona, sino simples tareas puntuales y repetitivas, estamos fomentando la perpetuación del modelo de enfermera dependiente que trabaja por tareas y no de forma autónoma.

Las enfermeras más veteranas tienen un discurso muy parecido a las de menor experiencia y priorizan sobretodo el aspecto técnico de la práctica asistencial. Tienen que aplicar el conocimiento contenido en las estructuras teóricas en las situaciones reales, pero se encuentran con dificultades ya que es un conocimiento elaborado empíricamente, con marcos teóricos y teorías de referencia provenientes de otras disciplinas. (Hernandez, Moral y Esteban, 2002). Esta situación ocasiona un distanciamiento entre el conocimiento adquirido en el período de formación y su posterior aplicación en el ejercicio profesional (Fernández 2005, Meleis y Price 1998).

*DUI1. "Yo estudié en una de las primeras promociones de diplomado, recuerdo que la mayoría de los profesores eran médicos, nos explicaban teorías de enfermería, psicología, pedagogía, sociología,...creo que debería habernos machacado más en técnicas, porque cuando llegas al hospital y has de responsabilizarte tú sola de 20 ó 30 enfermos, ...yo pienso que incluso ahora, las primerizas salen totalmente peces en técnicas,...las dejas en planta y tienes que ir detrás para asegurarte de que no meten la pata...si...mucho teoría...pero lo que realmente necesitan...nada de nada"* (Enfermera asistencial, 52 años)

*DUI3. "De la formación que yo hice había muy pocas técnicas, todo era comunicación, interrelación, psicología, fundamentos de enfermería, ciencias psicosociales, las patologías las pasaban un poco de largo... y luego vienes a trabajar y casi todo son técnicas, para mí todo esto*

*que enseñan no sirve de nada. La verdad es que vas aprendiendo cuando trabajas en el día a día. Yo incluiría más prácticas y más patología, no tanta historia, psicología,...*" (Enfermera asistencial, 29 años)

*DUI5. "Creo que estos estudios son buenos, antes se hacían más prácticas y salías bien, preparadas, pero ahora salen que no, ni en técnicas ni en atención al paciente, esperemos que con el 4º año, saldrán mejor"* (Enfermera asistencial, 43 años)

*DUI8. "No coincide lo que te venden en enfermería con lo que te encuentras en el trabajo, para nada. Yo sabía lo que era porque ya trabajaba en el hospital, te venden cosas alejadas de la realidad, te lo venden más bonito de lo que es, la realidad es que es más duro a nivel laboral y de desgaste personal, emocional, a nivel del día a día"* (Enfermero asistencial, 48 años)

Lo que está claro es que las experiencias y prácticas clínicas resultan indispensables para aflorar la idea de lo que realmente significa ser enfermera, aunque a veces puede generarse cierta contradicción entre lo aprendido en el aula y el actuar de la enfermera en su centro laboral donde las estudiantes son participantes activas (Díaz, 2014).

Uno de los enfermeros nos explica de forma detallada la formación adquirida durante la carrera. No sólo explica que algunas de las temáticas impartidas en la universidad no le han servido para la práctica, sino que nos expone como otras materias sí que le han servido, ya que le mostraron cómo incorporar el cuidado a la técnica.

*DUI6. "Lo que me contaban las profesoras no me cuadraba para nada con lo que yo estaba viendo durante mi trabajo. En la carrera te meten un montón de conceptos y modelos que no sirven para nada, poca psicología, nosotros tenemos que atender a la gente y tenemos que saber cómo hacerlo, tenemos que ver aquello que otro profesional no es capaz de ver, por tanto nos deben enseñar para poder ver esas cosas que nos ayudan en el trabajo y la atención a la persona, indefensa, tullida, enferma, jodida, enfadada con el mundo, o enfadada porque está allí y a lo mejor no ha dormido,... creo que psicología nos falta más. Modelos...es que no se usan. Y técnicas nos enseñaron muy bien cómo hacer daño por todas partes y de la manera más correcta, pero no solo te enseñaba la técnica, sino como tranquilizar a la persona, que eso me llamó mucho la atención...eran técnicas, pero con un puntito de cuidado que era genial"* (Enfermero asistencial, 32 años)

Alguna de ellas explica cómo durante la formación inculcaron en ella ciertas expectativas que no se corresponden con la realidad del trabajo diario.

*DUI4. "Cuando yo estudiaba en la UB, me enseñaron que la enfermera tiene una autonomía, que es capaz de diagnosticar según qué cosas y que puede hacer actividades sin que nadie se lo*

*paute y cuando llegas, ves que no, que todavía seguimos siendo auxiliar del médico” (Enfermera asistencial, 27 años)*

Es decir, por un lado, a los estudiantes de enfermería, con conocimientos nuevos para el desarrollo de una autonomía profesional, les es imposible aplicarlos a la práctica si quieren ser aceptados por el equipo de trabajo que tutela sus prácticas, dado que el entorno de trabajo tiene muy marcado un rol enfermero específico y dependiente, y por otro lado, escuchamos que enfermería, en la actualidad, está realizando las mismas tareas delegadas de etapas anteriores, obstruyendo la posibilidad de una autonomía profesional.

Como ocurre en otras disciplinas, como en Trabajo Social (Báñez, 2003), durante los estudios, las futuras enfermeras son formadas por docentes, en su mayoría, a tiempo total en la universidad, que en su gran mayoría hace mucho tiempo que no ejercen en el ámbito asistencial, por lo tanto, la formación que estas imparten, en muchas ocasiones no corresponde con la realidad que posteriormente se encontraran las enfermeras. Una de las enfermeras justifica esa falta de relación entre la teoría y la práctica en base a la visión poco realista de las docentes, que por un lado no están formando a los alumnos en la resolución de problemas, sino que además, según ella, los docentes viven ajenos a la realidad laboral que van a encontrar los futuros profesionales.

*DUI7. "No hay correlación de la formación que dan con la realidad laboral, porque los responsables que están en la escuela no enseñan a resolver los problemas del día a día del trabajo, las que están en la escuela hace muchísimos años que no están trabajando y deberían compaginar las dos cosas, así sabrían a lo que realmente se enfrentan las alumnas cuando terminan” (Enfermera asistencial, 47 años)*

Los alumnos, por su parte, opinan que durante su formación han adquirido una visión holística de la salud y la enfermedad basada en las necesidades del paciente, pero en las empresas y en las mentalidades de muchos profesionales de la salud prevalece el modelo biomédico y un enfoque racional, técnico y científico. Es decir, los alumnos durante las prácticas se encuentran con una determinada cultura de empresa y con personas con mayor experiencia y estatus, y los alumnos tienden a aceptar las condiciones, patrones y relaciones existentes como unos "límites" que no se deben sobrepasar. Las prácticas socializan a los futuros profesionales en la asunción de los patrones conservadores de conducta y pensamiento imperantes en los centros. (González, 1994).

*E1. "No coincide lo que te enseñan en la escuela, que te enseñan las técnicas más complicadas (analíticas, gasometría,...) pero por ejemplo en el tema de curas, el tema de curas de heridas quirúrgicas no sabemos nada, nada,...ayer lo hablaba con compañeras que ya son enfermeras y*

*reconocen que en la escuela no te enseñan nada de curas y tu llegas aquí y ¿con qué curas? Te tienes que buscar la vida..." (Estudiante enfermera, 32 años)*

*E3. "Creo que falta conocimiento a nivel práctico, a pesar de que tenemos un año más. Faltan talleres, casos prácticos,..." (Estudiante enfermera, 30 años)*

Hemos querido saber la opinión de los gestores en relación a la adecuación de la formación con las necesidades que tienen las empresas, ya que ellos son los que pueden tener una visión más general de las necesidades empresariales.

Algunos piensan que por el hecho de ser un grado, se dan materias que no formaban parte del currículum formativo de la diplomatura, pero que a pesar del año de prácticas, necesitan coger mayor destreza en técnicas.

*G2. "las chicas que salen ahora de las universidades las veo potentes y el grado les da lo que les hacía falta a nivel de prácticas, antes salían más...y ahora son grados, es una carrera de 4 años, yo creo que ahora tienen unos campos que no teníamos nosotras y ya salen, pues eso con ganas y potentes" (Directora enfermería, 49 años)*

*G6. "La gente no hace muchas prácticas, se ha enfocado la formación hacia algunos aspectos, diferentes a los se enfocaban cuando yo estudiaba, antes era práctica diaria, hospitalario, ahora hacen gestión y muchos temas, supongo que para que tengan una noción de los diferentes ámbitos de la enfermería, pero realmente, como en todas las carreras, si te quieres dedicar a algo, deberás formarte más..." (Directora enfermería, 56 años)*

*G8. "... se supone que deben salir mejor, pero yo sigo pensando que salen con pocas horas de práctica, el grado, aquí en la URV se dedica a hacer gestión y estas chicas no lo utilizarán hasta pasados años, a una alumna de 4º ponla en un servicio de críticos, en servicios fuertes donde puedan coger seguridad en técnicas y en contacto con la gente" (Supervisor, 52 años)*

Algunas ven una falta de relación teórico práctica y atribuyen esta situación a una falta de diálogo entre las instituciones de educación y sanidad.

*G1. "Creo que el ministerio de educación con el de sanidad no se entienden, o sea, ahora tenemos alumnos de 4º que no han hecho ni una técnica de las habitualmente hacemos, no han sondado, no han hecho una punción arterial, no han visto un recién nacido patológico,... no puede ser, las horas de teoría son una cosa y las de práctica son otras y deberían estar interrelacionadas" (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

*G9. "El cambio de la formación ha hecho que enfermería pierda credibilidad, antes haciendo mucha práctica, como hacíamos, aprendías un montón, veías un montón de cosas, ahora con las pocas prácticas, además que vas de acompañante, si te quieres implicar, te implicas y si no,*

*pues no y cuando llegas al trabajo, llegas con mucha teoría y poca práctica, y de la teoría a la práctica hay un mundo. Mucha de la práctica que se adquiere con el trabajo es la práctica relacional, esa habilidad de saber relacionarse y eso no lo tienen” (Ex-directora enfermería, 59 años)*

*G7. "Yo creo que cuando salen no están preparadas, les falta práctica y aplicar los conocimientos a la práctica. Es un problema, piensan que se ha de notar el cambio...pero... no sé” (Supervisor, 47 años)*

Una de ellas pone atención en la detección de necesidades que se llevó a cabo cuando se preparaba el cambio de diplomado a grado en el libro blanco de la enfermería, según ella, este documento hubiera servido para establecer un nuevo plan de formación adaptado a las necesidades detectadas, sin embargo no fue así.

*G1. "Con el grado lo único que ha cambiado es que es un año más y hemos repartido la materia en 4 años, punto y final. Ni siquiera con el cambio a grado que se hizo el libro blanco de la enfermería donde, en teoría se detectaba las necesidades de poner más hincapié en la atención a crónicos, la educación sanitaria,...ni siquiera con eso ha habido un cambio en la formación que se da a los alumnos” (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

Algunos piensan que con el grado se están creando falsas expectativas, y esto lo perciben como algo negativo que impacta en la motivación de los profesionales.

*G5. "Este esfuerzo de conocimiento se debería reconocer a nivel laboral, pero con el marco económico actual... esto crea expectativas en la gente y luego no se corresponden con la realidad laboral” (Supervisora, 43 años)*

*G9. "Mira con la formación que se está dando, lo único que pasa es que se crean expectativas en las futuras enfermeras y después se frustran y llegamos a lo que hay actualmente. Con los diplomados pasó igual, nos dijeron que con los diplomados serían caps de área, que harían gestión...que diferencia ha habido...ninguna y ahora quieren hacernos creer lo mismo. Era un esfuerzo académico del que esperabas alguna compensación, pero que pasó, pues nada que nos quedamos como estábamos. Era todo igual, la única diferencia era que tenías un certificado, que por cierto costó un pastón, pero por lo demás....no conseguimos nada. Y ahora con el grado pasará lo mismo...” (Ex-directora enfermería, 59 años)*

En algunos discursos se observa el déficit de comunicación entre la universidad y la empresa, y algunos piensan que la clave está en que los docentes no están en contacto con la realidad

G9. *"La universidad no tiene comunicación alguna con los centros de trabajo y sería bueno que se estableciera esa comunicación porque se enteraría de la vida real, pero la universidad, en ninguna carrera está comunicada con las empresas, creo que la universidad es la institución más carca de todas y debería ser la más moderna ya que está creando futuros profesionales"*  
(Ex-directora enfermería, 59 años)

G6. *"De todas formas, por lo que me dicen las enfermeras que están en contacto con la universidad, allí hay gente que no vive en el mundo real, porque hay gente desde hace muchos años,..."* (Directora enfermería, 56 años)

Una de las gestoras, que está de profesora asociada en la universidad y se encarga de la coordinación de los alumnos en uno de los hospitales, nos define claramente de la situación en la que se encuentran los alumnos durante las prácticas. Podríamos resumirlo en una indefinición de rol por falta de conocimientos competenciales necesarios para la práctica asistencial.

Esta relación inicial entre noveles y expertos tiene una característica específica y es que "existe cierto criterio tácito de jerarquía entre los noveles y los antiguos, que se percibe con mayor fuerza en los recién llegados. Estos suelen asumir una especie de "subordinación teórico-práctica", fundamentalmente durante el primer año, frente a los conocimientos desarrollados por los más antiguos (...) de esta manera, los veteranos provocan un proceso de socialización tácito mediante la presión sutil de primar sus planteamientos y actividades frente a posibles alternativas presentadas por los noveles" (Fernández y Fernández 2006:429). Es decir, los recién llegados, van a reproducir los sistemas de trabajo establecidos en el centro, sin oportunidad, al menos inicialmente, de poner en práctica alternativas nuevas. Como dicen Palací, Ripoll y Osca (1995), durante los primeros meses los profesionales noveles, experimentan un conflicto de rol cuando perciben expectativas incompatibles sobre lo que se espera de él, y la ambigüedad de rol cuando no tenga una idea clara de su trabajo.

G1, " *"Motivación, comunicación, trabajo en equipo, debería tratarse ya en la universidad, pero tanto enfermería como médicos, porque ellos tampoco saben qué coño hacemos las enfermeras, ellos saben perfectamente cuál es su papel y saben que nos pueden mandar y nosotros, parece que no sabemos cuál es el nuestro, si hablas con los alumnos de 1º y les preguntas qué esperan de la enfermería, muchas veces se van por las ramas porque realmente no saben lo que esperar, si pinchar, cortar, coser,... pero cuando les hablas de ese papel más reflexivo, de conocer, de saber, de saber estar, de cómo actuar, de la empatía, la empatía la utilizan mucho a nivel teórico, porque cuando les preguntas qué significa, lo único que te dicen es que es ponerse en el lugar del otro, pero si insistes en qué significa realmente la empatía, no tienen ni idea, no ven aplicada la teoría a la práctica (...) Hay alumnos que estando en 4º te dicen que han pisado 2 veces el hospital durante un mes y medio, han estado en salud mental, en sociosanitario, en escuelas,...pero en hospital,...nada. Deberíamos hacer un curriculum de*



*prácticas, el primer año, se ha de pasar por tal sitio, el segundo, el tercero,...y así, y no estar un mes de prácticas sino 3 meses, porque así la enfermera tendrá más confianza en él y le dejará hacer más técnicas y aprenderá más... ¿quiénes son los alumnos más aventajados? Los que son auxiliares, a estos les dejas porque ya les ves otra forma de hacer y de estar, pero aquellos que con 18 años se presentan delante de un paciente y a veces no son capaces ni de saludar correctamente al paciente... hay que enseñarles todo y cuando te das cuenta, se van (...) A pesar de que en el RD que establece las competencias de los alumnos de grado y dice las técnicas que debe aprender, la verdad es que no se hace, si hablaras con un alumno de 4º y se sentaran y le preguntaran, ¿tú has hecho un sondaje vesical? ¿Lo has hecho bien? Mal? ¿Por qué? Eso no se hace para nada con los alumnos, se evalúa la actitud con pacientes y profesionales, si tiene ganas de aprender,...pero conocer exactamente lo que ha aprendido....no. Hay una evaluación global de ese periodo de prácticas, en el que se evalúa, puntualidad, saber estar, colaboración, priorización, y nada más y si se espera que en el 4º año se supla todo lo que no ha aprendido durante los otros 3,...pues va a ser que no. Pienso que desde la universidad se debería trabajar más el contenido de las prácticas” (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

*G1. “yo los alumnos que tengo ahora de grado, los veo muy, muy, muy flojos, además tampoco se les ha explicado, por ejemplo, yo los tengo en gestión y no se les ha explicado qué competencias tienen que desarrollar en gestión, en el sitio que van a estar haciendo prácticas de gestión, pero es gestión, gestión,... no gestión de cuidados, ellos no saben lo que tienen que aprender, y nosotras les vamos haciendo hacer cosas que no hacen las enfermeras normales, si no que hacen las enfermeras que están en una parte de la gestión, por ejemplo gestión de pacientes, corte de higiene de manos, tema VINCAT y la gestión de hospital de día de oncología, pero van sin saber muy bien qué es lo que queremos que aprendan...les hablas de calidad y no saben nada, les hablas de una espina Isykawa y tampoco saben los que es,...yo lo único que tengo es un documento, muy ambiguo que no me explica qué es lo que tienen que aprender mis alumnos,...totalmente ambiguo” (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

También nos interesó conocer la percepción que tienen los médicos en relación a la adecuación de la formación de las enfermeras. En general denotan una falta de formación técnica y de criterio clínico.

*Dr3. “A nivel formativo se deberían adquirir herramientas técnicas, entendiendo técnica como procedimiento y herramientas de conocimiento. Durante la formación hay mucho que aprender y más cuando todo está evolucionando y cambiando tan rápidamente, pero yo creo que es interesante que se insista en la técnica” (Médico jefe de servicio, 48 años)*

*Dra5. “Yo creo que les falta experiencia, les falta el ojo clínico...” (Médica asistencial, 38 años)*

Nos llama la atención el discurso de uno de los médicos entrevistados que percibe la actitud empática y el cuidado que aplican las enfermeras como un “alma caritativa”, que puede llevar a situaciones

complicadas y peligrosas, según él, en el ámbito de la salud. La caridad entendida como un sentimiento o actitud que impulsa a interesarse por las demás personas y a querer ayudarlas, especialmente a las más necesitadas, podríamos compararla con otro de los valores, la humanidad que podríamos traducir como una sensibilidad y compasión con las desgracias del otro, es decir un sentimiento de tristeza que produce el ver padecer a alguien, y que impulsa a aliviar su dolor o sufrimiento, a remediarlo o a evitarlo, y que mal entendida, según este informante, puede llevar a situaciones comprometidas en relación con la salud-enfermedad de los pacientes.

*Dr3. "Y se debería enfocar el tema sobre la empatía de otra manera, sin alma caritativa, eso no. (...) Lo de cuidar es una cuestión muy caritativa que, para mí, carece mucho de sentido en la sanidad y el peligro de este concepto de caridad puede llegar a aberraciones muy peligrosas, ya que puedes pensar que por caridad, este señor no debería vivir, por tanto esto es muy peligroso, por tanto este concepto tiene que estar aparte. Lo importante es la profesionalidad y empatía, ya está. Punto final. (...) La caridad debe estar fuera del ámbito de trabajo. Ya te digo, empatía y técnica. Solamente. (...) Cuando hablamos de empatía te ayuda a entender bien los problemas del paciente, e incluso la patología del paciente y a veces hay aspectos que puedes sacar desde ahí, desde la empatía, con el espíritu caritativo solo puedes sentirte solidario con él...pobrecito...ponte el oxígeno...no pasa nada...esto no vale, no llega a ninguna parte y además hay enfermeros que tienen el rol de enfermo muy magnificado y con esa actitud de espíritu caritativo lo potencias aún más...no es bueno"* (Médico jefe de servicio, 48 años)

Llegados a este punto y viendo que tanto profesionales asistenciales, como alumnos, como los propios gestores entienden que existe clara inadecuación de la formación con las necesidades que establece la práctica, y una falta de comunicación entre universidad y empresa, quisimos preguntar a los docentes sobre el tema.

Las docentes también comparten esa diferencia entre la formación que dan y las necesidades de la empresa. Según ellas, los alumnos están formados para la resolución de problemas, pero entienden que en la práctica real los casos son diferentes en complejidad a los resueltos en clase. Reconocen el estrés y la inseguridad que produce la inserción laboral en los recién egresados, pero lo justifican en base a la falta de un profesional que los tutele inicialmente y a la presión asistencial a la que son sometidos por las empresas.

*D1. "Para la responsabilidad que le dan, no, no están preparadas, porque el grado de estrés que le genera en verano poner una enfermera recién graduada en pediatría...por eso tienen que estar las enfermeras expertas que las tutelen...pero ningún profesional sale preparado... de todas formas ya las preparamos para enfrentarse a problemas y hacen casos clínicos en todas*

*las asignaturas, pero claro, no es lo mismo enfrentarse a un caso clínico en un papel que en la vida real” (Enfermera docente, 63 años)*

*D2. "Salen como noveles, como cualquier otra carrera, un novel es una persona que está en el primer nivel de competencia, es novel, ¿sabe? No... nuestra carrera, los alumnos tienen práctica durante todo 4º, sino sería un atentado dejar a una enfermera en una planta,...que por otro lado es lo que hacen las empresas, eso de dejar a una recién egresada con la responsabilidad de toda una planta...me parece de juzgado de guardia...pero dentro de eso nuestra carrera tiene muchas horas de prácticas” (Enfermera docente, 58 años)*

De alguna forma justifican esta diferencia entre la formación adquirida y la realidad laboral, manifestando que están formando enfermeras para el mundo, y que fuera de España la formación es la requerida por las instituciones sanitarias.

*D3. "Yo les digo siempre a los estudiantes que nosotras formamos enfermeras para el mundo, no enfermeras para Tarragona, lo repito constantemente. Y ellos me dicen esto, tanta psicología, tanta familia y les contesto, ir y hacer un Erasmus y ver qué es lo que piden allí, y la mayoría cuando vuelven de países nórdicos, o incluso en Portugal, te lo dicen, realmente el plan de estudios se adapta a lo que te piden fuera. Si nos limitamos a formarlos por lo que les piden en Tarragona, no saldrían de España...y nos los están pidiendo por todas partes. Esa diferencia que se ve entre la formación que damos y lo que necesitan las empresas, parece que la disciplina y el cambio en el ámbito laboral es mucho más lento. Cuando te mueves por el mundo, tú ves que la enfermería está en otro nivel” (Enfermera docente, 58 años)*

Con estos resultados, parece palpable la falta de comunicación entre la Universidad y las empresas en las que trabajarán posteriormente los alumnos, o que si realmente existe comunicación, las necesidades de las empresas son obviadas por la universidad a la hora de preparar el currículum de la disciplina.

Ante esta tesitura, quisimos preguntar a las docentes, si existía algún tipo de relación entre estas dos instituciones. Según ellas, existe una comunicación fluida entre universidad y empresas con reuniones periódicas en las que se detectan las necesidades.

*D1. "Sabemos que es lo que se les exige y las formamos para eso, tenemos comunicación constante con las empresas porque hay una persona que es coordinadora de las instituciones” (Enfermera docente, 63 años)*

*D2. "Sí que hablamos con las empresas y sabemos lo que necesitan de las enfermeras” (Enfermera docente, 58 años)*

Nos llama la atención que, tal y como dice esta informante, ante la demanda de algunas necesidades específicas de las empresas, como son más prácticas o alguna técnica en concreto, la universidad insiste en que eso no es lo importante y priorizan la formación reflexiva y no técnica de los futuros profesionales. Esta priorización, que de entrada parece correcta, está basada en el temor a una fuga de competencias por otras categorías profesionales, como pasó con podología o dietética (“*porque si no saldrán otras profesiones*”).

*D3. "cuando hablas con las direcciones y te dicen es que vais por otra línea diferente a la tendríais que ir, porque necesitan saber sondar mejor, porque tienen que hacer más prácticas,...y me canso de repetirles que lo que tienen que aprender es a tener un juicio, y el cambio que la enfermería necesita en nuestro país, pero de forma urgente, porque si no saldrán otras profesiones..." (Enfermera docente, 58 años)*

Es decir, la universidad está preocupada por el desarrollo de la disciplina y la pérdida competencial, mientras que las empresas están preocupadas por la formación que necesitan que tengan los futuros profesionales.

En el caso de enfermería, el entorno envía constantemente mensajes contradictorios a la enseñanza, tanto en el sentido de no definir cuál es el profesional que precisa, como de mantener unos centros educativos en los que se supone que alcanzan unos niveles elevados de complejidad y de desarrollo del conocimiento. “Hay poca relación entre lo que se enseña y lo que se demanda y no se ha producido de forma real y fructífera, la deseada relación entre la Universidad y las instituciones sanitarias, de forma que se pudiera establecer una formación adecuada a las necesidades reales de prestación de cuidados enfermeros en el sistema de salud español” Mompert, (2004:7).

Si además, tal y como nos dice la siguiente informante, cuando se realizó el proyecto de plan de estudios de la enfermera de grado, lo “explicaron” a los representantes empresariales, significa que estos últimos no participaron en la realización, y por tanto no pudieron exponer sus necesidades específicas.

*D3. "Si, cuando se hizo el cambio de DUI a grado, montamos una comisión en la que estaban los centros asistenciales y nosotros explicábamos nuestro proyecto que les pareció muy interesante. Y una vez se ha instaurado el grado, yo me reúno con las direcciones de los centros asistenciales donde tenemos alumnos y hago reuniones en Tarragona y Campus Terres de l'Ebre, para hablar de los alumnos, para ver como salen de preparados, para ver que necesidades tienen (los alumnos)...qué aspectos hay que reforzar y luego hacemos cambios en el plan de estudios recogiendo sus necesidades y el de los estudiantes" (Enfermera docente, 58 años)*

Es decir, por un lado los profesionales nos dicen que los alumnos no salen suficientemente preparados para afrontar los retos profesionales y que no hay suficiente relación entre universidad y empresas, y por otro las docentes insisten en que sí existe esta comunicación y que, según ellas, conocen perfectamente cuáles son las necesidades de estas. Dada esta discordancia preguntamos a las docentes cuales son las expectativas que el entorno laboral tiene en relación a las enfermeras.

Comenzamos preguntando sobre lo que, según ellas, las empresas esperaban de las enfermeras. Los discursos aportados fueron variados y en muchos casos rehuían la contestación culpabilizando al sistema organizativo de la empresa. Alguna nos habla claramente y establece que lo que necesitan las empresas es una enfermera que realice tareas delegadas y técnicas, y reclaman una falta de autonomía en la realización de los cuidados.

*D1. "En estos momentos, las empresas esperan sólo cosas delegadas, yo veo que esperan esto, porque si esperaran otra cosa, le pedirían otras cosas...si a mí me pagan por hacer algo...en estos momentos les están pagando por hacer tratamiento en las curas. Y ¿por qué pasa esto? Es que no lo entiendo por qué..."* (Enfermera docente, 63 años)

*D3. "De todas formas mientras no tengamos una autonomía a nivel hospitalario, si la empresa lo que espera es una técnico,... eso es lo que hace la enfermera..."* (Enfermera docente, 58 años)

Otra parece intentar justificar la falta de desarrollo de niveles altos de competencia en base a los ratios enfermera/paciente establecidos por las empresas, y apelan a estudios realizados que relacionan el ratio con las tasas de morbimortalidad de los pacientes. Estudios, que según ellas, conocen pero que pasan por alto las empresas.

*D2. "En hospitalización hay unos temas que se han de tener en cuenta: el ratio enfermera paciente es una brutalidad, los niveles de competencia, las enfermeras hoy día hay un pool de enfermeras que van por todos los servicios y estas no pueden desarrollar niveles altos de competencia más allá de 4 tareas, la competencia se adquiere con la experiencia en un servicio y por tanto el servicio que dan depende de esto, del ratio enfermera-paciente y de la competencia que tenga la propia enfermera (...) El estudio de Aike demostró que cuando aumentan los ratios de enfermera-paciente, aumentaba la mortalidad y eso lo saben los gestores, por lo tanto el cuidado se puede medir con indicadores como la mortalidad y la morbilidad...el problema es que estos estudios no los admiten, porque los conocen y saben que si disminuyen los ratios, disminuye la morbilidad, las complicaciones y los pacientes se van antes a casa..."* (Enfermera docente, 58 años)

Es decir, según las docentes, lo que las empresas necesitan es que enfermería realice las técnicas delegadas del acto médico y si no aporta más, es por la existencia de barreras organizacionales.

Reconocen cierto grado de invisibilidad enfermera en las empresas y responsabilizan de esta situación al propio colectivo femenino, juntamente con los líderes de enfermería que no reconocen el valor de su trabajo.

*D1. "La invisibilidad en las empresas de la que se quejan las enfermeras, la invisibilidad es que yo la haga visible y las enfermeras lo pueden hacer,... si la enfermera le da valor y la institución le da valor a esto...es fácil... pero la enfermera no le da valor a esto" (Enfermera docente, 63 años)*

*D3. "Lo que nos falta es creernos el valor de lo que estamos haciendo, si fuéramos hombres... bueno...bombo y platillo a todo lo que hiciera...hay muchas técnicas novedosas que estamos haciendo y que aportan al enfermo muchas mejoras... y esto serían las direcciones de enfermería las que deberían explicitarlo y darlo a conocer al resto de enfermeras y a la gente de la calle, lo que pasa es que esto necesita hacer estudios de investigación y sacar una noticia en prensa,...es ese espíritu investigador que nos falta a nivel asistencial para visibilizar la profesión" (Enfermera docente, 58 años)*

Una de las docentes se cuestiona los motivos de esta falta de valoración del trabajo enfermero, según ella, a pesar que desde la universidad se les aportan los conocimientos necesarios, cuando se incorporan al ámbito laboral adquieren los mismos hábitos que los profesionales que tienen en su entorno de trabajo

*D1. "...pero deberíamos empezar porque las propias enfermeras viesan ese valor, nosotras explicamos todo esto y entran en un sistema en el que esto no se valora y esto es una gran dificultad, porque muchas veces nos preguntamos...si hemos explicado todo esto cientos de veces... ¿Cómo es que entran en esta rueda?...porque no se hace..." (Enfermera docente, 63 años)*

Con el objetivo de saber el grado de conocimiento que las docentes tenían sobre las necesidades de las empresas en relación a la enfermería, nos pareció interesante preguntarles cuáles eran las expectativas de los médicos respecto a las enfermeras. Según ellas, lo que necesitan los facultativos es una buena profesional que trabaje en equipo y que le aporte la información necesaria sobre el enfermo para poder realizar correctamente su trabajo. En sus discursos se aprecia cierta nostalgia por la labor que las enfermeras podrían desempeñar y que aportarían un valor a la profesión, pero que no realizan.

*D1. "Yo creo que saber trabajar conjuntamente, pero bueno, el hecho de que haga bien todo el trabajo delegado, pero además reducir y trabajar la ansiedad, los miedos, los procesos de pérdida que tienen las personas como consecuencia de la enfermedad y el tratamiento, esto el*

*médico lo necesitaría y ayudaría en el proceso de recuperación de la persona... y esto no lo hacen las enfermeras, no lo hacen, no"* (Enfermera docente, 63 años)

*D3. "Necesita un compañero/a, una complicidad y una buena profesional que sepa lo que tiene que hacer, que sepa muy bien cuál es su papel y que en un momento determinado sea esta aportación complementaria a la visión que él tiene. Eso es lo ideal....Y la pena es que la propia enfermería no sabe lo que necesita el médico...y es una pena, esto yo lo viví en Suiza porque allí me pedían esto...y yo alucinaba, llegábamos a la habitación y me preguntaba cómo veía al enfermo y que era lo que necesitaba. Ese es el rol autónomo que yo aprendí...el problema es que cómo cambias esto...no lo puedes cambiar"* (Enfermera docente, 58 años)

Nos ha llamado la atención el discurso de esta informante que, por un momento, nos ha recordado la célebre frase con cierto matiz discriminatorio "detrás de todo gran hombre siempre hay una gran mujer"

*D2. "yo creo que un buen médico, para ser buen médico, necesita a las enfermeras porque son quien les va a dar más información de los pacientes y de las familias, para ser buenos médicos necesitan conocer al paciente que tiene delante y a la familia, y quien conoce al paciente es la enfermera"* (Enfermera docente, 58 años)

Son conscientes de que la relación médico enfermera no es la más apropiada para el desarrollo óptimo del trabajo enfermero. Visualizan luchas de poder de las que corresponsabilizan a las actitudes dóciles y resignadas de las enfermeras, que son incapaces, según ellas, de reclamar su espacio y su rol propio.

*D2. "Si en la actualidad no se trabaja en equipo, será...pues también seremos corresponsables de eso, no estoy por la labor del victimismo, yo estoy porque las enfermeras se empoderen y vayan reclamando y pidiendo...pero es que no es una cuestión de reclamar ni de pedir, es una cuestión de ocupar tu sitio, que tu sitio es tu sitio, y el sitio de las enfermeras no lo ocupa nadie, que nuestra profesión es una profesión muy dura, es una profesión de estar a pie de cama y no lo ocupa nadie...pues oye chica, no reclames, valórate, valora tu trabajo y ocupa tu espacio y tu sitio, y di lo que tengas que decir, cuando lo tengas que decir, no en el terreno de "me dejan"...el concepto me dejan, yo estoy hasta las narices del me dejan, porque luego lo aplican a ellas mismas, me dejan o no me dejan y luego lo aplican a los demás, les dejo o no les dejo,...y ni te dejan, ni te dejan de dejar, ni tu dejas ni dejas de dejar...estamos ahí en esas luchas de poder que yo estoy aburrída. Sí que hay un campo de lucha, pero hay un campo de lucha cada uno por su terreno y por su lugar legítimo,..."* (Enfermera docente, 58 años)

El objetivo de los estudiantes es que aprendan significativamente de la realidad, aplicando el conocimiento científico como fundamento para la toma de decisiones y para la aplicación de los

cuidados, pero llegados a las prácticas clínicas, aparecen diferentes visiones entre las expectativas de las enfermeras clínicas y docentes. Las docentes han facilitado a los estudiantes la formación teórica, y las clínicas desarrollan su práctica desde una perspectiva interpretativa de los conocimientos, lo cual produce cierta incertidumbre y angustia entre los estudiantes. (Rudman y Gustavsson, 2012). Pero según nos comentan las docentes, los futuros profesionales a los que se ha formado no son capaces de asumir y defender su rol.

*D3. "Nosotras les damos el conocimiento, les damos las herramientas, les explicamos cual es el rol y... esto les permite en un momento dado, cuando sean profesionales, depende de su personalidad, de su convicción, y de su fortaleza, que sean capaces de decir, "mire, esto, perdone...pero ni me lo dice de esta manera,...ni lo voy a hacer porque usted me lo mande y voy a seguir haciendo esto, porque este es mi rol y este es mi papel. Pero no lo hacen..." (Enfermera docente, 58 años)*

Entienden que en las relaciones existe una jerarquía establecida por los propios profesionales, que asumen una actitud de inferioridad y sumisión ante los médicos, a pesar de que, según ellas, son preparadas para defender su criterio y hacerse valer ante ellos. Perciben un comportamiento diferente en los enfermeros que sí son capaces de dar su criterio con determinación.

*D1. "Yo creo que existe una jerarquía ciertamente marcada en las empresas entre médicos y enfermeras y estas no cogen su poder en la toma de decisiones de lo que ellas son capaces y están preparadas para hacer, no sé el motivo, porque siempre, en cosas en las que estamos preparadas, hay como miedo en explicar, en decir y luego no le damos la suficiente fuerza...si sabemos que un enfermo debe dormir o si yo pongo un tratamiento y cómo hago ese tratamiento y esto es solo mío, porque es mi responsabilidad y mi poder...no le damos importancia, aún...siempre es lo que diga el médico. Me gustaría saber por qué...pasa esto...podría ser un factor el hecho de ser mujer... si piensas en un enfermero, cuando se sienta, se pone en su sitio...el enfermero se pone en su sitio y discute con el médico si es necesario...y cuando te explican algo, se ve que ellos,...y a lo mejor saben menos...pero lo que saben, es como que la gente se lo cree y nosotras no nos ponemos en este sitio porque no le damos importancia a nuestra postura, a como el hecho de ir vestida, que tiene un significado, pero ir bien vestido, cuidado y tal y eso te da valor a ti misma...y eso no...es como ir haciendo tareas...pero se podría hacer igual, hacer bien trabajos delegados, pero que son de una responsabilidad, y los médicos ya lo ven bien, pero las enfermeras...no lo cogen y los médicos no se meterían en esto, en nada, en nada, pero hay como esta sumisión que se percibe sólo en cuando están contigo" (Enfermera docente, 63 años)*



Piensen que enfermería podría mantener relaciones de equidad con los médicos, cuando sean capaces de valorar los cuidados aportados y eso, según ellas, se consigue con la experiencia.

*D2. "Hay una jerarquía que cuanto más experiencia tienen las enfermeras, más luchan para que se den relaciones de equidad. Me da pena cuando las veo entroncadas en ese sentimiento de inferioridad, de desvalorización, porque eso quiere decir que todavía en la cabeza no tienen esa relación de equidad y eso lo veo continuamente, pero es verdad que pasan, que tienen que pasar por ese proceso. Es una lucha, porque cuanto menos valoradas se sienten unas, más valorados se sienten los otros, es una lucha, de las clásicas luchas y tradicionales dominios que tienen las enfermeras. Yo creo lo que dice Freire, la miseria de las relaciones de poder, sobretodo donde están es en la cabeza. En la medida que la enfermería se valora, que ellas valoran su trabajo, que entienden que lo importante es el paciente, ellas lo tienen más claro"*  
(Enfermera docente, 58 años)

Otro de los aspectos importantes a tener en cuenta son las necesidades, que según las docentes, tienen los usuarios de las enfermeras. Según ellas, lo que los usuarios necesitan es ser atendido con profesionalidad, respeto, interés, calidez y conocimientos y velar por sus intereses.

*D1. "Que se sienta bien atendido"* (Enfermera docente, 63 años)

*D2. "Yo creo que la figura de la enfermera es la figura del defensor del paciente, por excelencia, si alguien puede defender al paciente, defender en el amplio sentido de la palabra, defender en el sentido de no hacerse daño, en el sentido de que no le hagan daño,... esa es la enfermera"*  
(Enfermera docente, 58 años)

*D3. "Necesita ser atendido con profesionalidad, que esto aún hoy en día hay un porcentaje en el que no se lleva a cabo. Profesionalidad quiere decir, atendido con respeto, con conocimiento, con interés y con calidez, porque a veces el respeto puede ser muy frío, aunque yo prefiero un respeto frío pero con conocimiento, pero si además puedes dar este acercamiento, este interés por el otro...ser capaz de entender lo que le pasa al otro y darle la respuesta que necesita, y si no puedo darle respuesta, me sentaré con él y le explicaré por qué"* (Enfermera docente, 58 años)

Por lo tanto, podemos ver que por un lado, los profesionales, estudiantes y representantes de los sindicatos explicitan una falta de diálogo entre universidad y empresas dada la discordancia existente entre la formación y la práctica asistencial, y por otro lado, las docentes mantienen un diálogo constante con las empresas y parecen conocer las expectativas empresariales: lo que éstas reclaman es básicamente un técnico que realice las tareas delegadas del médico, y de alguna forma entienden que están formando profesionales más capacitados de lo que en la actualidad necesitan las empresas en España. Según las docentes lo que los médicos necesitan es una profesional que sepa trabajar en equipo y

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

que le aporte la información necesaria sobre el paciente. En relación a los usuarios creen que el paciente necesita una atención profesional, respeto y calidez en el trato y una defensora de sus intereses.

Sin embargo, las docentes creen que las enfermeras podrían desempeñar unos niveles de competencia muy superiores al que realizan en la actualidad, y si no lo están llevando a cabo es por problemas organizacionales en las empresas y de los líderes de enfermería que no defienden el espacio y el rol enfermero, lo que ocasiona una invisibilidad del colectivo, no sólo a nivel empresarial y profesional, sino también a nivel social. Creen que uno de los problemas más importantes es la falta de valoración que el propio colectivo da a los cuidados que aporta al sistema, y reconocen luchas de poder entre el colectivo médico y enfermero que dificultan el trabajo colaborativo.

Ante esta situación Kafkiana en la que observamos como las docentes responsabilizan a las instituciones y sus sistemas de organización, a los líderes de enfermería, a otras categorías profesionales o a los propios profesionales de enfermería, reconocemos en ellas cierta impotencia ante una realidad que intentan cambiar por medio de la formación. De alguna forma están cuestionándose los motivos ¿Por qué esta falta de valoración del propio trabajo del colectivo? ¿Por qué las enfermeras no saben defender su espacio y su rol ante otras categorías profesionales? ¿Por qué esa actitud de inferioridad y sumisión que asumen las enfermeras ante los médicos?....

Nosotros creemos que la respuesta a todas las preguntas está resumida en esto dos comentarios que aportan unas docentes y una enfermera.

*D1. "el estudiante hace lo que ve y si está con una enfermera que hace estas cosas, el estudiante después las hace...y lo ves" (Enfermera docente, 63 años)*

*D3 "... y las alumnas hacen lo que ven, yo estoy cansada de decirles a las enfermeras, sois su modelo y ejemplo para las alumnas" (Enfermera docente, 58 años)*

*DUI7. "Estoy cansada de escuchar a las alumnas decir, no, es que en la escuela lo enseñan así o así. Hay un abismo, y salen y salen profesionales y siempre es el mismo discurso por más que pasen los años" (Enfermera asistencial, 47 años)*

Se establece una confrontación entre el conocimiento adquirido y la forma de ponerlo a la práctica en un contexto sanitario con unas normas y hábitos estáticos en el tiempo. Lo que está claro es que la falta de experiencia práctica limita la capacidad de reacción y transferencia de los aprendizajes a la práctica. Es no saber qué hacer con su saber teórico para el desempeño de sus funciones. "Existe un gran distanciamiento entre lo que han estudiado y la realidad de los centros... Esa decepción, les empuja hacia la alienación profesional, el vacío intelectual y unos planteamientos cada vez menos autónomos, más rutinarios, estandarizados y pobres, que a la postre aumentan la desacreditación ante sus

compañeros y les desvía de la construcción de un perfil profesional singular, sólido y documentado” (Fernández y Fernández 2006:432)

En las organizaciones sanitarias, a través de procesos de socialización “se producen una serie de aprendizajes sociales, independientemente de los objetivos formativos y ocupacionales que son explícitamente pretendidos por la institución” (Chung y Nolan en Medina 1998:131). La idea básica constantemente reproducida es que “los roles de la enfermera y el médico se definen en términos de los papeles que en la familia efectúan hombre y mujer” (Medina 1998:132) y de la misma forma que las esposas en el hogar colaboran en el trabajo de sus maridos, la enfermera, colabora con el trabajo del médico. Estas prácticas de subordinadas producen en los profesionales de enfermería cierto grado de frustración por la infravaloración que existe de forma implícita en estas relaciones. Pero ese servilismo o sumisión que existe en la mentalidad enfermera, son en realidad resultado del sistema institucional que apoya la separación entre curar y cuidar (Medina 1998).

Las prácticas constituyen un elemento importante en la formación de los alumnos de enfermería, donde aplican los conocimientos adquiridos en las clases teóricas, y toman conciencia de la responsabilidad de cuidar. Durante las prácticas tomarán contacto con la realidad y se encontrarán con ambientes que no siempre les serán favorables. Puede que se espere de ellos una seguridad y habilidades que todavía no han adquirido. Pueden encontrarse con profesionales muy involucrados y motivados por la docencia, y con otros que no respondan a sus expectativas; con quien se preocupa por actualizar sus conocimientos y compartirlos con aquellos cuyo quehacer diario viene marcado por la rutina de unas formas de trabajo basadas en la repetición. A todo esto se le unirá el hecho que parte de sus docentes no ejercen habitualmente en la práctica asistencial, y quizá no siempre pueden dar respuesta a todas sus dudas. Todo ello condicionará la satisfacción/insatisfacción en sus prácticas, su formación y su compromiso profesional. Podrán encontrarse, por tanto, con ambientes que faciliten su aprendizaje, como también con ambientes que les produzcan frustración y angustia (Peiró 2008).

Lo que parece claro es que tenemos un sistema sanitario que ha ido evolucionando con el paso del tiempo y está altamente tecnificado y organizado en base modelo biomédico, donde lo que se demanda es una enfermería con una preparación y capacitación técnica, donde además existe una sobrecarga de ratios enfermera-paciente, donde existe una elevada presión asistencial y donde se está reclamando a los profesionales la realización de tareas delegadas. En esta situación es muy difícil que enfermería priorice el cuidado como eje central de su profesión y lo lleve a la práctica diaria, por lo tanto, seguirá existiendo ese distanciamiento entre la formación teórica basada en el cuidado holístico y la práctica asistencial altamente tecnificada.

Es decir, por un lado, conocen la contribución única y esencial que ofrece la enfermera al cuidado de la salud (el servicio específico centrado en la persona y basado en sus propias decisiones), pero por otro lado constatan que gran parte de su tiempo lo dedican a realizar tareas vinculadas al rol colaborador, y

se ven obligadas a dejar de lado su función principal que es cuidar. La actividad diaria a la que se enfrenta la enfermera hace que se pierda la visión del verdadero sentido y de lo que realmente se quiere hacer (Arreciado, 2013; Celma y Acuña 2009). La presión asistencial y la inercia del sistema de trabajo, son los causantes de la priorización de los aspectos técnicos por delante de los que realmente son esenciales en enfermería, que es el cuidado de la persona en base a sus necesidades.

Esta situación de distanciamiento entre la teoría y la práctica permite la creación de brechas entre ambas difíciles de salvar. Dada la rigidez de los modelos de práctica clínica que impiden la reflexión, los estudiantes, durante las prácticas, “ven postergados sus intereses educativos en beneficio de los de la institución sanitaria” (Mompert, 2004:9). No hay una integración real de estos en los equipos de trabajo, sino que deben hacer un ejercicio de distanciamiento de lo aprendido en el aula y sumergirse en la realidad asistencial, si quieren ser aceptados por los integrantes del equipo. Este es un aspecto importante a tener en cuenta cuando se escuchan voces de los profesionales con más experiencia, hablar de que a los alumnos no se les forma para trabajar en la realidad de las empresas, y que hay un distanciamiento entre universidad y empleabilidad. Por tanto, el modelo de enseñanza basado en la práctica, entendida ésta como demostración de habilidades, merece algunas consideraciones.

Por un lado, en la formación de las enfermeras “existe una preeminencia de la teoría con respecto a la práctica. Es decir, la práctica profesional de la enfermería consiste en la aplicación sistemática del conocimiento teórico y científico aprendido en las escuelas y facultades” (Medina, 1998:101). Según esto, podríamos pensar que la teoría es la que guía la práctica, por tanto, una enfermera debería orientar su práctica asistencial en base a los modelos o teorías enfermeras. Pero por otro lado, esa diferencia entre teoría y práctica es debido a varias circunstancias: una supuesta falta de conocimientos y comprensión de las enfermeras sobre dichas teorías, una supuesta dificultad para entender la importancia que las teorías tienen para la resolución de problemas, o la falta de deseo por asumir las responsabilidades de una práctica autónoma derivada de la aplicación (Medina, 1998).

En la aplicación de la teoría en la práctica influye de manera especial la idea estereotipada de que las actividades relacionadas con el “cuidar” son prácticas sencillas inherentes a las personas, en especial a las mujeres (Nightingale 1990) y que está unido a un sentimiento de vocación. Sin embargo la realidad es muy distinta, ya que el ejercicio clínico o asistencial se produce en unas circunstancias que están determinadas por las necesidades particulares de cuidados de la persona que requieren esa atención, es por tanto una práctica singular y compleja.

En la universidad se forma a las enfermeras con una base teórica (de modelos y teorías enfermeras) para que puedan desarrollar una práctica autónoma desde la perspectiva profesional. Según Medina (1998), se imprime en los alumnos una serie de conceptos, que en muchas ocasiones eran imposibles de aplicar a la práctica y muchos de ellos antes de finalizar las prácticas son conscientes de la poca utilidad

de estos a la hora de trabajar. Esto es debido a que estas teorías están formadas por conceptos y definiciones que conforman una visión sistemática de un hecho, con el objetivo de describir, explicar y controlar los fenómenos. Sin embargo, el cuidado de las personas constituye una interrelación interpersonal entre el profesional y la persona cuidada, y en dicha relación intervienen los saberes, creencias, valores e intereses de ambos protagonistas. La realidad es que estos procesos son singulares, aleatorios, irregulares y dependientes de un contexto determinado, y lejos de lo que las teorías y modelos de enfermería de tradición positivista ofrecen, que es una visión mecanicista y atomizada de la práctica enfermera. Es decir, "Reduce la práctica profesional y la de su enseñanza a una acción instrumental porque presenta una visión enfermera profesional como aplicadora de reglas y protocolos producidos por otros, en la que debe preocuparse principalmente de la selección de los métodos más adecuados para conseguir los fines propuestos en sus planes de cuidados, obviando, por tanto el carácter moral y político de la selección de los fines en toda actividad, que como la enfermería pretenda resolver problemas humanos" (Medina y Prado, 2009:619)

Pero además, en la formación de los alumnos de enfermería, "al alumnado se le ofrece una concepción del ser humano como sujeto global, único, holístico y multidimensional, pero ese saber complejo se transmite mediante prácticas pedagógicas reductoras, rígidas y mecánicas, esto es, simples" como afirman Medina y Sandín (2006:512). Según estos autores la metodología formativa se muestra reticente a realizar estrategias que conlleven una participación y un diálogo crítico o debate entre los alumnos y el profesorado, con lo que se dificulta la transmisión de contenidos, transfiriendo una visión infantilizada del alumnado como sujetos incapaces de aceptar la existencia de puntos de vista contrapuestos, y una concepción de la enseñanza "determinada por la visión previa del docente y centrada en la reproducción de su conocimiento profesional por parte del alumnado" (2006:313). Además, según los autores, los docentes enfatizan el contenido formativo (carente de flexibilidad y sensibilidad) como fin en sí mismo, obviando cualquier relación con el contexto y ejerciendo la docencia desde la autoridad de su posición, "se sienten más preocupados por alcanzar los objetivos previamente formulados que por repensar su sentido o alterarlos o transformarlos" (Medina y Prado, 2009:619). Por lo tanto, a los alumnos se les exige ser autocríticos, y a la vez se les impide ser críticos con las experiencias de conocimiento desarrolladas en el aula.

Por otro lado, según Medina (1998) "las relaciones de poder entre la medicina y la enfermería han naturalizado formas socialmente construidas de opresión transformando estructuras sociales jerárquicas y de privilegio en diferencias biológicamente determinadas lo que ha obligado a las enfermeras a internalizar un estatus de sumisión respecto a la medicina. Estatus que es reproducido inopinadamente en los centros asistenciales donde las enfermeras ejercen su labor" (1998:131). Pero además según el autor, estas condiciones materiales y sociales del trabajo, es reforzada en las escuelas. Es decir, "en las escuelas de enfermería las estudiantes son impelidas, a través del proceso de socialización secundaria, a construirse en elementos marginales y adoptar las características de los

grupos dominantes. Durante ese proceso, los estudiantes se ven obligados a ajustarse a la cultura (médica) del hospital, después de haber sido “formadas” en una cultura enfermera; de ese modo se convierten en marginales por un instinto de supervivencia y para ser recompensadas por la cultura dominante en el hospital. La idea que aquí subyace es que las enfermeras que son aceptadas por la cultura dominante alcanzarán poder, influencia y reconocimiento” (Medina, 2005:157).

Un ejemplo de cómo impacta la formación en los alumnos de enfermería lo tenemos en el estudio de Burguete et Al. (2010). Los autores analizan las modificaciones producidas en los estereotipos de género en estudiantes de primer y cuarto curso de enfermería. Los resultados demuestran que la imagen estereotipada asociada a las mujeres, y por extensión a las enfermeras, no se modifica en los alumnos. Las propias alumnas se perciben a sí mismas como más cariñosas, mejores enfermeras que los alumnos varones, con menos capacidad de liderazgo, menos independientes y con menor posibilidad de promoción, mientras que los hombres se consideran más independientes, más inteligentes, con mayor capacidad de liderazgo y de promoción profesional.

Por lo tanto, "La formación de las(os) enfermeras(os) parece estar contribuyendo al mantenimiento de una posición subalterna, con poco a autónomo y una frágil identidad profesional, a pesar de que su discurso está atravesando por términos grandilocuentes pero fuertemente alejados de la realidad de las prácticas" (Medina y Prado, 2009:618)

En esta concepción simplista de la enseñanza en la que los resultados que se pretenden están definidos con anterioridad, donde no se deja espacio para el diálogo y la crítica constructiva, donde se simplifica la práctica asistencial a modelos estáticos y alejados de la complejidad de unos cuidados holísticos de la persona y donde se está contribuyendo a una visión subalterna de la profesión, los alumnos tendrán serios problemas a la hora de defender una enfermería autónoma, con capacidad de juicio y toma de decisiones que se pretende en la universidad.

#### **5.2.4.- Rasgos de personalidad enfermera**

Llegados a este punto, nos hemos planteado que esas actitudes de sumisión, de inferioridad, de invisibilidad y aceptación de la situación como profesionales de segunda dentro del sistema, pueden tener relación con los rasgos de personalidad que tienen las enfermeras, y que van a influir en la actitud de éstas ante las relaciones de trabajo que se establecen durante su práctica asistencial, así que hemos preguntado a los informantes si son necesarias unas características personales especiales para ser enfermera.

Las enfermeras coinciden en que se deben tener unos rasgos de personalidad especial, entre los que destacan la empatía, el respeto, la comprensión, la paciencia, la tolerancia, las capacidades relacionales y la vocación

DUI1. ♀ *"Yo por mi parte, creo que la enfermera debe ser una persona a la que le guste el contacto con la gente, debe ser respetuosa con los pacientes y empática, eso de saber ponerse en la situación del otro es muy importante"* (Enfermera asistencial, 52 años)

DUI2. ♀ *"una persona cercana, una persona empática que sepa ponerse en la situación del paciente, (...) una persona que sepa comprender en qué momento se encuentra el paciente..."* (Enfermera asistencial, 22 años)

DUI3. ♀ *"Hay que ser abierta y comprensiva y con paciencia porque si a la mínima estallas, mal y escuchar que a la gente mayor le gusta hablar y que los escuches"* (Enfermera asistencial, 29 años)

DUI4. ♀ *"una enfermera es muy vocacional, la gente cuando está enferma es muy demandante y te tiene que gustar el trato con la gente y un carácter determinado porque si no, no lo aguantas, y terminas contestando mal. Las enfermeras siempre debemos pensar que es lo que necesita el paciente y ver más allá de lo que te dice, a veces te pide que lo tapes y en realidad lo que quiere es compañía, tienes que ver la necesidad real que tiene"* (Enfermera asistencial, 27 años)

DUI5. ♀ *"Si, mucha paciencia, muy observadora y que le guste el trato con la gente, claro"* (Enfermera asistencial, 43 años)

DUI10. ♀ *"Es una profesión pero que necesita una dosis de vocación para ser una buena profesional,...empatía, tolerante, vocación, escucha..."* (Enfermera asistencial, 36 años)

Los enfermeros coinciden plenamente con las enfermeras en cuanto a la vocación, las relaciones interpersonales, paciencia, tolerancia,...

DUI8. ♂ *"Creo que cualquiera no vale para trabajar de enfermera. Tienes que ser de una pasta diferente, tienes que tener, paciencia, tolerancia, yo no sé si es vocación pero te tiene que ir el rollo de...no sé explicártelo pero cualquiera no vale. Tienes que saber tratar con la gente y mucha paciencia y tolerancia"* (Enfermero asistencial, 48 años)

DUI9. ♂ *"Creo que sí, pienso que es una profesión vocacional, te tiene que gustar, hay gente que cuando ven sangre por la tele, y se ponen malos y tienes que estar preparado para estas cosas, y sobre todo que luego no te afecte demasiado personalmente cuando sales del trabajo"* (Enfermero asistencial, 39 años)

DUI11. *"...lo importante es saber relacionarse con la gente"* (Enfermero asistencial, 28 años)

Uno de los discursos, nos ha llamado la atención especialmente por la comparación que realiza entre los roles femeninos y los de enfermería, y por las características femeninas que describe que coinciden con Medina (1998)

*DUI6. ♂ "Si, las enfermeras son mamás, son mamás, cuidan, yo también tengo ahí un punto mamá...importante. Las enfermeras, cuidan, miman y acompañan y eso lo hacen las mamas, entonces yo creo que tienen que tener ese punto de ternura, de dulzura, de entrega...un carácter, que fuera de aquí puede ser el que quieras, pero aquí tienes que estar con una sonrisa y con buena cara, y con ganas de explicar y de apoyar, porque eso lo valoran mucho, mira hay pacientes que me dicen, tú estuviste cuando murió mi padre y recuerdo tus palabras y vengo a darte las gracias...buaaaa...eso es un sueldo!!" (Enfermero asistencial, 32 años)*

Los estudiantes coinciden en sus discursos con los aportados por las enfermeras, creen que una enfermera debe ser vocacional, que le guste el cuidado del paciente. Alguna de ellas piensan que las mujeres pueden ejercer mejor de enfermeras porque el cuidado es innato en ellas, y ve a los enfermeros más pragmáticos y menos sensibles que a las enfermeras.

*E1. ♀ " aunque cualquier persona puede sacarse la carrera de enfermería y ejercer, ... para mí debería ser una persona con un carácter especial, que fuera vocacional, que realmente te guste el cuidado del paciente, que veas más allá de las técnicas de enfermería, que son básicas, pero aparte de eso hay más. Te tiene que gustar mucho cuidar de las personas (...) La parte más humana la tienen más desarrolladas las mujeres, es un rasgo innato que las mujeres, solo por el hecho de ser mujer, lo tenemos más potenciado"... "los enfermeros son mucho más sintéticos, quizás más técnicos, puede que no tengan en cuenta tanto el factor humano o lo tienen en cuenta de otra manera...no sé cómo explicártelo...lo resumiría en eso que son más técnicos y pragmáticos" (Estudiante enfermera, 32 años)*

Otra de las informantes tiene la creencia de que la enfermera debe ser una persona humilde, como rasgo característico de su personalidad, y eso es lo que la convierte en "la buena enfermera", aunque reconoce que esa humildad que caracteriza a las enfermeras es una barrera para el desarrollo.

*E2. ♀ "Si, yo creo que sí,...no sé, tienes que tener... a ver que todo el mundo puede entrar, pero una buena enfermera, yo creo que tiene que tener unos rasgos en sí que son de humildad, de querer ayudar a los demás... y que si no los tienes, igualmente puedes ser enfermera, pero no vas a ser de las buenas...digamos, ¿no? (...) Si fuéramos menos humildes y... un poquito menos humildes y más ambiciosas, de querer más, podríamos avanzar mucho más" (Estudiante enfermera, 23 años)*



Otros establecen que es necesaria una vocación, empatía, madurez mental, paciencia,...

E3. ♀ *"Si, ser una persona interesada en la vertiente humana de la persona, empática, tener paciencia"* (Estudiante enfermera, 30 años)

E4. ♀ *"Sí que lo creo. Una enfermera o un enfermero tiene que sentir vocación por la profesión, eso es lo más importante, y si alguien no tiene esa vocación va por mal camino. Tiene que saber empatizar con las personas, con el dolor, con la alegría para así poder ayudar al paciente y a sus familiares cuando lo necesiten. Tiene que ser una persona sensible, tiene que tener cuidado a la hora de realizar alguna técnica. Paciencia, también tenemos que tener paciencia, organización y ser objetivos y tener capacidad de decisión frente a momentos críticos"* (Estudiante enfermera, 19 años)

E5. ♂ *"Creo que por supuesto tienes que tener unas características especiales, como por ejemplo empatía, paciencia, dedicación, tacto y madurez mental ya que tratas con personas"* (Estudiante enfermero, 20 años)

Las enfermeras gestoras, por su parte, opinan de la misma forma que el resto, que para ser enfermera se deben tener ciertos rasgos de personalidad específicos y necesarios.

G3. ♀ *"Si, cualidades humanas, que sepa conectar y empatizar con el paciente, amable, comunicativa porque tu percibes mucha información del paciente porque enfermería no es solo técnicas, podrás hacer muy bien las técnicas, pero son las actitudes que tomas ante el trabajo que haces, la responsabilidad, las habilidades que vas adquiriendo, te ayuda a crecer como persona y aprendes muchas cosas. En enfermería, más que la técnica hay muchas cosas como el saber comunicarte con la persona para saber lo que necesita y a veces es más el soporte emocional, el acompañarlo, tocarlo..."* (Responsable de formación, 47 años)

G5. ♀ *"Empatía, asertividad, habilidades comunicativas y la vocación en esta profesión es muy importante, que podrías hacerla de voluntaria"* (Supervisora, 43 años)

G6. ♀ *"Yo creo que sí se deben tener unos rasgos especiales, tener sentimiento de servicio a los demás, eso lo has de tener, la enfermería es vocacional, a pesar de que yo no era vocacional, pero las cosas se han de probar. Yo no tenía vocación de enfermera, pero sí que tenía en mi interior que yo tenía que ayudar, y la enseñanza era también de ayudar. Yo nunca he mirado las horas, nunca he mirado el reloj, eso de hacer de 8 a 15h y me largo, yo no lo he hecho nunca trabajando. Un poco altruista, humanitaria, con ganas de servicio..."* (Directora enfermería, 56 años)

G7. ♂ *"Creo que sí, has de ser social, tener habilidad de comunicación con la gente, capacidad para emocionarte, para transmitir sentimientos, cualquiera no puede ser enfermera"* (Supervisor, 47 años)

G8. ♂ *"Hay que tener vocación de servicio, que vas a estar al servicio de gente, no criado ni servidor, pero sí que vas a estar siempre atendiendo a gente"* (Supervisor, 52 años)

Las docentes, creen que hay que tener ciertas cualidades como ser compasiva, empática, saber escuchar, querer ayudar a los demás y debe existir cierta predisposición a ser cuidadora, unos "cimientos" y un aspecto vocacional.

D1. *"Yo creo que hay que tener cualidades como persona, hay que ser compasivo, la compasión y el hecho de escuchar al otro y estar pendiente del otro, estas son las características que se debe tener"* (Enfermera docente, 63 años)

D2. *"Probablemente se necesite una disposición y una empatía para poder cuidar, de notar lo que el otro sufre, lo que el otro siente, para poder cuidar, sino estás conectado con la emoción es imposible entender lo que le pasa al otro. Pero aparte de la empatía, la enfermería se puede aprender"* (Enfermera docente, 58 años)

D3. *"No tanto rasgos, sino...que debe existir un aspecto vocacional, un querer ayudar al otro, unos elementos de empatía, que aunque se puede desarrollar, debe haber unos cimientos"* (Enfermera docente, 58 años)

Es decir, podemos concluir, que todos los informantes coinciden en que para ser enfermera se necesitan unos rasgos de personalidad específicos, algunos de ellos han de tenerlos incorporados previamente las personas que deciden estudiar enfermería.

### **5.2.5.- Perfil de personalidad demandado por las universidades**

Hemos visto que, según los informantes, las personas que se decantan por los estudios de enfermería, han de disponer de un bagaje previo de atributos personales, y otros que adquieren posteriormente durante la etapa académica. Esto nos ha suscitado una pregunta ¿son estos rasgos de personalidad los que motivan que enfermería mantenga y reproduzca de generación en generación esa actitud de servilismo y sumisión durante el trabajo asistencial que desarrollan a lo largo de su carrera profesional?

Por mera curiosidad accedimos a la página Web de enfermería de una universidad española, con la intención de ver los requisitos exigidos para la realización de los estudios de esta disciplina. Nos llamó la atención que dentro de los requisitos hubiera un apartado específico ("perfil recomendado") en el que aparecían las características personales deseables que debían tener los futuros estudiantes.

Esta circunstancia nos llevó, durante 2013, a la realización de un análisis de los perfiles recomendados por las universidades para el ingreso de los estudiantes de medicina y enfermería. Se analizaron las

páginas Web de 26 universidades y 11 centros adscritos<sup>79</sup>, escogidos al azar. Los resultados, sintetizados y clasificados los podemos ver en la tabla (20).

Los resultados obtenidos los hemos resumido en la siguiente tabla:

**Tabla 20. Perfil demandado por las universidades para estudiantes de medicina y enfermería**

|  | Medicina  | Enfermería   |
|--|---|--|
| <b>Capacidades profesionales</b>             | “aprender y aplicar el conocimiento”, “razonamiento abstracto y científico”, “capacidad de análisis y síntesis”, “formación continuada”, “aceptar el método científico como base”, “capacidad de trabajo”, “capacidad de trabajo en equipo”, “adaptación al cambio”, “preocupación por la calidad”. | “trabajo en equipo” y “trabajo autónomo”. “capacidad de adaptación a nuevas situaciones” “resolución de problemas” y “toma de decisiones”. La “formación continuada” i “aprendizaje autónomo” “razonamiento y análisis crítico” “obtener, interpretar y aplicar conocimientos”   |
| <b>Habilidades y actitudes</b>               | “empáticas”, “creativas”, con “inquietud intelectual”, “comprometido con la gestión” y con el servicio a la salud. “comunicativas”, con “habilidades relacionales”, “comprensivas”, que sepan “escuchar”, “con valores éticos” y “rigor en la higiene y sentido de la profilaxis”.                  | “saber comunicar, escuchar y observar”, “responsable”, “reflexiva”, con “valores éticos”, que “respete los derechos humanos”, con una “actitud humanista”, “creativa”, “curiosa”, con “iniciativa” y “espíritu emprendedor”, “interesada por la atención, el cuidado” y “prácticas sanitarias y preventivas” y “preocupada por la calidad”. “facilidad de comprensión y ejecución de instrucciones verbales y escritas”, con una “alta dedicación al trabajo”, “capaz de afrontar situaciones de estrés” y con “actitud positiva”. “Superación personal”. Una persona “comprometida con la salud y el bienestar de las personas”, con una “actitud de servicio a las personas” y “autocrítica” |
| <b>Rasgos de personalidad</b>                | “Sentido común para el bien de los otros”, “sensible al sufrimiento ajeno” y “espíritu de servicio”   | “equilibrio personal”, “madurez personal” y “conciencia existencial”, “sensibilidad”, sobre todo al “sufrimiento ajeno”, “tolerante”, “discreta”, “paciente” y “solidaria”. “autocontrol” y “autoconciencia”, de “saber auto observarse” y “autoaceptarse”   |
| <b>Aspectos vocacionales/ motivacionales</b> | “vocación de atender y servir”, “vocación por las profesiones relacionadas con la salud” y “vocación por la profesión de médico”<br>“tendencia personal hacia la  | “motivación por ayudar/servir a las personas” y “vocación de ayuda al prójimo”.  |

<sup>79</sup> Universitat de Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat Pompeu Fabra y Escuela de Enfermería del Hospital del Mar, Universitat Rovira i Virgili de Tarragona, Universitat de Lleida, Universitat de Girona, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Europea de Madrid , Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Sevilla, Universidad de Granada, Universidad de Valencia y Escuela de Enfermería La Fe de Valencia, Universidad de Castellón, Universidad de Alicante, Universidad de Murcia, Universidad de Cantabria, Universidad de Zaragoza, Universidad de Salamanca, Universidad de Extremadura y Escuelas de Enfermería de Cáceres, Mérida y Plasencia, Universidad de Navarra, Universidad de Vigo, Universidad de Santiago, Universidad de Asturias, Universidad de País Vasco y Escuelas de Enfermería de Vizcaya y San Sebastián, Universidad de Valladolid y Escuela de Enfermería de Soria, Universidad de Castilla-La Mancha y Escuelas de Enfermería de Albacete, Cuenca y Ciudad Real

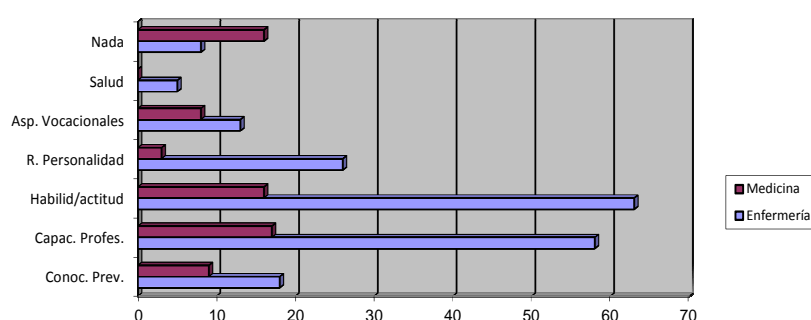
**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

|                            |  |   |   |
|----------------------------|--|---|---|
|                            |  | medicina”.  |   |
| <b>Requisitos de salud</b> |  | No existen requerimientos de este tipo                            | “buena salud”, “interés por el cuidado de la propia salud”, una “buena coordinación psicomotriz” y “destreza manual”. |
| <b>Ninguno</b>             |  | En 16 de los centros analizados no aparece el perfil recomendado. | En 8 de los centros analizados no hay perfil recomendado.   |

Fuente: Realización propia.

Si lo plasmamos en una gráfica, podemos ver claramente, que se requiere un perfil mucho más predeterminado para estudiar enfermería que medicina, sobre todo por lo que respecta a rasgos de personalidad, habilidades y actitudes y capacidades profesionales.

Gráfico (4) Porcentaje de las características personales demandadas por las universidades



Fuente: Elaboración propia

Hemos resumido los datos de la siguiente forma:

*Capacidades profesionales:* Para estudiar medicina, se requiere ser una persona con talento para adaptarse a los cambios y trabajar en equipo, con capacidad de interrelación personal y que con el conocimiento legitimado que le proporcionará la propia disciplina podrá desarrollar un razonamiento y análisis crítico, sin embargo, para acceder a los estudios de enfermería, se necesita ser una persona sacrificada y dedicada plenamente a su profesión, con capacidad de adaptación a las nuevas situaciones, que sea buena comunicadora y que deberá buscar el conocimiento en otras disciplinas para desarrollar un razonamiento científico.

*Habilidades y actitudes:* Para acceder a los estudios de medicina, se requiere de personas empáticas y comprensivas, con valores éticos, creativas y con un interés intelectual que le permitirá posteriormente

gestionar los servicios de salud. Para estudiar enfermería, son necesarias personas con actitud de escucha, con valores éticos, curiosa, responsable, observadora, reflexiva, humanitaria, optimista, autocrítica, con iniciativa y con actitud de superación personal, que estará al servicio de las personas.

*Rasgos de personalidad:* Para acceder a medicina, se necesitan personas capaces de percibir el sufrimiento y con la facultad de juzgar razonablemente las cosas (definición de “sentido común” según la RAE). Los requisitos de enfermería son de personas capaces de percibir el sufrimiento, equilibradas, tolerantes, discretas, pacientes, solidarias, que se autocontrolan, se autoobservan, se autoaceptan y tienen conciencia existencial. Todas estas cualidades en conjunto, me definen a una personalidad humilde (según la RAE: actitud de la persona que no presume de sus logros, reconoce sus fracasos y debilidades y actúa sin orgullo) y dócil.

*Aspectos vocacionales:* En enfermería se necesita una vocación de servicio y ayuda a los demás, y en medicina la vocación es hacia la propia profesión de médico. Esto nos está hablando de esa legitimidad y ese cuerpo de conocimientos que posee la medicina, y que la enfermería no parece tener.

*Requisitos en salud:* Tan sólo en enfermería se establecen unos requisitos de salud para poder acceder a los estudios.

Vistos estos resultados, quisimos comparar estos requisitos previos que se demandan en las universidades de enfermería, con el “Manual de la enfermera” del Dr. Usandizaga, Director de la Escuela de Enfermeras de la Casa de salud de Valdecilla (Santander) escrita en 1938, con la intención de saber si las características de la “buena enfermera” que allí se describen, difieren de las actuales (Tabla 21).

El contexto en el que se escribe el manual es el siguiente: En 1915 se reconoce oficialmente el título de enfermera. A partir de ese momento se reconoce la distribución de los Practicantes, Matronas y Enfermeras, pero mientras los practicantes eran formados en las facultades de medicina, las matronas/enfermeras lo eran en escuelas hospitalarias, generalmente propiedad de órdenes religiosas, y con diferentes contenidos docentes, más técnicos los primeros, más espirituales y morales los segundos.

**Tabla 21. Comparación del perfil demandado en los estudios de enfermería en 1938 y 2013**

|                                   | “Manual de la enfermera” del Dr. Usandizaga, 1938   | Enfermería actualmente 2013  |
|-----------------------------------|---|--|
| <b>Capacidades profesionales:</b> | “persona afectuosa” y “agradable a los pacientes”,<br>Relación de la enfermera con sus compañeras: “una familiaridad excesiva tal vez no sea conveniente y no debe ser motivo para que se relaje el cumplimiento del deber (...), que cada una cumpla y haga cumplir las obligaciones”. Relación con los médicos: “La coquetería y la frivolidad ante el médico es una grave falta en las enfermeras; quienes así proceden causan un grave daño al prestigio de sus compañeras y al de la profesión”. | “actitud positiva”, “personas comunicativas” y con “habilidades interpersonales” |

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
|                                | La enfermería es “una profesión dura y penosa” y que conlleva un “trabajo agotador”.   | “alta dedicación al trabajo” y “capaz de afrontar situaciones de estrés”,                       |
|                                | “La enfermera tiene una funciones auxiliares bien determinadas; (...) Debe actuar siempre bajo las órdenes del médico y no está capacitada ni autorizada para tomar la dirección del tratamiento; el hacerlo así significa una intromisión en el terreno médico y por tanto ejercicio ilegal de la profesión”,   | “trabajo autónomo” “trabajo en equipo”, “resolución de problemas” y “toma de decisiones”.       |
|                                | “La enfermera, en ningún momento, debe sentirse satisfecha de su capacidad profesional, siempre tiene que aprender más. Desde que comienza sus estudios tiene que procurar elevar el nivel de sus conocimientos y cuanto mayor sea éste tanto mayor será el bien que pueda hacer a sus enfermos”   | “formación continuada”, “aprendizaje autónomo” y “obtener, interpretar y aplicar conocimientos” |
| <b>Habilidades y actitudes</b> | Capacidad de “escucha” tanto hacia el paciente como hacia el médico.   | capacidad de “escucha”  |
|                                | “temple moral” y “cualidades morales”.   | “valores éticos”  |
|                                | “es deber fundamental de la enfermera el cumplimiento exacto de las órdenes médicas que es lo que caracteriza a una buena enfermera. Debe pensar que cuando le dan una orden existen razones para ello, aunque de momento parezca inexplicable”, “Generalmente el médico por sus conocimientos, por su capacidad profesional, por su conducta moral, es respetado por la enfermera, y el cumplimiento de sus órdenes no ofrece dificultades de orden moral. Pero puede suceder que en el médico no concurren esas circunstancias o que la enfermera no lo estime así y entonces se le plantea el problema de cumplir una órdenes acerca de cuyo valor duda. Para la enfermera no cabe más que cumplir íntegramente lo que se le ordena; no tiene competencia para juzgar a los médicos y en último caso no es ella quien lleva la responsabilidad. Es más, no sólo debe tener obediencia completa en el cumplimiento de las órdenes, sino que además debe abstenerse de toda clase de comentarios y manifestaciones. Al médico, en su aspecto profesional, no puede hacer más que obedecerle y respetarle” | “facilidad de comprensión y ejecución de instrucciones verbales y escritas”                     |
|                                | “tener alegría y el espíritu de optimismo”   | “actitud positiva”  |
|                                | “amor a la limpieza, con verdadera repulsión a la suciedad”  | “persona interesada por las prácticas sanitarias y preventivas”                                 |
|                                | “La enfermera puede encontrarse ante el problema de tener que contestar a preguntas de familiares y conocidos del paciente; su única respuesta debe ser dirigirles donde el médico que podrá resolver en cada caso. Alegar ignorancia suele ser muy útil para evitar el contestar a preguntas indiscretas”   | “discreta”  |
|                                | “sentido del deber y de la responsabilidad marchan paralelamente y puede decirse que son una sola virtud” y ofrecían esa “visión de paz y reconocimiento” que debía tener la “buena enfermera”   | “ser una persona responsable”,  |
|                                | “(...) sabe bien en su interior (la enfermera), que lejos está todavía de la perfección que desea alcanzar y cuyo ideal tiene ante los ojos para empujarle adelante. Llegar a dar realidad a este ideal, no depende más que de vosotras: ¿qué esperáis para comenzar? ¿Un golpe de gracia extraordinario, una iluminación del cielo? O bien esperáis que las cosas sean más fáciles... ¡pero no lo serán jamás!, o   | “superación personal”,  |

por lo menos no lo será en la proporción de vuestros esfuerzos. Sabed bien que cada esfuerzo es un paso adelante, una fuerza adquirida, que cada relajación, cada negligencia, un paso hacia atrás, un presagio de retroceso o caída para el mañana. Y esto no hay que pensarlo solamente en las grandes ocasiones; si esperáis a

|   |   |   |
|---|---|---|
|   | <p>las grandes ocasiones, se corre el peligro de llegar no solamente al fin de los estudios, sino al fin de vuestra carrera, puede ser al de vuestra vida. Quien espera siempre, no llega al fin, no olvidarlo. No es mañana cuando hay que avanzar dos pasos, es hoy cuando hay que dar uno. La ocasión está aquí, todos los días, cada instante”.</p>   |   |
|   | <p>“consagrar su vida entera a hacer el bien a nuestros semejantes”.</p>  | <p>“actitud de servicio a las personas” “actitud humanista”,</p>  |
| <b>Rasgos de personalidad</b>               | <p>“Sistema nervioso equilibrado” “Sinceridad: La enfermera debe decir siempre la verdad a sus jefes, aunque la perjudique” “Bondad y dulzura” . “Paciencia: nunca tener un movimiento de impaciencia y mucho menos de irritación”, incluso remarca: “También los médicos ponen a prueba la paciencia de las enfermeras; hay veces que en una intervención difícil ocurren incidentes, (...) chillan y riñen (los médicos) más o menos fuerte, según su temperamento; a la enfermera no debe importarle por ello y sigue cumpliendo su obligación aunque se dé cuenta de que ha sido tratada injustamente” “El ideal es llegar al perfecto dominio de sí misma”</p> | <p>“equilibrio personal”, “madurez personal”, “conciencia existencial”, “sensibilidad”, “tolerancia”, “discreción”, “paciencia”, “solidaridad”, “autocontrol”, “autoconciencia”, “auto observación” y “autoaceptación”.</p> |
|   | <p>“(…) la enfermera está obligada a guardar secreto de todo lo que ha sabido en el ejercicio de su profesión” y continúa: “Cuando la enfermera entre en posesión del secreto profesional, nada le hará revelarlo; un buen medio que empleará para esto, como cualquier otro secreto, es aparentar ignorancia”.</p>   | <p>discreción</p>   |
|   | <p>“espíritu de abnegación”, “debe tener el hábito de olvidarse de sí misma”, “sacrificio o renuncia voluntaria de una persona a pasiones, deseos o intereses a favor del prójimo”</p>  |   |
|   | <p>“su corazón (el de la enfermera) se entregará siempre al sufrimiento”</p>  | <p>“sensibilidad al sufrimiento ajeno”</p>  |
|   | <p>su “alta misión” y dice que no debe dejar “traslucir la buena imagen que tiene de sí misma (...) nada puede darle esta opinión exagerada de su valer, porque sabe bien en su interior, que lejos está todavía de la perfección que desea alcanzar (...)”.</p>  | <p>“equilibrio personal”, “madurez personal”, “conciencia existencial”, “sensibilidad”, “tolerancia”, “discreción”, “paciencia”, “solidaridad”, “autocontrol”, “autoconciencia”, “auto observación” y “autoaceptación”.</p> |
|   |   |   |
| <b>Aspectos vocacionales/motivacionales</b> | <p>La enfermera profesional “prestación de servicios técnicos exclusivamente por una remuneración económica”. La enfermera vocacional: “impulso del espíritu hacia determinadas funciones relegando a segundo término la retribución que produzca”, “la enfermera no puede desempeñar bien su función cuando se carece de ese elevado espíritu vocacional”. “Para ser buena enfermera es necesario una firme vocación de hacer el bien y de ejercer la caridad, no basta con una buena preparación técnica”</p>   | <p>“vocación de servicio”</p>   |
|   | <p>“Practicar la caridad”</p>   | <p>“solidaridad”</p>  |
|   | <p>“ la enfermera está consagrada al cuidado de los enfermos”</p>   | <p>“vocación/motivación para ayudar y servir a las personas” o “al prójimo”</p>   |
| <b>Requisitos de salud</b>                  | <p>“exigirles una excelente salud y, hasta cierto punto, buena presencia física”, “tener resistencia física”, “la enfermera no sólo debe cuidar la salud ajena, sino también la propia (...) para evitar la enfermedad” “vida higiénica”, “dormir con la ventana abierta” y “un mínimo de siete horas”, “las comidas deben ser adecuadas en cantidad y calidad”, “debe extremar las precauciones para evitar el contagio de enfermedades”, “cuidar las manos, evitando las grietas y pequeñas heridas”, las personas que padezcan “defectos que impidan la ligereza de movimientos” no deben ser enfermeras.</p>  | <p>“buena salud” Actualmente se requiere un “interés por el cuidado de la propia salud” Si ahora se pide una “buena coordinación psicomotriz” y “destreza manual”,</p>  |

Fuente: Elaboración propia

A modo de resumen podemos decir que ambos perfiles se diferencian en:

*Capacidades profesionales:* En 1938 la enfermería era una profesión dura que no permitía el trabajo en equipo, ya que se limitaba a obedecer las órdenes del médico, y la enfermera debía ser una persona en constante formación, afectuosa y agradable con el enfermo y el médico. Actualmente para estudiar enfermería, se requiere una alta dedicación al trabajo, ser una persona comunicativa, con capacidad de trabajar de forma autónoma y en equipo, y en continua formación.

*Habilidades y actitudes:* En 1938 la enfermera debía ser una persona con capacidad de escucha y cualidades morales, obediente a las órdenes médicas, optimista, poco comunicativa, responsable, bondadosa y con afán de mejora. En la actualidad se requiere una persona con capacidad de escucha y valores éticos, creativa, reflexiva, curiosa, con iniciativa, autocrítica, optimista, responsable, comunicativa, con capacidad de superación personal y que sigue las órdenes médicas.

*Rasgos de personalidad:* En 1938 la enfermera debía ser una persona sincera, con un sistema nervioso equilibrado, bondadosa, paciente, con dominio de sí misma, discreta, abnegada, sensible y humilde. En la actualidad se requiere una persona equilibrada, paciente, tolerante, sensible, discreta, solidaria, con autocontrol, autoconciencia, auto observación y autoaceptación.

*Aspectos vocaciones:* Antes y ahora se requiere vocación de servicio y ayuda.

*Aspectos de salud:* Antes y ahora se requiere tener una salud específica para poder ejercer la enfermería

Hemos podido apreciar que no hay tanta diferencia del perfil exigido en 1938 y el demandado en la actualidad.

Por lo tanto, desde el momento en que es la propia universidad la que determina los rasgos de personalidad deseada, y transmiten la imagen asistencialista y paternalista de la profesión, ya está haciendo una selección de candidatos y está estableciendo las características personales de la enfermera ideal, y aquellas personas que acceden a la disciplina sin tener esas características, de alguna forma, no forman parte de lo que se entiende como “buena enfermera”. De la misma forma, como en el caso del estudio realizado a través de una etnografía escolar entre jóvenes de clase obrera inglesa y sus formas de contracultura, Paul Willis (1980) demuestra como la institución escolar está orientada para que los chicos de clase obrera consigan trabajos de la clase obrera, y así contribuir al mantenimiento y reproducción del orden social, o en el estudio realizado por Bourdieu y Passeron (1967) en escuelas elitistas de Francia, en enfermería se reproduce generación tras generación una tipología enfermera que es la esperada socialmente.



### 5.2.6.- Síntesis de la socialización académica

Podemos decir que las modificaciones curriculares, y diversos cambios en leyes y normas que se han llevado a cabo en los últimos 50 años, no han comportado cambios esenciales en la práctica asistencial de las enfermeras y están dificultando la consolidación de una ideología, una identidad y un corporativismo enfermero.

Las instituciones médicas están utilizando todos los medios jurídicos y legislativos para impedir el desarrollo de la profesión.

Existe una clara visión negativa por parte de los informantes en relación a los nuevos planes de estudio que perciben como continuista, a excepción de las enfermeras docentes, que lo ven como una revolución profesional.

Existe una clara falta de comunicación y diálogo entre empresas de salud y universidades que contribuya a la adaptación de esta formación a los intereses laborales de las empresas y a las necesidades de la práctica asistencial.

Las enfermeras docentes creen que las enfermeras podrían desempeñar unos niveles de competencia muy superiores al que realizan en la actualidad, y si no lo están llevando a cabo es por problemas organizacionales en las empresas y de los líderes de enfermería que no defienden el espacio y el rol enfermero, lo que ocasiona una invisibilidad del colectivo, no sólo a nivel empresarial y profesional, sino también a nivel social.

El perfil de personalidad demandado por las universidades para la incorporación de los nuevos egresados, predefinen una personalidad sumisa y adaptable a los requerimientos de un sistema liderado por el colectivo médico.

La misma metodología pedagógica utilizada hasta ahora en las universidades y la exigencia de un perfil de personalidad específica para el acceso a la formación enfermera, está ayudando a la consolidación y reproducción de las actitudes de sumisión y subordinación durante la práctica asistencial.

Ante esta situación, en la que observamos como las docentes responsabilizan a las instituciones y sus sistemas de organización, a los líderes de enfermería, a otras categorías profesionales o a los propios profesionales de enfermería, reconocemos en ellas cierta impotencia ante una realidad que intentan cambiar por medio de la formación.

En la aplicación de la teoría en la práctica influye de manera especial la idea estereotipada de que las actividades relacionadas con el “*cuidar*” son prácticas sencillas inherentes a las personas, en especial a las mujeres y que está unido a un sentimiento de vocación. Sin embargo la realidad es muy distinta, ya que el ejercicio clínico o asistencial se produce en unas circunstancias que están determinadas por las necesidades particulares de cuidados de la persona que requieren esa atención, es por tanto una práctica singular y compleja.

### **5.3.- SOCIALIZACIÓN PROFESIONAL**

Finalizada la etapa de formación, en la que los alumnos han adquirido los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para adquirir las responsabilidades de la práctica enfermera, es el momento de iniciar el proyecto profesional y adquirir experiencia práctica.

En muchas ocasiones, esa inserción laboral no está exenta de dificultades, ya que el tiempo pasado entre la finalización de los estudios y la incorporación en el ámbito laboral es escaso y la responsabilidad que recae sobre ellos es muy importante. Pensemos que durante la etapa formativa el único contacto con la realidad profesional ha sido el período de prácticas, durante el cual, a los alumnos no se les han delegado responsabilidades, sino tan sólo tareas específicas bajo la supervisión del profesional de referencia. Esta situación provoca que la incorporación como profesionales a las instituciones sanitarias pueda, en algunos casos, representar situaciones de estrés e inseguridad. Por lo tanto se necesitarían estrategias empresariales destinadas a disminuir la ansiedad generada por la situación, como puede ser un procedimiento de acogida que muestre a los recién incorporados las normas y sistemas de trabajo del centro, o la incorporación previa al servicio, bajo la tutela de una profesional experta que le muestre el día a día de la unidad o departamento. Como dice Estrada en su tesis, “La inserción laboral en el sistema sanitario es precaria organizativa y contractualmente, a pesar del tipo de formación de procedencia. Una profesional sin experiencia o recién graduada debe desempeñar las mismas funciones y demostrar la misma competencia que la profesional con experiencia en el momento de su inserción laboral, puesto que la otorgación de cobertura de los puestos relacionados con la atención no está sujeta a perfiles profesionales preestablecidos” (Estrada. 2014:93).

En este capítulo conoceremos:

- El procedimiento de acogida a los nuevos profesionales tienen las empresas y su finalidad
- La situación laboral de la enfermería y qué repercusiones tiene en los profesionales
- Si existe segregación de género a la hora de ubicar a los profesionales en el puesto de trabajo
- Las percepciones tienen los diferentes actores del sistema sobre la profesión y su práctica
- El grado de satisfacción los profesionales con su trabajo
- Las interrelaciones profesionales y el trabajo en equipo y cuál es el papel que el género desempeña en ellas

- El papel de los líderes de enfermería de las empresas
- Las expectativas que tienen las organizaciones sanitarias en relación a enfermería
- Las expectativas que tienen los profesionales de enfermería en relación a la empresa
- La función de los colegios profesionales y la percepción que tienen los profesionales de ellos
- La percepción de los sindicatos sobre la labor enfermera y sus repercusiones en la negociación colectiva y en las políticas de salud

### 5.3.1.- Acogida en la empresa

En la incorporación de los nuevos profesionales, un adecuado ambiente laboral, ayuda y repercute en la práctica profesional. Es el contexto perfecto para que las enfermeras más expertas ofrezcan el apoyo a las noveles y se establezca un ambiente de trabajo colaborador y de equipo, al margen de los niveles jerárquicos establecidos por la empresa. Este soporte que ofrecen las enfermeras expertas, es una labor altruista, que realizan sin ningún tipo de reconocimiento institucional, pero que es básico para que las noveles adquieran cierta seguridad en su práctica.

En nuestro caso, los dos centros hospitalarios tomados como muestra, pertenecen a un mismo grupo de empresas y utilizan idéntico sistema de acogida. En 2013 la Dirección de RRHH del Grupo diseñó un plan de acogida, plasmado en el "Procediment d'acollida de professionals" y que todos los centros del grupo conocen.

Los principales objetivos del proceso de acogida son los siguientes:

- *"Donar la benvinguda a la persona que s'acaba d'incorporar, acompanyant-la en el seu procés d'integració.*
- *Facilitar la integració de la persona a l'organització. Proporcionar-li la informació relativa a l'organització, estructura i normes de funcionament.*
- *Facilitar la formació necessària per al desenvolupament òptim de les seves funcions, especificant-li les condicions de treball generals i específiques del lloc a ocupar, així com de les relacions que ha de mantenir amb la resta de professionals a partir del seu lloc de treball.*
- *Potenciar el sentiment de pertinença al centre. Transmetre la missió, els objectius i els valors de l'organització"* (Procediment d'acollida de professionals, 2013:4)

El proceso de acogida incorpora cuatro fases fundamentales:

- Departamento de Recursos Humanos (para la formalización del contrato, entrega de la descripción del puesto de trabajo, tarjeta identificativa, llaves de la taquilla, entrega de un CD con la información necesaria sobre el centro,...)
- Realización del Curso de orientación al personal de nueva incorporación

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- Adjudicación de un Tutor de acogida (responsable inmediato del área donde trabajará el profesional).
- Evaluación del procedimiento de acogida

Además se le proporciona la siguiente información: (Procediment d'acollida de professionals, 2013:6)

- *“Horaris d’atenció al públic*
- *Eines de comunicació interna (Intranet), correu electrònic*
- *Característiques generals del seu contracte de treball (tipus de contracte, durada, permisos i vacances, etc.).*
- *Facilitar al nou professional la descripció del lloc de treball que desenvoluparà i l’atribució d’atributs individuals. El professional acceptarà i signarà l’acceptació.*
- *Sistema d’avaluació de competències*
- *Prevençió de Riscos*
- *S’informarà al professional de la obligatorietat de realitzar-se una revisió mèdica abans de començar el contracte. S’enviarà e-mail a la Unitat de Vigilància de la Salut (UVS) o es lliurarà petició*
- *En cas de ser un professional exposat a radiacions ionitzants, es procedirà a l’activació del Dosímetre*
- *En cas de ser metge i/o consultors, es tramitarà el segell amb número de col·legiat*
- *Per els metges i diplomats es farà el registre de signatura electrònica*
- *Es lliurarà una autorització de presa d’imatges del treballador, el document de tractament de dades i el document de bones pràctiques*
- *Full d’objectius (metges, DUI i tècnics) en cas de contracte superior als 6 mesos”*

Como puede verse, durante el proceso de acogida a los profesionales de nueva incorporación, se les adjudica un responsable que tutorizará su trabajo durante los primeros días. Habitualmente esta figura está representada por la supervisora o responsable de planta. Su función será: (Procediment d'acollida de professionals, 2013:7)

- *“Ajudar-li a desenvolupar capacitats, coneixements i habilitats.*
  - *Coneixements (què saber)*
    - *Protocols específics del servei*
    - *Normes i procediments*
    - *Historia clínica/Dossier d’infermeria*
  - *Habilitats (què fer)*
    - *Maneig dels dispositius específics*
    - *Maneig d’aparells*
    - *Maneig del sistema informàtic*

- *Actituds (com fer-lo)*
  - *Cultura d'empresa*
  - *Comunicació*
- *Ajudar al nou professional a aprendre les tasques quotidianes desenvolupades en el seu lloc de treball.*
- *Oferir-li la seva ajuda quant sigui necessari.*
- *Proporcionar-li les eines necessàries per a que el seu acompliment sigui adequat.*
- *Oferir-li una visió general integradora sobre l'adaptació laboral i personal del treballador al seu lloc de treball.*
- *Presentar-lo dins de l'àrea de treball del nou professional.*
- *Fer el seguiment durant el període de prova i avaluació posterior de l'acompliment".*

El documento de "Descripción de puesto de trabajo" que se entrega a los profesionales de enfermería, es el siguiente: (extraído de la intranet del grupo)

### **DESCRIPCIÓ DEL LLOC DE TREBALL DE LA INFERMERA GENERALISTA**

#### **Missió**

*Proporcionar cures d'infermeria i educació sanitària als usuaris de forma personalitzada i integral amb la finalitat de fomentar, mantenir i recuperar la seva autonomia i afavorir la seva adaptació a la seva nova situació de salut, així com ajudar-los a morir amb dignitat. Per això, tindrà en compte totes les necessitats tant bàsiques com d'entorn social i familiar dels usuaris i la línia assistencial i els plans de cures establertes en el centre.*

#### **Funcions**

##### **A) Acollir el pacient**

- *Recollir i registrar les observacions i dades del malalt a través d'una entrevista que permet detectar els problemes, medicació habitual, antecedents patològics, estats anímics, situació del malalt en l'entorn, etc.*
- *Avaluar i prioritzar la informació i elaborar el pla de cures pel pacient.*
- *Realitzar la història d'infermeria del pacient.*

**B) Elaborar i administrar les cures d'infermeria pròpies i realitzar el seguiment del malalt d'acord amb el pla de cures establert .**

*L'infermer/la infermera és el/la responsable d'elaborar i administrar el pla de cures i observar i detectar els canvis físics, psíquics i socials que interfereixen en el procés i que justifiquin la recaptació de les actuacions que s'estan portant a terme.*

*Per això realitza les següents activitats:*

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- *Aplicar els procediments i protocols necessaris per proporcionar les cures d'infermeria establertes en cada servei tenint en compte la situació individual de cada usuari i fent èmfasi en la comunicació i informació.*
- *Proporcionar cures als malalts en situacions específiques (processos crònics, trastorns mentals, processos de dol, malalts terminals, atenció d'urgència, reanimació, etc.).*
- *Exercir les seves responsabilitats eticolegals posant els mitjans necessaris per protegir els pacients i familiars en relació a la intimitat, confidencialitat, seguretat, dret a una mort digna, etc.*
- *Vigilar i mantenir cobertes les necessitats del pacient (permeabilitat de vies àrees, higiene postural i corporal, repòs nocturn, control del dolor, control de constants, alimentació adequada, control de les constants vitals, glucèmies...)*
- *Mantenir una comunicació fluïda amb el malalt i família per detectar canvis, inquietuds, por o preocupacions que poden influir en l'evolució del seu estat de salut.*
- *Emplenar els registres d'infermeria existents, perquè es puguin portar a terme unes cures integrals i de continuïtat.*
- *Mantenir ordenades i actualitzades les històries clíniques d'infermeria.*
- *Realitzar la supervisió de les tasques delegades als auxiliars o cuidadores per garantir la seguretat i la correcta evolució dels plans de cures establertes.*
- *Donar suport a malalts i familiars en moments crítics.*

### *C) Administrar els tractaments, tasques delegades i altres accions terapèutiques.*

- *Preparació i administració de medicació.*
- *Realització de cures.*
- *Realització de diferents tècniques.*
- *Realització i col·laboració de proves diagnòstiques i proves complementàries.*
- *Tramitar la realització de proves i preparar el pacient per a fer-les.*
- *Tramitar sol·licituds per consultes a altres especialistes, exploracions, analítiques.*
- *Preparar i informar el pacient per a les diferents proves que s'han de realitzar en altres serveis com quiròfan, RX, proves especials, etc. seguint els protocols específics.*
- *Preparar el pacient per al trasllat als serveis centrals i proves especials (preoperatori, coordinació de proves i reclamació de peticions, preparacions especials).*
- *Sol·licitar els resultats de proves als serveis centrals.*

### *D) Intercanviar informació i coordinació amb la resta de l'equip assistencial*

- *Participació activa en el passí de visita.*
- *Participació en les reunions programades per la Cap corresponent per intercanviar dades, solució de problemes i planificació amb la resta de membres de l'equip assistencial.*

- *Intercanvi d'informació amb la resta de torns amb la finalitat de gramatitzar la continuïtat de les cures.*
- *Intercanvi d'informació i coordinació amb els diferents serveis.*

*E) Reposar i revisar la utilització dels recursos materials de la Unitat.*

- *Revisar caducitats i reposar el material.*
- *Revisar caducitats i reposar medicació i sèrum.*
- *Realitzar les revisions de materials, equipament, i instal·lacions de la Unitat, etc. comunicant les deficiències als departaments responsables de la seva compensació.*
- *Mantenir ordenades i actualitzades les comandes de manteniment, bugaderia, neteja i assegurar-se de la realització de les activitats requerides.*

*F) Proposar i participar en activitats de millora de la qualitat de les cures.*

- *Participar en les sessions d'Infermeria i proposar actuacions de millora de qualitat de les cures.*
- *Participar en els programes de millora de qualitat del servei d'acord amb els objectius fixats per la Direcció.*
- *Participar en l'elaboració de procediments i normes relatives a les cures (protocols, plans de cures de la unitat).*
- *Participar en l'avaluació dels registres i plans de cura.*
- *Utilitzar les tècniques pròpies de la Millora Continua de Qualitat.*

*G) Desenvolupar i portar a terme accions per a la promoció de la salut i educació sanitària.*

- *Activitats educatives en cures a l'alta, informar a pacients i familiars sobre tractaments, mobilitzacions, rehabilitació.*
- *Accions educatives dirigides al malalt i/o família amb l'objecte de fomentar, mantenir i recuperar la seva autonomia i la seva capacitat per adaptar la seva forma de vida en el seu nou estat de salut.*
- *Participa en accions formatives-informatives*
- *En les àrees sociosanitàries, es posa especial èmfasi en l'educació nutricional, reeducació en les activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària, tallers de psicoestimulació, lecto-escriptura, teràpia física de manteniment.*

*H) Participar en activitats de formació per adquirir i mantenir coneixements i habilitats.*

- *Mantenir actualitzats els seus coneixements respecte les responsabilitats eticolegals de la seva professió.*
- *Mantenir les seves competències professionals amb la participació en activitats d'investigació i activitats docents en el centre i fora d'aquest.*
- *Participar en les activitats de formació continuada organitzades en el servei.*

*l) Activitats de formació en el servei.*

- *Participar en la formació a altres professionals (noves incorporacions, personal en pràctiques,...) i en la supervisió de les pràctiques a estudiants d'Infermeria, Tècnics i Auxiliars.*

**Relacions internes i externes**

*A) Relacions internes*

- *Personal mèdic del servei, per a la coordinació i seguiment de l'activitat assistencial del servei.*
- *Assistents socials, per a la coordinació i seguiment de l'activitat assistencial.*
- *Farmàcia, per a la provisió del servei.*
- *Admissions, per intercanviar la informació sobre els ingressos, altes i programacions.*
- *Servei de neteja, rober i cuina, per a la coordinació i comunicació d'incidències (diètes, altes i ingressos,...)*
- *Serveis centrals, per la consulta i coordinació sobre les proves, cursar peticions.*
- *Personal d'infermeria d'altres serveis, per coordinar l'assistència el pacient ingressat, per trasllats, consultes a urgències sobre possibles ingressos, consultes sobre pacients.*
- *Manteniment, en funció de les necessitats.*
- *Departament de Relacions amb l'usuari.*
- *Arxiu.*
- *Amb la Direcció, per requeriments de coordinació i per consultes d'aspectes laborals i participació en projectes.*

*B) Relacions externes.*

- *El personal d'assistència primària i d'altres centres per la coordinació i informació sobre derivacions.*
- *Serveis d'ambulàncies i mútues per al trasllat i realització de proves.*
- *Proveïdors per a la presentació de productes.*

**Coneixements**

*Formació bàsica reglada:*

- *3 anys de Diplomatura Universitària d'Infermeria (DUI)*

*Formació específica:*

- *Preparació teoricopràctica més específica de la unitat on es realitza el seu treball.*
- *Formació en educació sanitària.*
- *Tècniques de comunicació, treball en equip.*
- *Coneixements bàsics en ofimàtica.*



### *Formació en idiomes*

- *Domini de català i castellà*
- *És recomanable, coneixements d'anglès que li permetin la lectura comprensiva de textos*

### *Perfil*

- *Dots de bon comunicador i tracte afable.*
- *Responsable i organitzada.*
- *Col·laboradora amb els membres de l'equip i d'altres àrees.*
- *Capacitat e iniciativa per prendre decisions en situacions compromeses.*
- *Capacitat de prioritzar.*
- *Ràpida i eficient en la feina.*
- *Tenir cura del seu aspecte personal .*
- *Disponibilitat i flexibilitat horària.*
- *Carnet de conduir*
- *Domicili habitual en distància inferior a 20 Km*
- *Emocionalment estable i elevada discreció*

### **Indicadors de resultat**

*Indicadors globals associats a objectius d'equip o Indicadors associats a objectius de qualitat establerts a la Unitat (Declaració d'úlceres per pressió, nombre de caigudes, infeccions nosocomials...).*

- *Indicadors de control pressupostari quant a la utilització eficaç de recursos*

### *Indicadors d'objectius individuals o susceptibles de mesurament individual*

- *Grau de compliment dels registres*
- *Indicadors de dispensació de medicació*
- *Grau d'aplicació i compliment dels protocols*
- *Reclamacions de clients interns i externs*
- *Activitats d'educació sanitària promogudes*

Los aspectos que nos han llamado la atención en el documento de la descripción del puesto de trabajo son:

- Falta una actualización de la formación básica reglada e incorporar la titulación del Grado.
- Funciones propias de enfermería: acogida al paciente, cuidados de enfermería y seguimiento del paciente y educación sanitaria, siguiendo los planes de cuidados establecidos por el centro.
- Delegación de tareas a otras categorías de rango inferior, que en general son labores de higiene, confort y alguna técnica simple (TA, T<sup>a</sup>, FC,...)

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- Funciones delegadas: derivadas de los procedimientos o tratamientos prescritos por el médico, que en general son técnicas, y una serie de tramitaciones de pruebas que son tareas meramente administrativas.
- Trabajo colaborativo: comunicación con otros profesionales, trabajo en equipo y participación en actividades de mejora.
- Trabajo auxiliar: reponer y revisar recursos.
- Realizar la formación continuada y formación a alumnos en formación.
- Perfil recomendado: buen comunicador, trato afable, responsable, organizada, colaboradora, capacidad e iniciativa para toma de decisiones en situaciones comprometidas, capacidad de priorización, rápida y eficiente, cuidar su aspecto personal, disponibilidad, flexibilidad horaria, carné de conducir y emocionalmente estable y discreta. Dicho perfil sólo existe para la categoría de enfermera (hemos observado otras descripciones de puesto de trabajo de diferentes categorías)
- Indicadores de resultado de equipo: Declaración de úlceras por presión, número de caídas, infecciones nosocomiales,... e indicadores de control presupuestario: utilización eficaz de recursos.
- Indicadores individuales: Grado de cumplimentación de los registros, indicadores de dispensación de medicación, grado de aplicación y cumplimiento de los protocolos, reclamaciones de clientes internos y externos, actividades de educación sanitaria promovidas.

Podemos apreciar una gran cantidad de trabajo auxiliar y burocrático que podrían realizar otros profesionales de categorías inferiores y poder así optimizar el tiempo dedicado a las funciones que le son propias.

En cuanto a los indicadores por los que serán evaluados, podemos ver que:

- se evalúan indicadores que tienen que ver con la calidad y seguridad del paciente
- se está exigiendo a las enfermeras la limitación en la utilización de recursos a la hora de realizar las tareas asistenciales, lo que puede presentar un riesgo para la seguridad y la atención de calidad del paciente
- se está instando a la enfermera el seguimiento de los protocolos existentes en el servicio, lo que está coartando a los profesionales la reflexión crítica y el criterio clínico durante los problemas que pueden aparecer en la atención dada, tal y como hemos visto en el capítulo anterior
- se exige el registro exhaustivo de su actividad, lo que representa que las enfermeras deben pasar gran parte de su tipo delante del ordenador en detrimento de las actividades de cuidados.

- El único indicador propio que se le evalúa de enfermería, son las actividades de educación sanitaria que realiza.

Además de todo esto la enfermera debe formarse constantemente, debe realizar su trabajo de forma responsable, eficaz y rápida, colaborando con otras categorías profesionales, estando disponible las 24 horas del día por si es necesaria su presencia ante cualquier incidente en la plantilla, y todo ello, manteniendo una estabilidad emocional, teniendo un trato afable y cuidando su imagen personal.

Según hemos visto en el capítulo anterior, las docentes conocen estos requerimientos y forman a las enfermeras de forma adecuada. Por lo tanto, dentro del programa de formación de las enfermeras deben contemplarse cada una de esas funciones. El programa formativo de la enfermera de grado de la URV (BOE 18399/2011), es el siguiente:

#### **PROGRAMA PARA GRADO DE ENFERMERIA URV**

- Antropología y ciudadanía
- Bioestadística
- Biología y Microbiología
- Enfermería de la juventud
- Enfermería en el ciclo vital
- Enfermería en la gestación, infancia y adolescencia
- Enfermería en la persona mayor
- Enfermería en la persona adulta
- Enfermería en situaciones complejas de salud mental
- Enfermería en situaciones críticas
- Estructura y función del cuerpo humano
- Ética del cuidado y bases conceptuales de la enfermería
- Farmacología
- Fundamentos de psicología aplicada
- Gestión y experiencia organizativa
- Principios de Nutrición en enfermería
- Relación terapéutica y Comunicación en enfermería
- Salud pública y Educación para la salud
- Tecnologías de la información, Comunicación y documentación

En las asignaturas que contempla la universidad para los estudios de enfermería, podemos ver la existencia de una base teórica necesaria para la realización de las funciones necesarias para el puesto de trabajo, sin embargo, hay algunos aspectos de los requeridos por la empresa que no hemos observado explícitamente en la formación de los futuros profesionales. La responsabilidad, la disponibilidad, la

capacidad de priorización, el cuidado de los recursos, el cuidado de la imagen corporativa, adaptación al cambio, buen comunicador, trato afable, organizada, colaboradora, capacidad e iniciativa para toma de decisiones en situaciones comprometidas, capacidad de priorización, trabajar de forma rápida y eficiente, cuidar su aspecto personal, disponibilidad, flexibilidad horaria, carné de conducir y emocionalmente estable y discreta, son algunos de estos aspectos.

Hemos querido buscar en el BOE 2134/2008 que regula los estudios de grado para ver si en sus objetivos/competencias se contemplan estos requerimientos, con la creencia de que están incluidos en alguna de las materias que se imparten en la universidad.

Según dicho BOE, Apartado 3, los Objetivos–Competencias que los estudiantes deben adquirir:

- 1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.*
- 2. Planificar y prestar cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familia o grupos, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema de salud.*
- 3. Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.*
- 4. Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y multicultural.*
- 5. Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familia o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.*
- 6. Basar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.*
- 7. Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.*
- 8. Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud –enfermedad.*
- 9. Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.*
- 10. Proteger la salud y el bienestar de las personas, familia o grupos atendidos, garantizando su seguridad.*

11. *Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familia, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.*
12. *Conocer el código ético y deontológico de la enfermería española, comprendiendo las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación.*
13. *Conocer los principios de financiación sanitaria y sociosanitaria y utilizar adecuadamente los recursos disponibles.*
14. *Establecer mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.*
15. *Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.*
16. *Conocer los sistemas de información sanitaria.*
17. *Realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.*
18. *Conocer las estrategias para adoptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.*

Podemos ver que la mayor parte de los requerimientos que se exigen en las empresas están contempladas en los planes formativos, pero nos siguen faltando la incorporación de aspectos actitudinales en relación al trabajo, es decir, un “perfil”: que sean afables, discretas, buenas comunicadoras y emocionalmente estables. Por otro lado las empresas exigen un buen aspecto personal, además ha de ser responsable, colaboradora, con iniciativa y capacidad de priorización, organizada y eficiente y que esté disponible para trabajar a cualquier hora del día. Algunas de estas actitudes, como hemos visto anteriormente en la “Socialización académica”, están contempladas por la universidad como perfil previo recomendado para el acceso a los estudios, y por lo tanto ya las deben tener incorporadas las futuras estudiantes.

Es decir, los profesionales recién egresados al ámbito laboral tienen la formación teórica y actitudinal necesaria para realizar la actividad que se les exige, pero observamos una diferencia esencial, se les forma para “Ser enfermera” y no para “Trabajar de enfermera” (Ramió 2005).

Conseguir la madurez profesional no es sólo la aplicación de los conocimientos a la práctica. Ser un profesional significa tener unos conocimientos “saber”, unas habilidades “saber hacer” y unas actitudes “saber estar”, significa ser capaz de resolver problemas, de tomar decisiones autónomas y hacerlo con la seguridad y confianza del trabajo bien hecho. Esto es lo que diferencia a las enfermeras expertas de las novales, ese saber intuitivo, fruto del conocimiento y la experiencia práctica acumulada. Se trataría de pasar de “Ser enfermera a Trabajar de enfermera” (Ramió 2005:15)

Parte de ese conocimiento, actitudes y habilidades necesarias para “Trabajar de enfermera” lo debería haber adquirido durante el período de prácticas, y además, una vez incorporada a la empresa, durante el procedimiento de acogida, la tutora adjudicada ayudará a la recién egresada a desarrollar sus capacidades enseñándole las normas, protocolos y procedimientos de la unidad, el manejo de aparatos y dispositivos y la introducirá en la cultura de empresa.

Parece, según lo visto hasta ahora, que la socialización académica recibida en la universidad, en la que han adquirido no sólo conocimientos, habilidades y actitudes, sino los valores y la misma identidad enfermera, se complementa con la socialización laboral incipiente recibida en el período de acogida, y con los rasgos de personalidad previos que la persona tiene antes de comenzar los estudios. Esta última parte es fundamental para la adquisición de la cultura empresarial por parte de la recién egresada.

### **5.3.2.- Condiciones laborales**

Las condiciones de trabajo influirán de forma importante en el grado de satisfacción personal. El ritmo de trabajo, el sistema de turnos, la responsabilidad, los salarios bajos... van a incidir en la salud del trabajador y en su vida social y familiar. Por tanto, la gestión de recursos humanos de las empresas debe estar encaminada a conseguir una adecuada calidad de vida laboral, con ello se conseguirá motivar a los profesionales y mejorará la capacidad de adaptación a los cambios organizativos, que es lo que en la actualidad se exige a los trabajadores. (Gallego, 2009).

En un escenario adverso cuyas características principales son: reducciones de plantilla, rotaciones de turnos, de servicios, de horarios, de sistemas de trabajo, falta de estabilidad en los contratos, disponibilidad las 24 horas del día,... el colectivo enfermero ve frenado el proceso de profesionalización y socialización.

A esta precariedad laboral a la que se enfrentan los profesionales de enfermería, hay que añadir la falta de experiencia y la elevada responsabilidad que adquieren en relación a los conocimientos que tienen, por lo que los inicios laborales pueden ser estresantes.

Es decir, cuando las enfermeras comienzan a desarrollar su trabajo, lo hacen en situación de incertidumbre laboral, inseguridad, temor y soledad personal al enfrentarse al entorno de trabajo complejo, con poca experiencia y demasiada responsabilidad.

Lo que necesitan las profesionales noveles, en este momento, es sentirse satisfechas y cómodas con el trabajo que desarrollan, de esta forma se aumentaría el sentido de pertenencia profesional e internalizarían la cultura profesional (Arreciado, 2013).

El término satisfacción laboral es difícil de conceptualizar debido a su complejidad, heterogeneidad y a su componente de individualidad, ya que como expone J. Roca (s.f.), “un mismo individuo y/o grupo puede considerar satisfactoria una situación laboral que en su día calificó de insatisfactoria, y viceversa, en tanto que lo que en un determinado contexto sociocultural puede resultar fuente de satisfacción laboral en otro puede constituir un elemento claramente insatisfactorio” (pp. 19). A pesar de ello, muchos son los autores que han estudiado los diferentes factores que inciden en la motivación y satisfacción de los profesionales.

Uno de los autores que han analizado este tema es JA. Pérez (1997), éste establece que el contexto de la motivación-satisfacción debe situarse en tres niveles relacionados entre sí, por un lado el ámbito del trabajo (condiciones de trabajo, características de la organización, productividad, remuneración, etc.), el sistema de relaciones sociales (organización formal e informal, grupos de pertenencia y referencia, etc.) y sistemas sociales y modelos culturales (estructura de clases, sistemas ideológicos, etc.).

Otro de los autores que hace una definición de satisfacción laboral es Morse, este autor determina que la satisfacción “es el resultado de lo que el individuo espera obtener y lo que obtiene realmente” (Morse en Pérez 1997:136), es decir, según el autor, la satisfacción se podría medir observando la diferencia entre los niveles de aspiración y los resultados obtenidos. Esta definición estaría en la línea de Kahn que establece que la satisfacción sería “el balance de la relación entre la definición del rol que el trabajador quiere jugar en la empresa y la definición del rol que la empresa da al que debe desempeñar el trabajador” (Kahn en Pérez 1997:138).

Herzberg, por su parte, distingue dos tipos de factores que inciden en la satisfacción: los factores extrínsecos o factores de insatisfacción (ambiente de trabajo, relaciones interprofesionales, etc.) y los factores intrínsecos o factores de satisfacción (actividad laboral estimulante, promoción, reconocimiento, etc.). Este autor establece que “motivar a los trabajadores a través únicamente de los factores extrínsecos (salario, por ejemplo) resulta totalmente ineficaz puesto que requeriría una continua escalada en las recompensas. Por ello recomienda enriquecer el puesto de trabajo atendiendo fundamentalmente al segundo tipo de factores” (Herzberg en Roca (s.f.):12).

Por otro lado, Blauner cree que son los factores externos al individuo, los que más inciden en la satisfacción. Estos factores son: “control que ejercen los trabajadores sobre las condiciones de trabajo (a partir de sus expectativas y de aquello que se espera de él, la integración en el grupo de trabajo, el prestigio de la profesión en la empresa y en la sociedad y la naturaleza de la comunidad en la que vive el trabajador, donde desempeña sus roles y pertenece a diversos grupos” (Blauner en Pérez 1997:150).

En nuestro estudio hemos preguntado a los profesionales de enfermería, el grado de satisfacción que tienen en relación a su trabajo diario.

### 5.3.2.1.-Grado de satisfacción percibido por las enfermeras

Entre las enfermeras vemos que algunas no se sienten del todo satisfechas con el trabajo que hacen. Reconocen estar inmersas en una inercia frenética de rutina diaria que les impide reflexionar sobre las decisiones que toman y escapar del automatismo. Piensan que este sistema de trabajo que se lleva a cabo en los hospitales es responsabilidad de las propias enfermeras. Echan de menos el poder dedicar más tiempo a los cuidados.

DUI1. ♀ *"... no me quejo, me voy cada día a casa con la sensación de que no he parado en toda la mañana y he hecho mi trabajo lo mejor posible, ¿si me gustaría hacer otras cosas?... bueno, me gustaría tener tiempo para reflexionar sobre algunas decisiones que tomas a lo largo del turno, para pensar en cómo hacer las cosas de otra forma sin tener que caer en la rutina, para hacer estudios de investigación,... para todo eso, pero estás tan metida en la rutina... es como un círculo vicioso del que no sabes salir"* (Enfermera asistencial, 52 años)

DUI2. ♀ *"No me siento muy satisfecha de mi trabajo, pero también considero que... si te organizas de una manera diferente... no sé, es que también me he dado cuenta que el personal que hay, son personas... como que están un poco cansadas de la faena que hacen, entonces es ya todo como muy...entro...voy... salgo...muy rutinario. Yo intento trabajar de otra manera, de no hacer sólo técnicas, pero te dejas llevar por la dinámica de la planta,... por eso no me acaba de gustar"* (Enfermera asistencial, 22 años)

DUI3. ♀ *"Cuando voy muy saturada de trabajo, no me siento satisfecha con lo que hago, porque pienso que no tengo tiempo para dedicar tiempo para hacer las cosas bien y estar segura de que todo lo tengo terminado, pero el día que vas bien y puedes controlarlo todo, si llaman porque necesitan algo y vas y se lo das o le puedes explicar por qué se le hacen las cosas"* (Enfermera asistencial, 29 años)

DUI5. ♀ *"Hay días que sí y otros que no, los días que he podido controlar la situación y he hecho todo lo que debía hacer y he tenido a todos controlados, me voy bien. Controlar, por ejemplo, no me gusta dejarme de hacer cosas, a veces una paciente te dice oye mira que necesito hablar contigo y si por la presión no paso, pues tengo la sensación de que no he controlado, pero es que no puedo dejar cosas para la tarde, porque ellas también tienen su trabajo, a veces he tenido que marchar más tarde para poder terminar mi trabajo, porque después de terminar todo, he de escribirlo en la historia y he de pasar el parte, a las 3 no sales nunca, ni yo, ni nadie, fijo, media hora sales más tarde siempre. Yo es que tengo que dar el parte bien, no de cualquier forma, porque si lo dejara escrito, puedes explicar muchas cosas pero las sensaciones no las puedes explicar en papel, de ninguna forma, si está contento, si la hija me ha comentado algo,..."* (Enfermera asistencial, 43 años)

DUI4. ♀ *"Sí. Porque reconozco que cuando vienes y lo haces bien, pues me voy satisfecha. La super me reconoce el trabajo bien hecho"* (Enfermera asistencial, 27 años)



Aunque alguna responsabiliza de la situación a los líderes de los centros y de su actitud pasiva.

DUI7. ♀ *"Estoy insatisfecha de como los responsables, sabiendo que la base del hospital es cuidar y curar, y somos el primer eslabón, se toman la situación... de eso no estoy contenta"*  
(Enfermera asistencial, 47 años)

Por su parte, los enfermeros se sienten satisfechos en general.

DUI6. ♂ *"Sí, me encanta mi trabajo"* (Enfermero asistencial, 32 años)

DUI9. ♂ *"Hombre sí, yo pienso que sí"* (Enfermero asistencial, 39 años)

DUI11. ♂ *"Si, creo que hacemos una buena praxis como enfermeros"* (Enfermero asistencial, 28 años)

Se aprecia una diferencia clara entre la percepción de los profesionales femeninos, más autoexigentes y autocríticas, con cierto grado de percepción de culpabilidad, o culpabilizando a otros (los líderes), y la de los enfermeros, satisfechos, seguros de sí mismos y rotundos en las respuestas.

#### 5.3.2.2.- Grado de satisfacción percibido por las enfermeras gestoras

Las enfermeras gestoras nos indican que la enfermería de los centros no está satisfecha con su trabajo, debido la situación laboral que padecen. Los profesionales están invirtiendo horas fuera de su jornada sin que se les remunere, están sufriendo elevados índices de rotación por diferentes servicios, en cualquier momento del día pueden ser reclamados por la empresa para cubrir plantillas, el nivel de exigencia de trabajo les sobrepasa,... todo esto hace que el trabajo en equipo y la continuidad de los cuidados se resienta,... y los líderes, por lo que podemos ver, son conscientes de esta situación pero lo toleran sin tomar medidas correctoras.

G5. *"...se quedan más tiempo del que es la jornada porque hay que terminar la faena y lo hacen sin cobrar... y eso no es bueno para la profesión, porque para eso tienes un contrato, pero los pacientes son lo primero. Antes se remuneraba un cuarto de hora de solapaje entre turnos, ahora con la crisis se ha dejado de cobrar, pero el pase hay que darlo, es imprescindible para la continuidad de cuidados"* (Supervisora, 43 años)

G1. *"También nos falta la estabilidad del equipo, hay mucha gente rotando mucho y les tienes que decir, vigíleme a este paciente y prevalece ese apartado más técnico y si el paciente pide una almohada, pues queda un poco relegado a segundo plano y se te olvida,..."* (Enfermera responsable calidad, 53 años)

G4. *"La verdad es que no creo que estén demasiado satisfechas con el ritmo de trabajo que llevan. Se les exige demasiado"* (Supervisora, 53 años)

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Según nos dice una de las enfermeras gestoras, lo que necesita enfermería para sentirse satisfecha, es poder dedicar más tiempo a los cuidados de los pacientes

*G4. "Yo creo en general no están satisfechas, habrá días que sí, cuando lo pueden hacer de otra manera. Además te lo dicen, hoy sí que he disfrutado de poder atender, de poder hablar, de escuchar, pero los demás días corriendo y con la duda de que se dejan cosas por hacer"*  
(Supervisora, 53 años)

Alguna enfermera gestora contempla la posibilidad de que la causa de la insatisfacción de los profesionales, sea una falta de conocimientos, coordinación y trabajo en equipo.

*G1. "Si preguntas individualmente a la gente, te dice que si está satisfecha, creo que es cuando nos juntamos, el colectivo, que entonces nos negativizamos y pensamos que podríamos hacer y que no sé qué, es cuando piensas...jo...cuanto nos falta. Tú a nivel personal tienes bien cubiertas las expectativas, pues vengo a trabajar, tengo un sueldo, trabajo bien, me gusta trabajar con los pacientes,...la gente trabaja bien y las técnicas se hacen bien, cuando lo hace mal es porque a lo mejor no sabe, pero no porque no pueda,... es cuando empiezas a pensar en cosas que podrías haber hecho y no has hecho, por ejemplo que un paciente te reclame 5 minutos y no puedas dedicárselos, pero eso es falta de coordinación y de trabajo en equipo"* (Enfermera responsable calidad, 53 años)

Podemos ver que las enfermeras gestoras, que al fin y al cabo, son líderes de enfermería, conocen perfectamente la situación de precariedad laboral a la que se enfrentan los profesionales cada día y algunas de ellas culpabilizan al propio colectivo de esta situación.

### 5.3.2.3.- Grado de satisfacción percibido por las representantes del colegio y sindicatos

Las representantes del colegio profesional, son contundentes en las respuestas:

*Colegio1. "Para nada, no creo que se sientan satisfechas con su trabajo"* (Tesorera colegio, 58 años)

*Colegio2. "No, no creo que estén satisfechas "* (Presidenta colegio, 63 años)

Los representantes de los sindicatos, piensan que enfermería no está satisfecha con la labor que desempeña, y perciben cierta sensación de pérdida.

*S1. "No creo que estén satisfechas con su trabajo"* (Miembro sindicato, 58 años)

*S2. "Yo creo que la mayoría no está satisfecha...pasa horas...ahora hay que rellenar tantas casillas...pues venga... algo está pasando que no...la enfermería no es lo que era..."* (Miembro sindicato, 57 años)

Es decir, analizando los discursos de los diferentes informantes, vemos que los profesionales de enfermería femeninos están insatisfechos con su trabajo, autoresponsabilizándose o responsabilizando a los líderes de esta situación. Los líderes conocen la situación de insatisfacción y responsabilizan a los profesionales de falta de organización del tiempo de trabajo, y los representantes de colegio profesional y sindicatos también son concedores de esta realidad, sin que nadie parezca hacer nada.

Estudios realizados en Europa (Piko (2006), Hawksley (2007)), constatan un elevado grado de agotamiento emocional, despersonalización en la práctica asistencial, un conflicto de rol y una afectación de la salud de las enfermeras. Determinan que el estrés puede influir en el rendimiento laboral, en la eficiencia en el trabajo y en la calidad asistencial.

En 2012 por el Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Tarragona realizó una encuesta “Anàlisi de satisfacció i motivació dels professionals d’infermeria de Tarragona”<sup>80</sup> de cuyos resultados destacamos:

- Un 47% no tiene tiempo material para la realización de sus funciones
- Un 46,2% no está satisfecho con su entorno/condiciones de trabajo
- Un 57,7% considera escasa la dotación de personal
- Un 43% dice no estar en un entorno psicológicamente/emocionalmente saludable
- Los factores que influyen en la motivación a la hora de desarrollar su trabajo son: más autonomía, conciliación familiar, laboral y personal, las relaciones interpersonales y la estabilidad laboral.

En 2015, el sindicato SATSE publica los resultados del “Barómetro enfermero” de 2014<sup>81</sup>, en el que se intenta detectar aquellos aspectos que más preocupan al colectivo enfermero, y que en general se derivan de las medidas de recortes llevadas a cabo por las instituciones a causa de la actual situación de crisis. Lo que más preocupa a los profesionales, por orden de importancia, son:

- La pérdida de derechos adquiridos
- La escasez de recursos materiales y humanos
- La inestabilidad laboral
- La falta de autonomía a la hora de llevar a cabo la práctica asistencial
- La desinformación, la incertidumbre y la falta de apoyo

Ante este contexto, nos surgen preguntas: ¿Por qué nadie hace nada? ¿Por qué esa resignación? Ni siquiera aquellas instituciones que deberían hacerlo, como son los sindicatos y colegios que poseen datos objetivos de demandas de los profesionales. Pero además, esta realidad se vuelve mucho más compleja cuando nos preguntamos ¿Por qué los enfermeros se sienten satisfechos? Si el origen

<sup>80</sup> COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE TARRAGONA (2012) “Anàlisi de satisfacció i motivació dels professionals d’infermeria de Tarragona”. *Revista Fem Camí*. Nº 47 Octubre-diciembre 2012

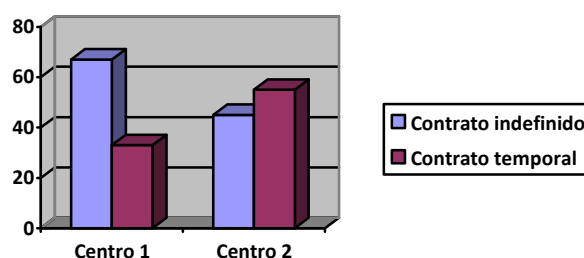
<sup>81</sup> SATSE (2015) *Barómetro enfermero de 2014*. Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/informes/barometro-enfermero-2014> Consultado el 15/7/15

estuviera exclusivamente en la precariedad laboral, la insatisfacción sería común para enfermeras y enfermeros, pero no lo es. Es decir, aunque de forma individual existan quejas, el colectivo como grupo acepta esta situación, con resignación y conformismo, y no hay reacciones por parte de ellos. Proponemos una línea de investigación futura para profundizar en este tema.

#### 5.3.2.4.- Situación laboral de los centros hospitalarios participantes en el estudio

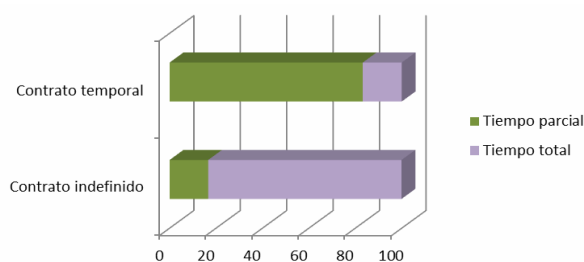
Hemos analizado la plantilla de enfermeras de base de los dos centros hospitalarios a estudio, con el objetivo de ver las condiciones laborales en las que se encuentran (hemos excluido los profesionales con cargo de responsabilidad)<sup>82</sup>.

Gráfica (5) Prof. Enfermería según tipo de contrato

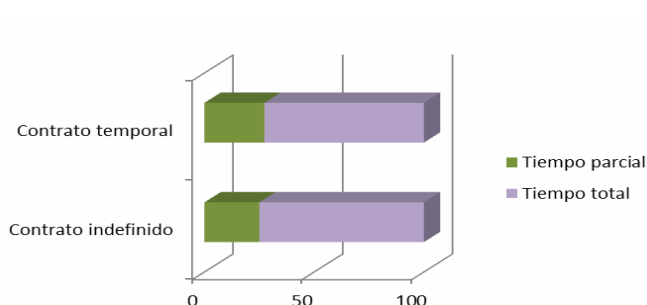


Según las gráficas, podemos ver que el porcentaje de enfermeras con contrato indefinido es superior en el centro 1, y podemos destacar que el centro 2 tiene más de la mitad de las enfermeras del centro con contrato temporal.

Gráfica (6) Distribución coeficiente de jornada según contrato. Centro 1



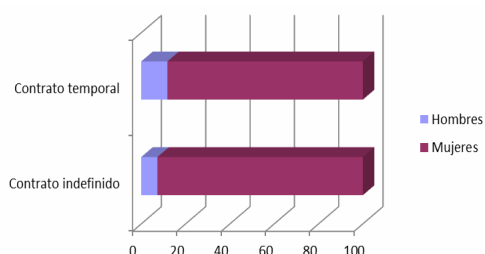
Gráfica (7) Distribución coeficiente de jornada según contrato. Centro 2



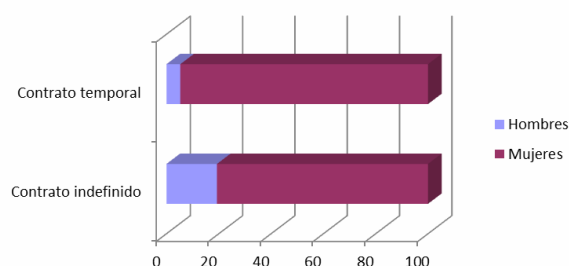
<sup>82</sup> Plantil

Si analizamos la distribución del coeficiente de jornada según contrato, como vemos en las gráficas, en lo que se refiere a los contratos indefinidos, la relación entre los contratos a tiempo parcial y tiempo total, es ligeramente superior en el Centro 2. Mientras en el Centro 2 el porcentaje de profesionales con contrato indefinido a tiempo parcial es de 25%, en el Centro 1 es de 16,6%. Sin embargo, analizando los datos de la contratación temporal, vemos que el coeficiente de jornada varía de forma importante en un centro y otro. Mientras que en el Centro 1 el porcentaje de profesionales temporales a tiempo parcial es del 83,2%, en el Centro 2 es del 27,3%.

**Gráfica (8) Distribución de género según contrato. Centro 1**



**Gráfica (9) Distribución de género según contrato. Centro 2**



Analizando la distribución de género según contrato laboral, vemos que en el caso del centro 2 el porcentaje de enfermeros con contrato indefinido (19,3%) es superior al de los que están en contrato temporal (5,3%). En el caso del centro 1, ocurre lo contrario, el porcentaje de hombres con contrato temporal es superior (11,8%) al de los que tienen contrato indefinido (7,3%).

Podemos ver que el centro 1 destaca por el mayor número de contratos indefinidos y la parcialidad de los contratos temporales, y el centro 2 destaca por el gran número de contratos temporales aunque en su mayoría sean a tiempo total.

Por otro lado, analizando la antigüedad de los profesionales, hemos podido constatar los siguientes datos (Tabla 22):

**Tabla 22. Distribución según antigüedad y tipo de contrato**

| Centro          | Antigüedad | < 3 años y contrato | < 3 años, contrato temporal y |
|-----------------|------------|---------------------|-------------------------------|
|                 | < 3 años   | temporal            | tiempo parcial                |
| <b>Centro 1</b> | 23,4%      | 100%                | 86%                           |
| <b>Centro 2</b> | 43,4%      | 96,6%               | 30%                           |

Fuente: elaboración propia

- Centro 1: de un total de 368 enfermeras de base, el 23,4% tienen entre 0 y 3 años de antigüedad y de esos el 100% tiene un contrato temporal y de ellos el 86% tienen contratos temporales a tiempo parcial.
- Centro 2: de un total de 69 enfermeras de base, el 43,4% tienen entre 0 y 3 años de antigüedad y de esos el 96,6% tiene un contrato temporal y de ellos el 30% tienen contratos temporales a tiempo parcial.

Es decir, en uno y otro caso, lo que predomina es la incertidumbre, la inseguridad y la precariedad laboral para gran número de profesionales.

En nuestro caso, no ha sido posible acceder a las planillas de enfermería para poder analizar la turnicidad y rotación de los profesionales.

A modo de resumen, podemos decir que todo este contexto que hemos descrito (la precariedad contractual, los diferentes horarios de trabajo, las turnicidad, la precariedad laboral por falta de recursos, la rotación por diferentes servicios, la falta de expectativas de promoción, la dificultad de conciliación, la sobrecarga de trabajo), pueden causar estrés en la profesión enfermera.

Está claro que el contexto no es el más favorable para la profesión, por lo que las enfermeras noveles tienen un reto importante a la hora de iniciar el desarrollo de su carrera profesional. Hemos visto que la precariedad laboral de las enfermeras es alta y “la situación de inserción laboral de los nuevos titulados es aún muy deficiente, lo que añade más elementos de estrés y desgaste profesional” (Girbau, Galimany y Garrido 2012:58).

El tener contratos por días sueltos, el trabajar de “pool” (corretornos) y la localización telefónica permanente, impiden el hacer un seguimiento de los pacientes y acostumbrarte a unos sistemas de

trabajo, además del impacto en la vida personal y familiar del trabajador. Ramió denomina a esta circunstancia “violencia institucional” (2005:134). La flexibilidad de turnos y horarios, la disponibilidad total 24h al día, repercute en la relación familiar y como consecuencia “desde el momento que el ámbito laboral se superpone a otros ámbitos de la vida social y, en concreto, al familiar, surgen conflictos” Mozo (1997:86).

En 2009 el Consell Català de la Professiò Infermera realizó un informe<sup>83</sup> en el que se constataba que la precariedad laboral en enfermería, producía una menor satisfacción en relación a la actividad profesional, una disminución de su calidad de vida y además un impacto negativo en el trabajo en equipo y en los resultados clínicos de los pacientes, así como en la continuidad de los procesos asistenciales.

En 2014, según el Consejo General de Enfermería<sup>84</sup>, en España había 506 enfermeras por 100.000 habitantes, mientras que en Europa, el promedio es de 797, y los ratios de otros países son: Finlandia (2.365), Países Bajos (1.339), Alemania (1.115), Reino Unido (988).

En Enero de 2015, el Colegio de Enfermería de Barcelona, redacta una nota de prensa<sup>85</sup> en la que insta al Parlament a conseguir una dotación de enfermeras por habitante, igual que en el resto de países europeos, donde la media es de 8,5 por cada mil personas, mientras que en Cataluña es de 5,2.

Estos datos nos dan una idea del esfuerzo personal y profesional que realizan los profesionales para la consecución de sus objetivos asistenciales, dando un valor añadido a su profesión, ya que en todo sistema de salud son un elemento esencial para dispensar los cuidados a la población sana y/o enferma. A pesar de todo este escenario, las enfermeras mantienen cierto grado de satisfacción profesional y esto es debido a los valores de altruismo y de ayuda a los demás que es identitario de la enfermería (Ramió, 2005).

### 5.3.3.- Interrelaciones profesionales

Las interacciones que se establecen entre los enfermeros nóveles y los miembros del equipo cumplen diferentes funciones (Palací, Ripoll y Osca, 1995): pueden desempeñar funciones informativas, que

---

<sup>83</sup> CONSELL CATALÀ DE LA PROFESSIÓ ENFERMERA (2009) Informe executiu: *L'impacte de la precarietat laboral del personal d'Infermeria en els resultats clínics i de productivitat*. Comissió de l'exercici. Barcelona. Disponible en: [http://www.saveva.com/domamIES/pub/cpic/html/ca/dir3527/informe\\_dotacions\\_minimes\\_infermeres\\_unitats\\_hospit\\_aguts\\_pl\\_e\\_2009\\_cplic.pdf](http://www.saveva.com/domamIES/pub/cpic/html/ca/dir3527/informe_dotacions_minimes_infermeres_unitats_hospit_aguts_pl_e_2009_cplic.pdf) Consultado el 23/9/14 Consultado el: 17/7/15

<sup>84</sup> CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. 2014. Disponible en: [www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1565-enfermeria-facultativa-numero-197](http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1565-enfermeria-facultativa-numero-197) Consultado el 22/2/15

<sup>85</sup> COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (2015) *Les infermeres catalanes reclamen al Parlament que es reconegui la seva aportació en el sistema de salut*. Disponible en: <http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=1492&idMenu=651> Consultado el 18/9/15

permitirán clarificar roles y dar a conocer el funcionamiento del grupo de trabajo; pueden tener una función normativa, dando a conocer las normas, valores, actitudes propias de la organización o pueden cumplir una función psicológico-afectiva, proporcionando apoyo personal a los nóveles. Todas estas interacciones le ayudarán a hacer frente a las incertidumbres iniciales del trabajo y evitar el estrés y la angustia al recién llegado. Según los autores, pasados los nueve primeros meses desde la incorporación, se dan procesos que llevan a la aceptación del nuevo empleado como miembro de la organización. “Para ello debe aprender a manejar conflictos tanto internos como externos a la organización, establecer una identidad que sea percibida como satisfactoria tanto para sí mismo como para la organización, iniciar relaciones interpersonales, adquirir nuevos valores y, por último, asumir modos y patrones de comportamiento consistentes con las normas dominantes en el grupo y en la organización” (1995:5).

Las organizaciones sanitarias influyen en la práctica enfermera. Sus normas y estructura impregnan de un determinado carácter a las personas que trabajan en ella y esto propicia el establecimiento de jerarquías de poder dentro de los diferentes colectivos. En muchas ocasiones, esta jerarquía por niveles que existe en los centros sanitarios, que son la base para establecer la división del trabajo, y las ideas de abnegación, entrega y subordinación aún arraigadas en los profesionales de enfermería, permite que esa jerarquía se perpetúe con el paso de los años muy a pesar de las adaptaciones curriculares de la formación recibida durante los estudios. Esta jerarquía institucionalizada va a repercutir en las relaciones interpersonales y en el trabajo en equipo (Medina, 1998).

En nuestro estudio, hemos querido conocer diferentes aspectos de las relaciones interprofesionales que se establecen entre las enfermeras y los médicos, por un lado hemos querido conocer las necesidades y expectativas que tienen cada una de las categorías profesionales respecto a la otra, posteriormente hemos preguntado sobre la jerarquía de las relaciones y por último, cómo son las relaciones en el día a día de su trabajo.

### **5.3.3.1.- Necesidades de los colectivos médico y enfermero**

#### *1.- Necesidades de los médicos según las enfermeras*

Algunas enfermeras piensan que los médicos necesitan una enfermera sumisa, obediente, que no les cuestione sus decisiones y que no tenga un criterio clínico, que le informe de los cambios significativos producidos en el paciente con el objetivo de que ellos puedan diagnosticar y prescribir el tratamiento adecuado. En los discursos se puede observar la distancia jerárquica que perciben las enfermeras.

*DUI1. “Los médicos esperan de las enfermeras que hagan lo que ellos ordenan y sin rechistar. Si se te ocurre cuestionar alguna decisión que tomen, te miran como a un bicho raro...algo que les cabrea mucho es cuando se equivocan en una pauta de un tratamiento y vas y le dices: “Te has*



*equivocado"...bufffff eso es una bomba, en general, se lo toman mal...aunque algunos no, algunos te lo agradecen, pero la mayoría no se lo toma bien. ..Ellos esperan que tú estés alerta, que observes y le informes de las incidencias que sufre el paciente. Pero no quieren que aportes tu criterio, es decir, si un paciente se pone con fiebre y lo llamas informándole de que le vas a dar un triste Gelocatil, se mosquean, lo que quieren es poder decir ellos "dale un Gelocatil". Ellos quieren mandar. Quieren enfermeras sumisas que obedezcan y no molesten demasiado". "Pues que haga lo que ellos dicen y nada más, que vigile a los enfermos mientras ellos no están en planta, que siga sus instrucciones,..." (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI2. "El médico lo que espera de una enfermera es el, "yo pido y tú haces" y....lo haces ya" (Enfermera asistencial, 22 años)*

*DUI4. "En este hospital es como antes, hay poca comunicación entre los médicos y nosotras, aquí eres la enfermera y te digo que hagas esto, no me lo cuestiones. Lo que necesita es que seas capaz de observar cosas que no son lo normal y se las comuniques para él poder actuar" (Enfermera asistencial, 27 años)*

*DUI5. "Lo que necesita el médico de la enfermera es que cumpla sus órdenes...¡sargento!. Yo, con el médico de aquí hemos tenido mucha suerte porque nos tiene en cuenta y todo eso, pero al final te das cuenta de que aquí el que manda es él y eso se nota" (Enfermera asistencial, 43 años)*

La acción cuidadora de la enfermera, como continuación de los cuidados domésticos, ha influido en las relaciones interprofesionales dentro de las organizaciones y en la falta de reconocimiento profesional. "Es decir, son "esposas, madres y empleadas domésticas" al mismo tiempo. "Esposa" del médico en su función de ayudante, "madre" de los pacientes en su curación y cuidado y "servidora doméstica" de las instituciones de salud" (García, Sainz y Botella, 2004) y esta misma reflexión la encontramos en otros autores como Hernández (1995), Zapico y Adrián (2003), Cánovas (2004), Fajardo y German (2004), Carrasco, Márquez y Arenas (2005), Celma y Acuña (2009), Gallego (2009). Es más, según Florence Nightingale, las enfermeras debían ser "maternales, atentas y compasivas", rasgos asociados a la maternidad.

Traslación de roles domésticos al ámbito hospitalario, eso es lo que algunas enfermeras perciben que necesita el médico. Hacer de madre cuidadora y esposa obediente.

*DUI6. "...para lo mismo que necesita el marido a su mujer, para que le diga donde está todo, como se hace todo... los médicos son muy despistados, tienes que ir recordándoles, esto, lo otro, acuérdate que tienes que hacer aquello, tenemos un papel, un poco de agenda...como la esposa. Hacemos de madre de los pacientes y de esposa de los médicos. Los traumatólogos, solo saben de huesos, lo demás, ni les va, ni les viene, ni les interesa, hasta que va alguien y se lo dice, oye que tiene un agujero en el culo que le cabe un puño y hay que poner antibiótico...¡ah! tiene una úlcera?...si lo he escrito durante dos semanas en el curso clínico. Los cirujanos, es que se está*

*ahogando!! Si pero la herida está bien? Sí, pero está azul...bueno, pues... ponle oxígeno...cuanto...no sé el que quieras. Tenemos que irles detrás en muchas cosas"* (Enfermero asistencial, 32 años)

*DUI9. "El médico necesita de la enfermera, prácticamente todo, porque es que le tienes que decir....prácticamente todo es lo que necesita...la medicación esta se la está tomando, como están las glucemias, como están las constantes, como...son muy dependientes de enfermería....no son capaces de miralo ellos mismos"* (Enfermero asistencial, 39 años)

Algunos profesionales más experimentados (más de 10 años de experiencia profesional) perciben que los facultativos necesitan enfermeras formadas y con criterio.

*DUI7. "Los médicos necesitan enfermeras que estén formadas y tengan responsabilidad y criterio. Si tú a un médico le vas con criterio y le explicas las cosas, ellos responden y te ven de otra forma. Siempre hay alguno que no entra, pero en general sí"* (Enfermera asistencial, 47 años)

*DUI8. "Ellos ordenan ponle una sonda, o hazle un análisis,...son tareas más delegadas. Pero también tenemos una parte independiente, aunque esa hay que ganársela día a día, demostrando que tienes criterio y así tendrás la confianza del médico"* (Enfermero asistencial, 48 años)

*DUI9. "Nosotros en esta planta tenemos muy buena relación con los médicos y....les sugieres, porque tienes experiencia y conoces al paciente y les dices...oye a este señor no le podríamos cambiar la medicación y ponerle....y se tiene en cuenta lo que decimos, normalmente, porque tienes experiencia y de la misma forma que los pacientes lo notan, los médicos también lo saben"* (Enfermero asistencial, 39 años)

## 2.- Necesidades de los médicos según los alumnos

Algunos piensan que la enfermera está para avisar al médico en caso de que el paciente empeore. Diferencian el trato entre médicos y enfermeras noveles, a las que les ordenan las tareas a hacer, sin más, o con experiencia en las que confían. Se perciben como el enlace entre el médico y el enfermo.

*E1. "Un médico espera que le avise cuando una persona se ponga mal, o sea que tenga ojo clínico, que sepa detectar si el paciente se está poniendo mal, si el médico se equivoca en alguna pauta de tratamiento, que le avise, pero no todos, claro... No solo espera que hagas lo que él ordena, sobre todo trabajando con enfermeras con experiencia que son resolutivas y que suelen avisar al médico cuando algo no está bien.... Pero si las enfermeras son inexpertas, lo único que les dan son pautas, "haz esto, esto y esto" y ya está"* (Estudiante enfermera, 32 años)

*E5. Poder preguntar a la persona/as que esta 24h con el paciente su evolución, alteraciones, reacciones del tratamiento, como es su alimentación y eliminación, todo esto para poder*

*elaborar su informe, cambiar tratamiento si es necesario. En definitiva somos el enlace entre el paciente y el médico” (Estudiante enfermero, 20 años)*

Otras perciben que los médicos esperan de la enfermera un auxiliar que le informe de las incidencias y hace técnicas delegadas, aunque expresen decepción por ese rol otorgado y el que no se tenga en cuenta el criterio.

*E2. “Qué esperan los médicos de la enfermera...pues que si hay alguna urgencia que les avise, que sepan administrar los fármacos,...no sé... no sé... es que yo creo que la enfermera es...no debería ser el centro, pero...porque es un equipo multidisciplinar, pero se encuentra un poco en el centro, pues eso...” (Estudiante enfermera, 23 años)*

*E3. “Ellos llegan pasan visita, ordenan y ya está. Los médicos necesitan que supiera aplicar lo que prescriben y que fuera un apoyo, hay casos que no dan opción a nada más, aunque lo ideal sería que tuvieran en cuenta el criterio de la enfermera” (Estudiante enfermera, 30 años)*

*E4. “Que aquellas cosas que les pidan, hacerlas correctamente, que sean buenos ayudantes; aunque para mí, las enfermeras también tenemos que tener independencia y capacidad de decidir. Pero yo creo que lo que esperan los médicos es que seamos buenos ayudantes y que juntos podamos formar un buen equipo” (Estudiante enfermera, 19 años)*

Hemos visto que en algunas ocasiones las relaciones que se establecen entre estos profesionales son contradictorias, o tienen un marcado signo paternalista por parte de los médicos, aunque en general este paternalismo es bien recibido por las novales, o por el contrario la relación puede llegar a faltas de consideración, por parte de los médicos, hacia el trabajo de las enfermeras inexpertas (Ramió 2005).

### *3.- Necesidades de los médicos según las enfermeras gestoras*

Las enfermeras gestoras, directoras y supervisoras, reproducen el discurso dado por enfermeras y alumnos, tanto a nivel de tareas delegadas, como de observación y seguimiento del paciente, siempre siguiendo un discurso imperativo por parte de los médicos.

*G2. “Que haga lo que yo ordeno. Aquí en este hospital los médicos necesitan aún tener alguien al lado para trabajar” (Directora enfermería, 49 años)*

*G1. “Los médicos necesitan de la enfermera que les vigilen los pacientes, está claro, signos y síntomas y tratamiento, y ya está... los médicos esperan es que enfermería haga lo que ellos digan y punto” (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

*G4. “Los médicos no sé qué más necesitan de las enfermeras...ellos piden y nosotras hacemos, ellos necesitan que nosotras hagamos lo que ellos ordenan, yo no veo que ellos vean de otra forma a la enfermera...” (Supervisora, 53 años)*

*G5. “El médico necesita que la enfermera le cubra sus necesidades técnicas, es decir, que lo que él diga, se haga” (Supervisora, 43 años)*

Algunas ven en la experiencia de las enfermeras una esperanza en las relaciones entre médicos y enfermeras, profesionales capacitados y con criterio y ese, según establecen, es otro nivel.

*G6. "Lo que necesitan actualmente de la enfermera es para que cumpla las órdenes médicas que han puesto,... alguno es así... aunque yo creo que cada vez es menos, depende mucho de la enfermera, aunque ellos sean así, si tú eres una persona que eres competente, que has demostrado...aunque no se trata de demostrar nada...pero si te tienen confianza, si tienes un criterio, que tienes las cosas claras, entonces pasas a otro...nivel" (Directora enfermería, 56 años)*

Según establecen algunas, las cosas han cambiado respecto a un tiempo atrás, pero la realidad, por el discurso que tienen, es que siguen necesitando a las enfermeras como meras auxiliares al servicio del médico. Llama la atención que perciban como trabajo en equipo que el médico las necesite para incorporar o movilizar al paciente, o que en caso de que el paciente tenga necesidad de información adicional, no sea la enfermera la que informe, sino que avise al médico.

*G9. "hace años necesitaban a las ATS para muchas cosas y muchas que no tocaban, por ejemplo para limpiarle los zapatos, para llevar el café, eso era lo que hacía la enfermera además de atender a los enfermos, hacer las técnicas y todo, era chica para todo. Eso ha cambiado y ahora el médico necesita a la enfermera para darle seguridad y confianza, él pasa 10 minutos y sabe que su paciente está atendido y que si pasa algo se le avisará" (Ex-directora enfermería, 59 años)*

*G3. "Creo que el médico necesita una persona que esté al lado cuando se hace una visita a un paciente, que le ayude en un momento dado para mejorar la visita, puede decirle ayúdame a incorporarlo que lo voy a auscultar, o pónmelo de lado para ver que no tiene úlceras, eso es trabajo en equipo. Para llevar a cabo las técnicas, sándalo, ponle un tratamiento, pínchale,... hasta que todo vaya bien en el paciente. Además es un papel de intermediario entre el paciente y el médico, el paciente le cuenta más cosas a enfermería y yo tengo que informar al médico de esas cosas. A veces cuando se da el alta a un paciente, te viene y te dice, no he entendido nada de lo que me ha dicho el médico, hombre pero por qué no se lo dice...espere un momento y voy otra vez, aviso al médico y le digo que se lo vuelva a explicar" (Responsable de formación, 47 años)*

#### *4.- Necesidades de los médicos según los representantes del colegio profesional*

Desde el colegio, la percepción se repite y añaden cierto servilismo.

*Colegio2. "Pues las necesitan para que hagan lo que ellos ordenan y punto (...) Lo primero que me ha salido, no sé si decirlo..."para que le sirvan", pero es que era igual cuando yo estaba de ATS, o estaba de diplomada y ahora es igual, igual. Te diré más, ha habido una época en la que*

*hemos luchado mucho para que la enfermería subiera más y conseguimos muchas cosas, se nos tenía más respeto en los hospitales...ahora las más jóvenes están peor" (Presidenta colegio, 63 años)*

#### 5.- Necesidades de los médicos según las docentes

Las docentes por su parte, denotan en su discurso cierto pesimismo, ya que aun reconociendo que enfermería podría ofrecer mucho más al equipo médico, el colectivo no está por la labor de aportar nada más, y las alumnas ven un ejemplo en las enfermeras que les están transmitiendo esa actitud.

*D1. "Yo creo que saber trabajar conjuntamente, pero bueno, el hecho de que haga bien todo el trabajo delegado, pero además reducir y trabajar la ansiedad, los miedos, los procesos de pérdida que tienen las personas como consecuencia de la enfermedad y el tratamiento, esto el médico lo necesitaría y ayudaría en el proceso de recuperación de la persona y esto no lo hacen las enfermeras, no lo hacen, no" (Enfermera docente, 63 años)*

*D2. "yo creo que un buen médico, para ser buen médico, necesita a las enfermeras porque son quien les va a dar más información de los pacientes y de las familias, para ser buenos médicos necesitan conocer al paciente que tiene delante y a la familia y quien conoce al paciente es la enfermera" (Enfermera docente, 58 años)*

*D3. "Necesita un compañero/a, una complicidad y una buena profesional que sepa lo que tiene que hacer, que sepa muy bien cuál es su papel y que en un momento determinado sea esta aportación complementaria a la visión que él tiene. Eso es lo ideal...Y la pena es que la propia enfermería no sabe lo que necesita el médico...y es una pena, esto yo lo viví en Suiza porque allí me pedían esto...y yo alucinaba, llegábamos a la habitación y me preguntaba cómo veía al enfermero y que era lo que necesitaba. Ese es el rol autónomo que yo aprendía...el problema es que cómo cambias esto...no lo puedes cambiar, Es un proceso lento... y las alumnas hacen lo que ven, yo estoy cansada de decirles a las enfermeras, sois su modelo y ejemplo para las alumnas" (Enfermera docente, 58 años)*

#### 6.- Necesidades de los médicos

Por último, veamos qué es lo que realmente necesitan los médicos de las enfermeras.

Lo que esperan es trabajar en equipo y colaborativamente, que sean su "mano derecha" en la que poder confiar el seguimiento del paciente y que les informe de los cambios que se produzcan, una profesional responsable y con criterio, empática, con capacidad de resolución de problemas, pero se quejan de un distanciamiento y una falta de implicación e interés por parte del colectivo.

*Dra1. "La relación con las enfermeras es buena, hay buena colaboración, al menos por mi parte, creo que en algún caso, su opinión es muy válida para lo que a mí respecta, porque los médicos*

*apenas vemos al paciente y enfermería en cambio, sí... lo que espero de la enfermera es sea mi mano derecha y sobre todo mis oídos y mi vista... ellas son las que muchas veces te dicen, oye que tal paciente no lo veo bien, está cambiado,..." (Médica asistencial, 51 años)*

*Dr2. "Un médico necesita una enfermera para que le informe de los cambios habidos en el paciente, para que lleve a cabo las prescripciones que hacemos,... una mano derecha que le ayude"... "Antes, al pasar visita, la enfermera se ponía a un lado de la cama del enfermo y el médico al otro, y cuando tú le decías al enfermo que se quitara la chaqueta, entre las dos se le quitaba, ahora no, la enfermera se queda distanciada de los médicos y esto es malo, y además aunque tengas que levantar al enfermo entre cuatro, ellas ni se acercan... No sé si les han dado normas para hacer eso... hay algunas que sí que colaboran y ayudan en el pase de visita, pero en general..." (Médico asistencial, 55 años)*

*Dr3. "Empatía con el paciente y familia, disponibilidad completa para resolver cualquier problema y sin meterse mucho en competencias de esto me toca y esto no me toca, saber identificar los problemas sobre todo la gravedad de los pacientes y de los incidentes que pueden pasar. Yo con esto no necesito más" (Médico jefe de servicio, 48 años)*

*Dra4. "Yo necesito una persona que sea amable con el paciente, que me informe de los cambios, que dé la medicación (...) Yo intento tratar a la gente por igual sea el cargo que sea, e intento integrar a la enfermera en el pase de visita. No la utilizo para que me recite las constantes y las novedades del enfermo, procuro que se integre, se forme y trabaje conjuntamente con los médicos. Pero hay muchas enfermeras que no tiene interés por integrarse en la enfermedad del enfermo y por aprender cosas. Y no me refiero a personas que puntualmente pasan por el servicio un día o dos, y por eso puede que no tengan interés, no, me refiero a enfermeras que han estado un tiempo largo con nosotros y no ha tenido interés. La gente en general no tiene interés, ni médicos, ni enfermeras" (Médica asistencial, 46 años)*

*Dra5. "Trabajar juntos, compaginarnos, a mí me gustaría poder pasar siempre visita con enfermería porque ellas te pueden aportar su punto de vista, que son cosas que nosotros no vemos, porque ellas tienen más contacto con los pacientes, porque están 24 horas al lado del paciente, entran más veces en la habitación, si viene un familiar nos avisan...y tienen más datos que nosotros, nosotros entramos una vez al día y luego revisamos mucho las analíticas, las pruebas de imagen y vemos de otro punto de vista, entonces hace falta ser un equipo y sería ideal pasar visita juntos, porque la enfermera te puede aportar su punto de vista" (Médica asistencial, 38 años)*

### **5.3.3.2.- Expectativas de los colectivos médico y enfermero**

Hemos querido conocer las expectativas de uno y otro colectivo.

#### **1- Expectativas de las enfermeras y estudiantes respecto a los médicos**

Algunas enfermeras esperan de los médicos un trato respetuoso, confianza, comunicación y un reconocimiento a sus aportaciones.

*DUI1. "Pues respeto... me gustaría que respetaran mi trabajo y mi buen hacer, que reconocieran cuando hago las cosas bien, cuando detecto algo en los pacientes que a ellos se les ha pasado por alto, que respeten mi criterio, porque piensan que no tenemos criterio, que no pensamos,... eso quiero (dice tajante)"... "yo espero de los médicos, respeto por mi trabajo y por mi criterio, ellos van a lo suyo y no escuchan a nadie y menos a una vulgar enfermera" (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI8. "que confíen más en enfermería, porque estamos suficientemente preparados" (Enfermero asistencial, 48 años)*

*DUI10. "Amable, que trate con respeto a enfermería (...) Falta comunicación entre enfermeras y médicos, pero es también culpa del sistema, trabajamos a mucha velocidad y eso mismo es lo que te impide hablar" (Enfermera asistencial, 36 años)*

En el caso de las enfermeras noveles las relaciones que se establecen, vienen determinadas por la percepción inicial que ellas tienen sobre el conocimiento médico. El caso de una enfermera con 2 meses de experiencia nos lo refleja. Lo que ella espera del médico es aprender y trabajar en equipo.

*DUI2. "...yo creo que es una persona de la que se puede aprender muchísimo y si las relaciones fueran un poco más de trabajo conjunto, probablemente podríamos avanzar de una manera conjunta" (Enfermera asistencial, 22 años)*

Una respuesta inmediata a los problemas

*DUI3. "Yo necesito del médico que cuando tengo un problema con un paciente me dé una solución, si se complica, que vengan y me den una solución lo más rápido posible" (Enfermera asistencial, 29 años)*

Mayor comunicación interdisciplinar.

*DUI4. "Echo de menos la comunicación con el médico, yo me tengo que enterar de lo que el médico ha visto y pensado, o ha pedido por el curso clínico" (Enfermera asistencial, 27 años)*

Los estudiantes perciben ese distanciamiento entre los dos estamentos y una falta de comunicación.

*E1. "Me gustaría que la enfermera estuviera más cerca del médico...es como si fueran dos mundos distintos, aunque no debería ser así" (Estudiante enfermera, 32 años)*

*E2. "Me gustaría estar más cerca del médico...y aprender de él" (Estudiante enfermera, 23 años)*

*E3. "Me gustaría que hubiera más comunicación, parece que cada uno va por un lado" (Estudiante enfermera, 30 años)*

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Lo que se aprecia por parte de las enfermeras nóveles y estudiantes, es una marcada jerarquía y una ausencia de trabajo en equipo con los facultativos, que repercute directamente en la asistencia y la calidad de los cuidados. Tienen predisposición a tener relaciones interprofesionales porque idealizan el saber médico, pero como contrapartida, pueden percibir en ellos imágenes estereotipadas hacia ellas que va a deteriorar las relaciones desde el primer momento de la incorporación al trabajo.

### *2- Expectativas de las enfermeras gestoras respecto a los médicos*

Las enfermeras gestoras piensan de igual manera que las enfermeras, comunicación, trabajo en equipo, respeto por el criterio enfermero

*G1. "Que les permitieran trabajar en equipo" (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

*G2. "Creo que sería importante poder trabajar en equipo multidisciplinar con los médicos, cosa que hoy por hoy es improbable" (Directora enfermería, 49 años)*

*G3. "Creo que trabajar todos a una, que se lleven bien y tengan comunicación..." (Responsable de formación, 47 años)*

*G4. "Más cercanía, compañerismo, participación en las reuniones, poder exponer sus ideas y aportar en el equipo" (Supervisora, 53 años)*

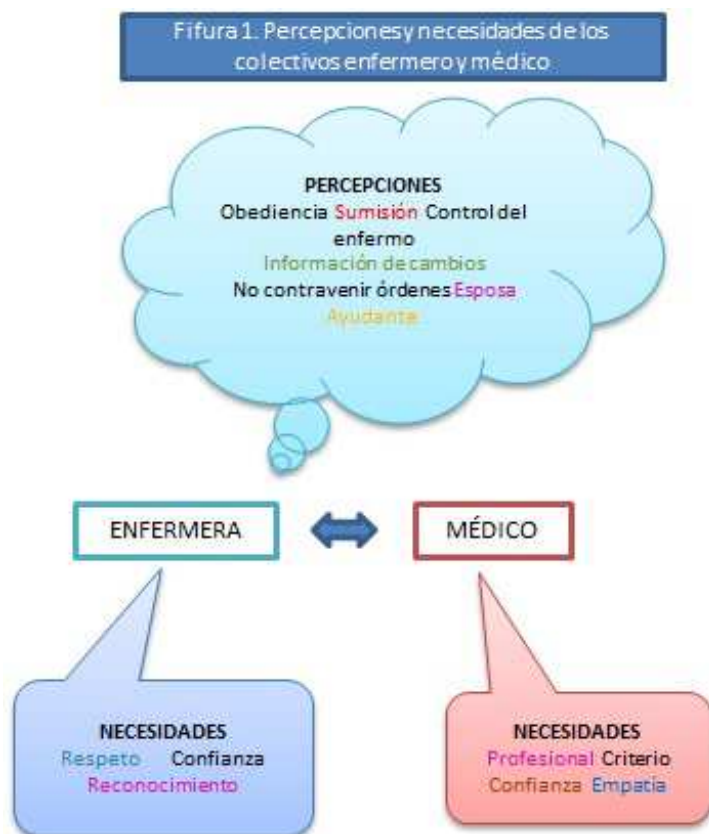
*G6. "Necesita que la vea como una colaboradora, porque enfermería tiene mucha información... Los médicos deberían confiar más en enfermería" (Directora enfermería, 56 años)*

Participación activa y proactiva en el trabajo colaborativo, es lo que esperan de los facultativos, pero con el objetivo de poder exponer la información que tienen en relación al paciente y ser una voz respetada en el equipo. No quieren sentirse humilladas pensando que su presencia en las reuniones es mero acompañamiento con carácter figurativo, sino un miembro activo más en el equipo interdisciplinar.

*G9. "Pues que dejen hacer su trabajo a enfermería, enfermería está suficientemente preparada como para formar parte del equipo interdisciplinar por méritos propios y no como un favor, se piensan que "pobrecillas enfermeras" las dejaremos que vengan a las sesiones...perdona...yo voy a las sesiones porque conozco al paciente mejor que tú, porque para eso estoy 24h con él y mi información es imprescindible para dar una asistencia de calidad (...) Enfermería debe concienciarse de que estamos en una época diferente a la época de auxiliar del médico, que debe tener criterio y juicio clínico, no podemos estar esperando que ellos nos den...que nos van a dar?...ellos no nos dan nada, nada más que órdenes... y eso debe cambiar, pero para eso enfermería debe valorar su profesión y su trabajo y no sentirse inferior porque no lo estamos...pero eso...costará" (Ex-directora enfermería, 59 años)*



A la vista de los discursos de las diferentes categorías profesionales, podemos concluir diciendo que es absolutamente necesaria una comunicación eficaz entre médicos y enfermeras. Unos y otros deben saber qué es lo que esperan y necesitan de los otros.



Los informantes, nos han presentado dos escenarios diferentes (Figura 1):

- Por un lado el de las percepciones que las enfermeras tienen en relación a lo que creen que los médicos esperan de ellas (obediencia, sumisión, control del paciente, informar de los cambios que se puedan producir, una esposa, no cuestionar sus órdenes,...)
- Por otro lado el de las necesidades de cada uno de los colectivos (trabajo en equipo, confianza, comunicación, criterio,...) en el que ambos colectivos coinciden.

No es lógico que las enfermeras perciban que sólo se espera de ellas que obedezcan órdenes, cuando los médicos y enfermeras perciben un distanciamiento y una falta de interés por parte de ambos y están reclamando más colaboración y más criterio. Las direcciones y líderes de los centros, de ambos colectivos, son los responsables de conseguir que esta situación cambie, esto lo refleja un informante en su discurso.

G5. "trabajar en colaboración con él, en equipo, pero creo que esto debería salir desde la dirección, de lo contrario no se hará" (Supervisora, 43 años)

### 5.3.3.3.- Relaciones jerárquicas entre médicos y enfermeras

Es lógico pensar que ante esta situación que hemos descrito anteriormente, las relaciones se resientan y se plasman en conflictos de rol y distanciamiento entre ambos colectivos que repercute en la atención que se ofrece a los pacientes.

Veamos que nos dicen los informantes respecto a las relaciones jerárquicas que se establecen en el día a día de la jornada laboral.

#### 1.- Percepción de las enfermeras

Algunas enfermeras perciben a los médicos en un nivel superior y piensan que es un estatus jerárquico otorgado desde la propia empresa. Creen que el hecho de que enfermería sea un colectivo femenino es la causa de esta situación de jerarquía.

DUI1. "... los médicos se sienten por encima de nosotras, ellos son los que mandan y no sólo en la planta, son los que mandan en el hospital, se les ha dado ese poder desde siempre, la empresa siempre los mima y tiene en cuenta su criterio para gestionar el hospital y la empresa cuenta con ellos para hacer protocolos nuevos, para poner en marcha proyectos, para hacer cosas... y nosotras, que sabemos mejor que nadie lo que necesita el paciente... pues pasan de nosotras,... como te decía antes, somos invisibles... en fin que la enfermería lo tenemos crudo...nosotras pues, como somos así...mujeres!, pues nos dejamos hacer sin rechistar. Y ellos se lo creen y por eso van con esos aires de superioridad" (Enfermera asistencial, 52 años)

DUI5. "Si, los médicos están a diferente nivel. Los médicos tienen acceso a H-net, nosotras no, a las reuniones va el médico, nosotras no tenemos acceso a las reuniones, y eso ya ves que hay una diferencia, evidentemente, oh! Es que tanta mujer, tanta enfermera,...pues sí. Creo que la jerarquía siempre estará. Si hay que hacer una cura y yo sugiero, es que creo que con esto...si él dice no, la haremos así,...pues se hará como él diga" (Enfermera asistencial, 43 años)

Ser licenciado y cobrar más, es para algunas la diferenciación entre ambos colectivos, pero percibe que a nivel competencial cada uno tiene su espacio, y debería haber un trabajo conjunto para la mejora asistencial del paciente.

DUI1. "Ellos, según su categoría profesional, que son licenciados, están en un nivel superior, básicamente en el sueldo, que cobran infinitamente más que nosotras, pero a nivel de trabajo,... no son superiores, cada uno debería tener su trabajo y todos nos complementamos, todos somos importantes en la asistencia al paciente... que al fin y al cabo es el objetivo final... pero

*parece que perdemos de vista ese objetivo y nos dedicamos a luchas de poder y de ver quien manda a quien... y siempre ganan ellos... es que la empresa ya se lo permite y lo potencia...”*  
(Enfermera asistencial, 52 años)

*DUI7. “Al mismo nivel no estamos porque no cobramos lo mismo, yo creo que la jerarquía del poder va más en relación a cómo eres, si tú llevas en el servicio muchos años y la gente te valora, eso se tiene en cuenta. Es más una jerarquía informal”* (Enfermera asistencial, 47 años)

Como colectivo perciben más fuerte y corporativista al colectivo médico que al enfermero, las enfermeras anteponen el bienestar del enfermo a la lucha por las mejoras laborales.

*DUI5. “Ellos individualmente saben que son fuertes y colectivamente piensan y lo son, muy, muy fuertes, nosotras individualmente reconocemos la importancia de nuestra profesión, pero en una esfera privada, pero colectivamente es que no somos ni colectivo... Nosotras en las huelgas, no podemos hacerla, porque prima el paciente y te sabe mal que lo pague él, pero el médico...que es el importante en la cura del paciente...lo hacen. Yo ya lo he asumido y paso, tengo claro que el médico siempre será más y nosotras...sí que podríamos hacer cosas, pero no me calentará la cabeza con esto...es un tema que tenía muy olvidado, pero ahora que lo pienso, pues es verdad.. Hay un montón de cosas que te demuestran que el médico es más y la enfermera es menos y que ellos piensan: ¡fíjate la pobre enfermera!, pero es que llega un momento que te cansas, ellos son un colectivo que se resguardan más, si cometen un fallo entre ellos se tapan, hacen una piña, se defienden unos a otros y nosotras no somos así...si has de caer, mejor que caigas tú, es que somos mujeres y somos diferentes a los hombres”* (Enfermera asistencial, 43 años)

Algunas, aunque piensan que las dos profesiones deberían ser complementarias, se sienten infravaloradas y utilizadas como personal al servicio del médico.

*DUI4. “Yo me considero al mismo nivel que el médico, pero realmente no es así, lo que creo que sería justo es estar al mismo nivel, pero realmente hay una distancia importante. Por los trabajos y trato eres inferior en jerarquía”* (Enfermera asistencial, 27 años)

*DUI10. “La medicina es una profesión más dentro de la sanidad. Ellos se creen nuestros jefes, pero aunque no son nuestros jefes, en realidad están ahí, mandándonos en todo momento... unos te tratan de “miñona”, y otros reconocen que te tienen aprecio y te valoran. En el día a día todos van a golpe de reloj y no da tiempo de nada pero en general somos “miñonas”. El pasar visita con el médico cuando tu único papel es llevar las historias de enfermería en el brazo y cuando ellos pueden perfectamente leer lo que pone en la historia sin necesidad de que la enfermera se lo lea... Te lleva al lado para que le traigas lo que le conviene en ese momento al médico”* (Enfermera asistencial, 36 años)

## 2.- Percepción de los enfermeros

En el caso de los enfermeros el discurso cambia. Aunque perciben que las enfermeras están en un rango inferior al médico, ellos no se amedrentan ante los médicos, valoran su formación y su criterio a la hora de realizar su trabajo y son capaces de contradecir y contravenir las órdenes médicas que no sean coherentes con su forma de pensar o con sus criterios.

*DUI6. "Existe una jerarquía exageradamente, el Sr. doctor,... la enfermera, la auxiliar y más que no me atrevo a decir como la nena o la camarera. Cuando se trabaja en equipo se nota la jerarquía, porque hay unos que mandan más que otros, si hay mal rollo, el médico manda, las enfermeras obedecen y las auxiliares hacen lo que las enfermeras delegan, timbres, paellas,... Yo no tengo que obedecer a nadie y menos a él, que no es mi jefe, él tiene su faena y yo la mía. Yo no creo que las enfermeras estén para obedecer las órdenes del médico, yo con ese, me llevaría fatal... además tenemos cabeza y somos capaces de pensar, para eso hemos estudiado 3 ó 4 años. Puede el médico decirme, ponle un diurético a ese enfermo y lo vas a poner, pero tienes que saber el motivo y el porqué de ese tratamiento y si no lo cuidas, aparecerán problemas. Hay cosas que no hay que esperar que te lo diga el médico, hay cosas que deben salir de ti" (Enfermero asistencial, 32 años)*

Ellos son capaces de poner límites y de parar los pies a médicos que irrumpen en sus servicios imponiendo su criterio por el mero hecho de ser médico y querer demostrar su posición de poder.

*DUI9. "Sí que hay, quizás en este servicio, te puedo decir que estamos muy igualados, o sea, hay buena compenetración entre médicos y enfermeras...también depende la persona, porque he tenido residentes que han empezado hoy...y yo soy el médico y tú el enfermero y...echa el freno macareno que aquí no funcionamos así. En otro centro yo he vivido situaciones de médicos que te dicen, este enfermo tiene dolor y se tiene que aguantar hasta que yo lo diga, y tener que decirle, no, le voy a poner el calmante, lo quiera usted o no, se lo voy a poner por mi cuenta y si quiere, quéjese a la supervisora...no puede ser que por mantener su jerarquía esté padeciendo el paciente, eso no lo permito,...y al día siguiente, incluso hay como más acercamiento por su parte, pero de entrada... garrotazo" (Enfermero asistencial, 39 años)*

Algunos enfermeros se perciben a sí mismos como una categoría intermedia entre los médicos y las enfermeras, lo cual denota una percepción de estatus superior al de las féminas. Además en su discurso, los informantes justifican ese estatus por el hecho de que la enfermería sea una profesión femenina, hormonalmente inestable, con la que es complicado trabajar y a la que se puede maltratar.

*DUI11. "Bueno, es que lo nuestro (la enfermería de hombres) es una enfermería particular. No solemos estar tan cerca del enfermo como las chicas, estamos en un punto intermedio entre el médico y de la enfermera"...La enfermería es una profesión femenina puesto que el cuidar se le da mejor a la mujer y socialmente no está tan bien vista como la medicina... No te lo tomes a mal, nosotros somos hombres y eso lo tenemos ganado a las mujeres. Hormonalmente somos*

*más estables y en general tanto hombres como mujeres trabajan mejor con hombres que con mujeres” (Enfermero asistencial, 28 años)*

*DUI9. “... me han explicado de otros servicios y hospitales de enfermeras irse llorando de una sala de cirugía o quirófano porque los médicos las maltratan... a nosotros, no nos pasa eso” (Enfermero asistencial, 39 años)*

### 3.- Percepción de las enfermeras gestoras

El poder en el hospital es ostentado por los médicos, y es un poder otorgado y legitimado desde la dirección del centro, como así lo dice una de las informantes

*G2. “Todo lo que es hospitalización tiene mucho poder el médico, además el director de centro es médico y ya les da ese poder de primera mano, siempre se hace lo que piden, ¡Hay que mimarlos!, enfermería está en un segundo plano” (Directora enfermería, 49 años)*

Enfermería debería ganarse esa legitimidad que no tiene por falta de actitud o competencia, como nos cuenta otra de las informantes

*G1. “Tiene más legitimidad el médico, por mucho que tú les cuentes y les expliques y justifiques tus explicaciones, si el médico dice otra cosa, siempre prevalece lo que dice el médico. Para conseguir esa legitimidad necesita actitud, más que conocimiento, a nosotras nos faltan elementos de discusión...que justifique...creo que es problema de habilidad y actitud y a veces de falta de competencias del puesto de trabajo” (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

Aunque muchas veces, el luchar por conseguir esa legitimidad sea un trabajo complejo a contracorriente de la norma y el poder establecido, en ocasiones conlleva un abandono en la lucha y una aceptación de la realidad.

*G4. “Me sabe mal decir esto, es que lo médicos que tengo aquí... igual que en la otra planta puedes proponer cosas, das tu opinión “esto se podría hacer así...” y te escuchan, pero aquí es como que tú te vas a meter en su terreno y tú no le tienes que decir lo que tiene que hacer. No les gusta que yo les aconseje y me miran como diciendo “como que una enfermera me tiene que decir a mí si el paciente está llevando demasiados sueros o si es el momento de quitar una vía”, claro las enfermeras ya ni se atreven a decir nada, y yo alguna vez lo he dicho y me han mirado como si.... Y yo digo, pues bueno...yo ya he desistido de ese tema. Y son gente joven, no te creas, porque en los médicos más antiguos, lo puedes entender, pero los jóvenes...tampoco podemos entrar. La relación médico enfermera en la planta es médicos por un lado y enfermeras por otro” (Supervisora, 53 años)*

### 4.- Percepción de los representantes de los colegios y sindicatos

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

También colegios y sindicatos perciben la diferencia jerárquica existente entre las dos categorías profesionales, y coinciden en que son las empresas y el propio sistema de salud los que permiten y fomentan esta divergencia.

*Colegio1 "Pues claro que hay diferencia entre unos y otros, ellos siempre estarán por encima de nosotras...desde siempre ha sido así...y además la empresa permite y colabora en que esto sea así" (Tesorera colegio, 58 años)*

*S1. "Los médicos tienen ese poder porque son los que producen el gasto. Toda la estructura sanitaria de Catalunya y de España está dominada por los médicos... ellos controlan todos los niveles de acceso, de gasto, de las propias competencias de cada profesión y además desde que la sanidad se ha mercantilizado, con elementos de coste, pues ahí los médicos han cogido las riendas y han dicho, yo soy el que produce el gasto...yo soy el que manda. La jerarquía es un tapón, no te permite la toma de decisiones y siempre lo paga el paciente" (Miembro sindicato, 58 años)*

Aunque hay algunas que responsabilizan de esta situación a la actitud del propio colectivo enfermero.

*Colegio2. "Sí que hay diferencia, pero también es responsabilidad nuestra que nos dejamos ningunear por ellos, tenemos que tener las cosas muy claras para no dejarse pisa." (Presidenta colegio, 63 años)*

*S2. "No estamos a la altura de ellos...ni por el forro...que va, en un futuro...la gente joven lo dirá, pero yo tengo mis dudas... él es el médico y es el que decide...y enfermería, en general no dice nada, ni cuestiona los tratamientos...ni nada...bueno, habrá casos concretos...pero en general no... ellos deciden y tú acatas...esa es la realidad y es así" (Miembro sindicato, 57 años)*

### 5.- Percepción de los médicos

Los médicos también perciben una diferencia jerárquica en relación a las enfermeras, que llega a veces a situaciones de trato despectivo hacia estas, aunque en el discurso intentan quitar hierro al asunto en base a aspectos de género...

*Dra1. "En algunos servicios no se aprecia tanto la jerarquía y da igual que seas médico o enfermero que se trabaja como equipo, aunque en un momento dado somos nosotros los que tenemos el criterio clínico y tomamos las decisiones. En otros servicios si se ve mucho la jerarquía y a mí como médico me molesta, pero creo que es el tema educativo...ya no por edad, es decir, no por ser gente mayor, sino por ser hombres, hay algún servicio que a enfermería la trata despectivamente y no son médicos viejos, todo lo contrario, son jóvenes...pero son hombres. Supongo que si en lugar de enfermeras hubiera algún enfermero, no habría tanto problema en ese trato despectivo, porque lo he visto" (Médica asistencial, 51 años)*

O a ser una profesión de rango inferior...

*Dra1. "Enfermería por el hecho de estar siempre a las órdenes de un superior, es como si... como si tuvieras un jefe... es por ejemplo, en la sociedad, a la clase baja, le es más difícil revelarse o tener ideas propias o decir vamos a meternos todos a intentar hacer algún cambio... yo creo que es el hecho de que siempre hay alguien por encima de ti que manda más y te dejas llevar"*  
(Médica asistencial, 51 años)

Lo que queda plasmado en su discurso es el tipo de relación que se establece entre ambas:

*Dra4. "Paternalista no, es autoritarismo y servilismo la relación entre médicos y enfermeras"*  
(Médica asistencial, 46 años)

Actualmente, en las organizaciones sanitarias, son los médicos los que mantienen su situación dominante y se resisten a la participación de las enfermeras en temas de planificación (Ramió, 2005:212). Toda la organización se centra en el modelo biomédico, centrado en la enfermedad y no en el enfermo y los cuidados que se establecen en un segundo plano.

Es decir, el escenario que se presenta es el siguiente, existe claramente una diferencia jerárquica entre las dos profesiones que es percibida por ambos colectivos, y en la que claramente la medicina se sitúa en un nivel superior.

- Los médicos ostentan un estatus superior y un poder legitimado, no sólo por la empresa y el mismo sistema de salud, sino por el propio colectivo enfermero en base a unos estudios y un sueldo superiores.
- Las enfermeras reconocen el estatus superior de los médicos y se sienten invisibles, infravaloradas, sienten que no valoran su criterio ni su conocimiento y se ven utilizadas como mano de obra al servicio de los médicos.
- Los enfermeros reconocen el estatus superior de los médicos pero tienen una mejor autoestima, valoran su conocimiento y su criterio clínico, ponen límites entre ellos y los médicos y se creen una categoría intermedia.

#### **5.3.3.4.- Relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras**

Una vez conocemos las expectativas de médicos y enfermeras, y sabemos que existe una percepción jerárquica entre las dos categorías, veamos cómo se establecen las relaciones interdisciplinares y si existe un verdadero trabajo en equipo

##### *1.- Percepción de las enfermeras*

Una de las informantes nos hace una comparación edificante sobre las relaciones interprofesionales que se establecen a nivel laboral con las relaciones de una familia.

*DUI1. "Con los médicos, pues ellos van a su bola, ellos son los que mandan y nosotras tenemos que hacer lo que ellos dicen...esa es la relación"... "En general la relación es buena, ellos hacen su trabajo y nosotras el nuestro. La relación es cordial, en general"... Mira, para que lo entiendas, la relación que tenemos lo comparo a una familia, el médico es el marido, es el que manda y el cabeza de familia, la enfermera es la esposa, la que curra como una loca y a la que nadie reconoce el esfuerzo, las auxiliares son las hermanas pequeñas, a las que tienes que educar y los pacientes son los hijos, mal criados, demandantes, exigentes y egoístas. Este es el resumen de las relaciones en el hospital" (Enfermera asistencial, 52 años)*

En general piensan que entre médicos y enfermeras no se trabaja en equipo...

*DUI2. "Entre médicos y enfermeras, yo no lo veo... hay como más separación, la enfermera trabaja mucho más en conjunto con la auxiliar que...medicina con enfermería" (Enfermera asistencial, 22 años)*

Ni se tiene en cuenta el juicio clínico de las enfermeras...

*DUI3. "No, la verdad es que no, a veces les digo algún producto que podría mejorar la cicatrización de una herida, pero nunca lo tienen en cuenta. Yo hago lo que me dicen aunque en alguna ocasión reconozco que lo que ellos me ordenan no va tan bien como podría haber ido otro producto, pero ya no replico, hago lo que me dicen y me callo" (Enfermera asistencial, 29 años)*

Ni existe una buena comunicación entre ellos...

*DUI3. "A veces no me entero de los cambios de tratamiento o de técnicas que tengo que realizar al paciente, a veces piden una analítica por la mañana para ver el resultado en el pase de visita, pero no me dicen nada, esperan que estés toda la mañana pendiente de las historias clínicas y eso no puede ser, yo tengo mucho trabajo y puedo estar pendientes de ellos, entonces en el pase de visita se enfadan porque la analítica no está hecha, si no me avisan, yo en el ordenador no me siento hasta el mediodía y no me entero. Todas las modificaciones que hacen las apuntan en el curso clínico y me entero cuando lo leo que es a medio día, ellos no vienen a explicarme nada" (Enfermera asistencial, 29 años)*

Ni participan en las sesiones de equipo...

*DUI7. "En las sesiones diarias de servicio no participamos, ellos hacen cada día sesión, pero de la planta no vamos nadie, ni siquiera la super. Hacemos sesiones de enfermería pero esto ya....bueno..." (Enfermera asistencial, 47 años)*

*Algunas, por el contrario opinan que sí existe trabajo colaborativo*



DUI5. *"Con los médicos bien, hacemos reuniones interdisciplinares cada semana, tiene en cuenta lo que yo opino, sobre todo en lo referente a las curas"* (Enfermera asistencial, 43 años)

DUI7. *"Con los médicos, se debería trabajar en equipo, un poco se trabaja en equipo, cuando estamos curando a veces vienen y miran, pero de forma puntual"* (Enfermera asistencial, 47 años)

## 2.- Percepción de los enfermeros

Por el contrario, los enfermeros trabajan en equipo con los médicos, su criterio es tenido en cuenta y perciben esa diferencia en la relación que se establece entre médicos y enfermeras.

DUI9. *"Se trabaja en equipo, se hacen algunas sesiones conjuntas, no todas pero algunas sí"* (Enfermero asistencial, 39 años)

DUI11. *"trabajamos conjuntamente y no hay problemas, el trabajo sale bien hecho y el hospital está contento con nuestra labor... No, los médicos en general no forman equipo con enfermería, aunque nosotros como enfermeros contamos un poco más que las chicas"* (Enfermero asistencial, 28 años)

## 3.- Percepción de las enfermeras gestoras

Las enfermeras gestoras, son conscientes de esa falta de trabajo en equipo entre médico y enfermeras

G2. *"No, No, posiblemente casos especiales, puntualmente se trabaja bastante, por ejemplo en el servicio que hemos abierto de subagudos, allí se empieza a trabajar en equipo, pero en el resto de servicios no, en consultas pues es una relación "revisate esto" "me lo miro yo", en planta pues es lo mismo, yo pongo las órdenes médicas, yo me voy y tú las cumples y si hay algún problema me avisas. En subagudos se empieza a trabajar..."Aquí en este hospital siempre ha sido así. Desde que yo lo conozco, sí"* (Directora enfermería, 49 años)

G1. *"No se trabaja en equipo, es una pena, pero es así"* (Enfermera responsable calidad, 53 años)

G4. *"Aquí no hay trabajo en equipo, es una pena, es lo que siempre les explico a la dirección que tenemos que mejorar esto. Aquí los médicos se hablan con las enfermeras, claro, pero "hay que hacer esto, hay que hacer lo otro" pero nunca se sientan a hablar sobre aquel paciente, dar su opinión, no se hacen sesiones conjuntas, sino que ellos hacen el pase de visita solos, pasan los tratamientos y a veces ni te dicen si han cambiado el tratamiento y tú te enteras, a lo mejor, por la tarde cuando miras en la historia, sino, ni esto, me sabe mal hablar así, porque yo me siento mal,...Es por parte de ellos que no hay predisposición, ellas quieren, pero no..."* (Supervisora, 53 años)

G8. *"Se habla mucho de trabajo en equipo pero no se pone en marcha, las estructuras son muy rígidas y cuesta mucho...no sé... tienen que estar todos muy convencidos de lo que es el trabajo en equipo"* (Supervisor, 52 años)

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Son conscientes de que enfermería no participa en las sesiones...

G1. *"... sesiones, por cierto en las que nunca participa enfermería, son sesiones corporativas"*  
(Enfermera responsable calidad, 53 años)

Saben que falta comunicación entre las dos categorías profesionales...

G3. *"La relación es distante entre médicos y enfermeras, en este centro. Depende del servicio, hay servicios que la relación es buena y otros que... bueno, se puede mejorar. En planta, por lo que dicen las supervisoras hay problemas de comunicación"* (Responsable de formación, 47 años)

Saben que dependiendo del servicio y las personas el trabajo en equipo es eficaz

G6. *"Depende los servicios, aquí en oncología trabajan mucho más codo a codo, supongo que depende también de la confianza que te tengan, de la profesionalidad...porque si eres nuevo... En algunos servicios lo hacen y las mismas personas en otra planta no lo hacen...no sé por qué"*  
(Directora enfermería, 56 años)

Entienden que desde las universidades se debería formar a los médicos en cómo trabajar en equipo

G6. *"...en la facultad hay enseñanzas que no se les da, porque...yo entiendo que cada vez un médico tiene que entender que la época que era un ser supremo, ya ha pasado y que actualmente él tiene una competencia y la enfermera tiene otra competencia y que tienen que trabajar conjuntamente y la suma de los dos trabajo y la colaboración que tiene por parte de enfermería o las competencias que enfermería puede llevar a cabo, que no es que les quite nada de su trabajo, sino que valora una serie de temas que igual ellos no valoran y deberían trabajar más conjuntamente y aprovechar cada uno las diferentes idiosincrasias de su profesión y que no se hace"* (Directora enfermería, 56 años)

#### 4.- Percepción de los representantes de colegios y sindicatos

Los representantes de los colegios perciben una falta de trabajo en equipo, aunque las relaciones interpersonales puedan ser más o menos buenas.

Colegio1 *"No se trabaja en equipo...para nada"* (Tesorera colegio, 58 años)

Colegio2. *"Las relaciones pueden ser más o menos buenas, mientras no juzgues su trabajo... no, en equipo no se trabaja"* (Presidenta colegio, 63 años)

Los sindicatos por su parte opinan de forma similar, aunque alguno piensa que dentro del sistema el que debe ejercer de líder, ha de ser el médico, con funciones de guía del equipo y no de dirigente opresor.

S1. *"Mira yo creo que en los equipos multidisciplinarios, el líder tiene que ser el médico, pero un líder como debe ser, no un jefe, un dios,...si la información debe fluir de arriba hacia abajo y*

*viceversa, el médico debe ser un líder, no un jefe o un dictador, y por eso no funcionan los equipos” (Miembro sindicato, 58 años)*

*S2. “No se trabaja en equipo, yo hablo con la gente...no se hacen reuniones conjuntas para hablar de los enfermos...no preguntan nunca, a ver, qué te parece...” (Miembro sindicato, 57 años)*

#### 5.- Percepción de los médicos

Algunos de los médicos, son optimistas y opinan que en algunos servicios se comienza a trabajar en equipo

*Dr1. “En algún servicio se empieza a trabajar en equipo, pero lo normal es que no se trabaje en equipo” (Médica asistencial, 51 años)*

*Dra5. “Hoy en día el trabajo en equipo...se podría mejorar... pasar más tiempo juntos, en el pase de visita, el problema es que todos pasamos a la misma hora” (Médica asistencial, 38 años)*

Crean que enfermería necesita ser guiada porque, en ocasiones, va perdida y esto conlleva que haya enfermeras que se “dejen” guiar o no.

*Dr2. “A veces, las ves tan perdidas que tienes que guiarlas y ellas, en general, se dejan, hay gente que no se deja y está clarísimo, pero sí que hay gente que tiene esa relación y profesionalmente no es buena” (Médico asistencial, 55 años)*

En general opinan que enfermería no forma parte del equipo de trabajo...

*Dr2. “No, la enfermera no forma parte de ese equipo, excepto casos puntuales. Con algunas es la relación paternal,... pero no... Eso no es trabajo en equipo” (Médico asistencial, 55 años)*

Y que el problema es complejo, puesto que existen intereses y luchas de poder competencial donde cada uno intenta defender su espacio creando barreras que dificultan la relación profesional y laboral, y esto repercute de alguna forma en la asistencia al paciente...

*Dr3. “En equipo no se trabaja en absoluto. La solución?...jefes de servicio? Supervisoras?...es que ellos son parte del problema. A ver, el jefe de servicio de antes era una especie de dios, pero era una especie de dios para todo el mundo, para enfermería, pero también para sus adjuntos y sus residentes y allí nadie le podía discutir nada, cuando esto funcionaba así, cuando este creía que la función de enfermería debía ser más participativa en la atención a los pacientes, entonces esto se hacía, pero si él pasaba, pues no se hacía, es decir podíamos decir que si se convence ese dios de eso, eso se hará. Pero es que ahora no es así, todo está muy fragmentado entre todos, incluso hay una especie de lucha de poder, a ver quién puede más...esto es real, el médico que no se meta en las funciones de enfermería y a cambio, pues bueno, que la enfermera no opine sobre lo que puede hacer o decir el médico...y esto ha creado una especie de barrera entre médicos y enfermeras...con resultados muy pésimos para el paciente y para todos, porque esto*

*hace que hay un aspecto de la experiencia que te vas enriqueciendo continuamente, tanto personal como profesionalmente en el área de conocimiento como en el área técnica y esto lo vas perdiendo porque cada uno se centra en su espacio, si, sabrás mucho sobre tu espacio, pero si asomas la cabeza por la ventana no verás nada más, sabes tanto de lo tuyo, pero si sales un poquito de lo tuyo, ya no sabes nada, te pierdes” (Médico jefe de servicio, 48 años)*

Pero no solo entre médicos y enfermeras existen problemas, sino en el propio equipo médico que, según nos dicen, está fragmentado y dividido. Cada colectivo trabaja por separado y existe una desconfianza mutua que hace que enfermería comience a realizar una práctica defensiva.

*Dra4. “La enfermería no forma parte del equipo de trabajo. No existe trabajo en grupo, incluso entre los médicos falta unión. No existe relación fluida. Hay cierta desconfianza, si lees los partes de enfermería ves la desconfianza que existe y una práctica defensiva por parte de enfermería, pero los médicos tampoco hacemos nada por acortar el terreno y hacer un acercamiento. Cada uno va por su lado. Están descoordinados y eso ocasiona problemas” (Médica asistencial, 46 años)*

Es decir, el panorama que se establece en las relaciones profesionales entre médicos y enfermeras es de una falta de trabajo en equipo y de comunicación entre ambos, donde las enfermeras ven relegada su participación fuera del equipo y no se les permite hacer aportaciones, mientras los enfermeros perciben lo contrario. Esta situación compleja es conocida por los gestores, colegios y sindicatos, sin que nadie haga nada.

Y es de destacar, que en el discurso de las enfermeras, se tienden a comparar con ese otro colectivo perceptiblemente superior a ella, que son los médicos. Esta perorata, no hace otra cosa que reproducir de forma sistemática la jerarquía ya establecida social e institucionalmente. “Al nombrar, mediante el discurso a la diferencia, se estructura la posición (subalterna o dominante, respectivamente) sin la cual la producción y reproducción de sentido de esta relación jerárquica no es posible” (...) “Percibirse como distinto” supone la integración en un orden simbólico (familia, rol social, trabajo, etc.) en el cual se recibe un nombre, se ocupa un lugar. Corti (2000:138)

#### **5.3.4.- Enfermería y segregación de género**

En el momento de la incorporación de los profesionales a la empresa, uno de los aspectos que influirá en la ubicación de un profesional en un determinado servicio será el género (Osses-Paredes, Valenzuela y Sanhueza (2010).

Un deseo de logro y promoción, característico de la masculinidad hegemónica, es lo que explica en parte el porqué de la diferencia al elegir un lugar de trabajo, en donde los enfermeros tienden a acceder a

aquellos puestos dentro de la enfermería más tecnológicos, con la intención de otros logros más ambiciosos y con un mayor reconocimiento social. Es decir, el género es un factor importante en la asignación de roles y valores culturales que se asignan a las tareas, “buscan puestos de trabajo más acordes con lo que la sociedad categoriza de “masculino, independiente o profesional” (Celma y Acuña 2009:127), es la necesidad de separar lo masculino y valioso de lo que se considera de menos valor, lo femenino.

Los enfermeros, mediante estas estrategias consiguen “distanciarse de sus colegas femeninas y de la imagen quintaesencial femenina como prerrequisito para aumentar su prestigio y poder” (Zapico 2005:118). Y en esta estrategia, se ven ayudados por las instituciones y por las propias enfermeras, que perpetúan esa ventaja masculina. Es habitual escuchar de las enfermeras el decir que los enfermeros no cuidan de la misma forma que ellas, incluso la percepción de los usuarios también denota el peso de la cultura y sus estereotipos sobre enfermería, llegando a pensar que “l’home infermer els aplica millor els coneixements, però que una dona infermera els tractarà millor” (Bertran, 2005:135)

Y es que “todas las cualidades que se atribuyen a las mujeres se sitúan en el polo de las emociones: intuición, psicología, capacidad de escucha, menor agresividad, trato más agradable...En base a la construcción dicotómica de los géneros, esto significa la exclusión automática de los contextos y actividades que precisan de cualidades que se sitúen en el polo de la racionalidad” (Mozo, 1997:80)

Los propios líderes de enfermería, a pesar de no ser esta una norma escrita, son los que propician dicha segregación, llegando el caso de servicios donde a pesar de ser unidades meramente asistenciales, las supervisoras prefieran explícitamente la incorporación de hombres dada la escasa conflictividad entre ellos y aludiendo a que las relaciones entre mujeres son más complejas.

*DUI11. “Eso es cosa de la institución. (UCI, rayos, radioterapia, urgencias y cargos directivos), es la casa la que en el momento que entramos a trabajar nos va dirigiendo poco a poco a estos servicios” (Enfermero asistencial, 28 años)*

Incluso alguna estudiante percibe esta sensación

*E1. “Por parte de la empresa... bueno, hay más hombres en servicios más técnicos, más tecnológicos, más críticos, por ejemplo en urgencias, Oncología y UCI la mayoría son hombres, supongo que es por el tema de los sentimientos... a ver... son servicios muy técnicos y como que ellos el tema sentimientos lo dejan un poco apartado....” (Estudiante enfermera, 32 años)*

O como nos comentaba una directora de enfermería, que nos indicaba que ella propicia la segregación:

*G6. “ Los enfermeros suelen estar en servicios especializados, pero porque lo piden ellos, y... ya propicias muchas veces enviar hombres... no sé por qué...son gente joven... yo por ejemplo he propiciado que haya hombres, auxiliares en esterilización, porque hay mucha carga física, de*

*traslados...yo he propiciado que entren hombres en quirófano, porque es un servicio muy cerrado y tanta mujer...se forman una serie de dimes y diretes...y los hombres lo ven de una forma diferente y es como una bocanada de aire...están en servicios cerrados y técnicos...aunque no sé si les gusta más...de todas formas cuando salen de estudiar y vienen a pedir trabajo, muchas quieren ir a servicios concretos...de todas formas también hay hombres en planta...pocos, pero alguno hay...La decisión de poner a hombres en un sitio u otro es circunstancial, no es algo preconcebido ni pensado... lo único que miramos cuando los contratamos es que tengan los conocimientos para estar en un servicio concreto, al menos con una base, no mirábamos si era hombre o mujer, solo la experiencia y la formación que tenía”*  
(Directora enfermería, 56 años)

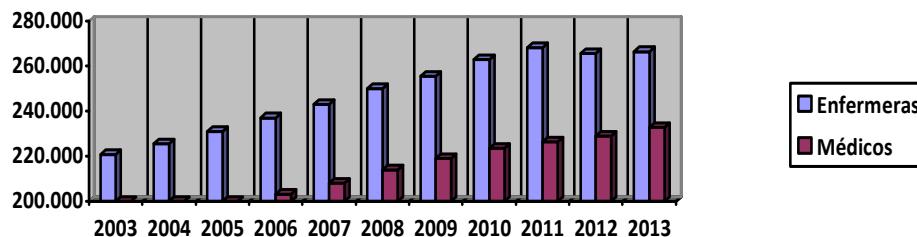
Está claro, como señala C. Mozo, que en la actualidad, y a pesar de los avances en políticas de igualdad, “la fuerza del trabajo no es asexuada y este factor no es ajeno ni al diseño de las estrategias empresariales ni al ejercicio profesional de los y las sujetos sociales (...)” en definitiva, viene a decir la autora que “las relaciones sociales de sexo, entendidas como una construcción social dinámica, viva y en continua reelaboración, impregnan y atraviesan las relaciones sociales de producción imbricándose en las culturas del trabajo (...)” (Mozo, 1997:72)

Antes de analizar en profundidad el impacto de las relaciones profesionales que se establecen en base al género, veamos cómo está el panorama a nivel macro.

Hemos querido analizar en nuestro estudio, la progresión de profesionales enfermeros colegiados durante los últimos 10 años, comparando los datos con los profesionales de la medicina, con el objetivo de conocer la importancia de la inclusión de hombres en una y otra profesión.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), que hemos reflejado en el gráfico (10), podemos ver cómo los médicos están aumentando proporcionalmente sus egresados, mientras que en enfermería a partir de 2011 hay un estancamiento de colegiaciones.

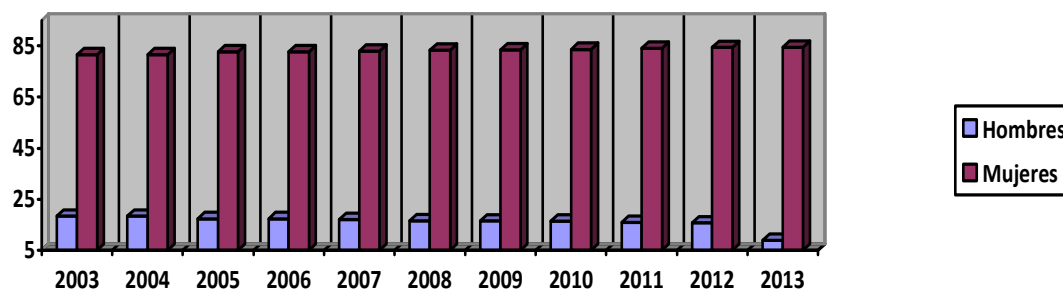
Gráfica (10) Progresión de profesionales colegiados en España (2003-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados de 2003 a 2013

Observando la proporción de enfermeros y enfermeras colegiados (gráfico 11), podemos ver que en enfermería se aprecia un discreto descenso de la incorporación de los hombres a la profesión, que va de un 18,4% en 2003 a un 15'6% en 2013.

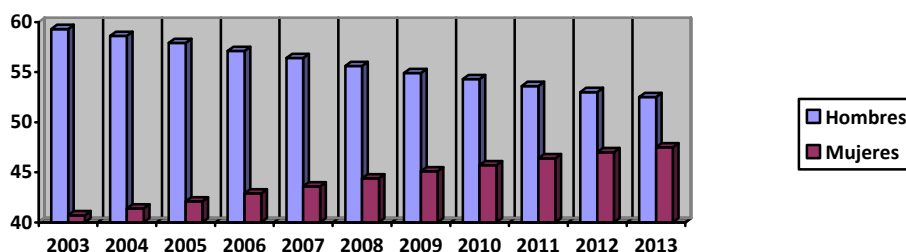
Gráfica (11) Porcentaje de profesionales de enfermería disgregado por género (2003-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados de 2003 a 2013

En el caso de la medicina (Gráfico 12) se puede apreciar claramente cómo la proporción hombre-mujer está cambiando de forma contundente.

Gráfica (12) Porcentaje médicos disgregado por género (2003-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados de 2003 a 2013

Esta situación de escaso interés de los hombres a la profesión enfermera, podría deberse al peso de los roles tradicionales del papel de cuidador de la mujer arraigado en la memoria colectiva o a un menor reconocimiento social y económico del trabajo.

A nivel de Cataluña y Tarragona, los datos de colegiados en enfermería en 2013 son (Tabla 23):

**Tabla 23. Enfermeras colegiadas a nivel nacional, CCAA y Provincia (2013)**

|                  | Total colegiados | Hombres        | Mujeres         |
|------------------|------------------|----------------|-----------------|
| <b>España</b>    | 266.465          | 41.632 (15,6%) | 224.863 (84,4%) |
| <b>Cataluña</b>  | 48.257           | 5.697 (11,8%)  | 42.560 (88,2%)  |
| <b>Tarragona</b> | 3.660            | 329 (9%)       | 3.331 (91%)     |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados de 2013

En comparación con los médicos, los colegiados difieren en la proporción de médicos hombres y mujeres (Tabla 24).

**Tabla 24. Médicos Colegiados a nivel nacional, CCAA y Provincia (2013)**

|                  | Total colegiados | Hombres         | Mujeres         |
|------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| <b>España</b>    | 232.816          | 122.113 (52,5%) | 110.703 (47,5%) |
| <b>Cataluña</b>  | 38.534           | 19.664 (51%)    | 18.870 (49%)    |
| <b>Tarragona</b> | 3.094            | 1.613 (52,2%)   | 1.481 (47,8%)   |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados de 2013

En estos datos no están incluidos todos los enfermeros titulados, puesto que la colegiación sólo es obligatoria para aquellos enfermeros que estén realizando una labor asistencial, y además con la actual crisis hay un número indeterminado de titulados que por estar en situación de desempleo no están colegiados, pero sí que nos aproxima a la situación actual.

Según todo esto, nos podemos hacer algunas preguntas: ¿Por qué la enfermería no motiva suficientemente a los hombres?, ¿Es que no es una profesión con suficiente prestigio? ¿Se sigue manteniendo el estereotipo de profesión femenina? Y al mismo tiempo, ¿Por qué se aprecia esa incursión de mujeres en medicina? ¿Tal vez la medicina, con la incursión de mujeres, está disminuyendo su prestigio como profesión? ¿Se puede deber al peso que tiene la tradición otorgando el papel cuidador a la mujer?

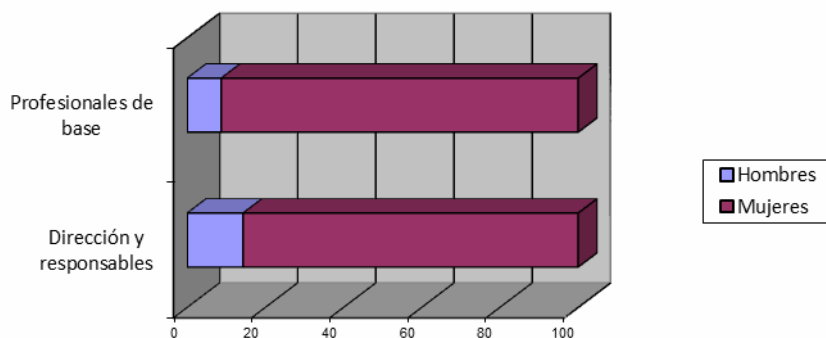
En los centros hospitalarios analizados en nuestro estudio, hemos podido constatar este fenómeno.

En el caso del centro 1 el colectivo enfermero se distribuye de la siguiente forma: el porcentaje de mujeres es del 91% y el de hombres es el 9%.



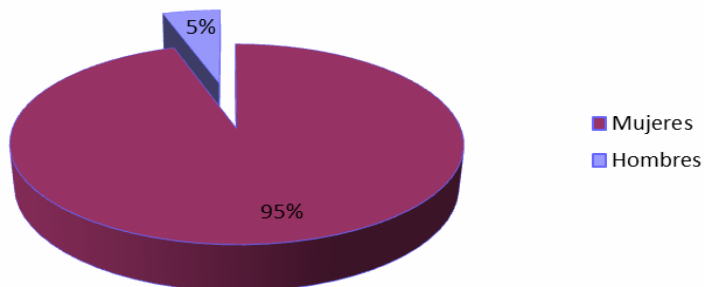
En la siguiente gráfica (15) podemos ver que a nivel de profesionales de base, el porcentaje de enfermeros, es de 8,7%, mientras que a nivel de cargos directivos y responsables, el porcentaje es mayor, con un 14,3%.

Gráfica (13) Distribución de profesionales. Centro 1

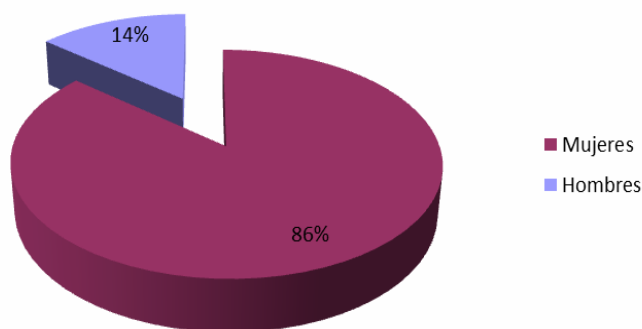


También en este caso, si calculamos los profesionales, según género y puestos de trabajo, vemos que el porcentaje de los enfermeros que trabajan en servicios técnicos es superior (13,8%) a los que realizan labores de cuidados directos (5,1%).

Gráfica (14) Distribución de profesionales en servicios asistenciales. Centro 1



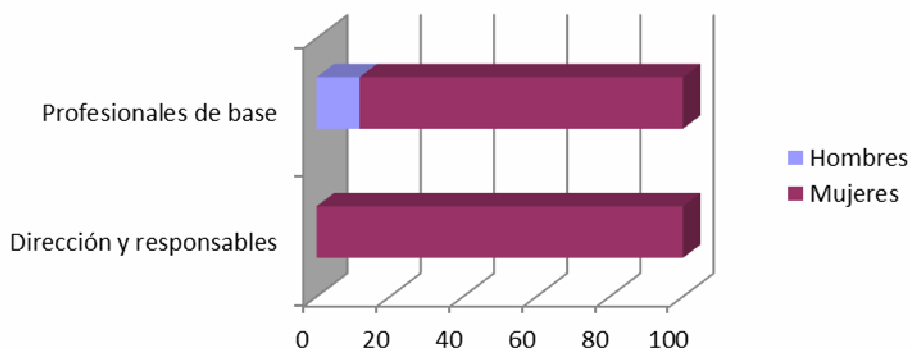
Gráfica (15) Distribución de profesionales en servicios técnicos. Centro 1



En el centro 2, podemos ver que la distribución porcentual de los profesionales de enfermería según género es de 23% de hombres y 77% de mujeres.

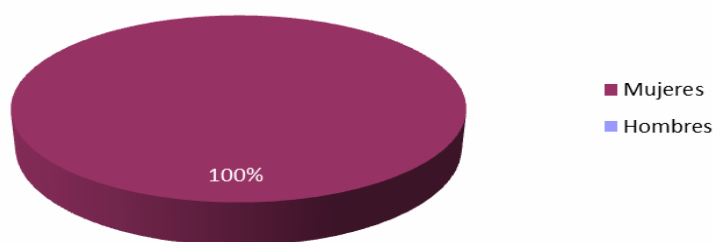
En relación con el cargo que ocupan (Gráfica 16), vemos que no aparecen hombres en los cargos de dirección y responsables y que en el caso de los profesionales de base, los varones representan el 11,8% del total.

Gráfica (16) Distribución de profesionales. Centro 2

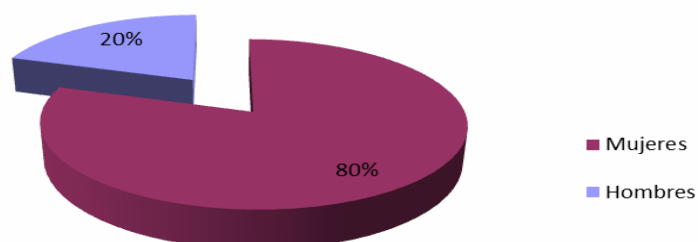


Si calculamos los profesionales, según género y puesto de trabajo (Gráfica 17-18), vemos que el porcentaje de los enfermeros que trabajan en servicios técnicos es superior a los que realizan labores de cuidados directos, en el que no hay ningún hombre.

Gráfica (17) Distribución de profesionales en servicios asistenciales. Centro 2



Gráfica (18) Distribución de profesionales en servicios técnicos. Centro 2



Si comparamos la distribución de enfermeros en los dos centros (Tabla 25) según las diferentes variables, podemos ver que el porcentaje de enfermeros es prácticamente idéntico en ambos centros, así como la proporción de hombres en la enfermería de base. Podríamos destacar que en el centro 2, no existen hombres en cargos de responsabilidad ni en servicios asistenciales estando todos ellos ubicados en servicios técnicos.

**Tabla 25. Distribución en porcentaje de enfermeros según variables**

| Variable                  | Centro 1 | Centro 2 |
|---------------------------|----------|----------|
| Total enfermería          | 9        | 10       |
| Enfermería de base        | 14,3     | 11,8     |
| Cargos de responsabilidad | 8,7      | 0        |
| Contrato temporal         | 11,8     | 5,3      |
| Contrato indefinido       | 7,3      | 19,3     |
| Servicios técnicos        | 13,8     | 20       |
| Servicios asistenciales   | 5,1      | 0        |

#### **5.3.4.1.- Percepción de las relaciones en base al género**

Las relaciones interpersonales también son diferentes en el caso de un enfermero hombre. Existe la percepción de que la relación médico-enfermero es distinta a la relación médico-enfermera. La primera es más horizontal y sin esa visión maternal o doméstica. “Los enfermeros reaccionan, ante situaciones de desigualdad de trato, de forma diferente y son menos sumisos” (Gallego, 2009). Saben defender su espacio competencial de una forma más contundente y con seguridad, sin dejarse amedrentar.

*DUI6. "Yo lo que quiero es que me deje trabajar en lo que es mío y no se meta en mi trabajo, igual que yo me meto en el suyo (...) Yo con los médicos me he llevado siempre a matar, porque yo tengo mis límites y por ahí no paso, por mucho que me diga, lo que es mío es mío y no te consiento que entres en mi parcela y tú no tienes derecho a pedirme o decirme esto porque no es mi faena. Con las enfermeras, es verdad que juegan un poco más, no tienen ese espíritu reivindicativo que tengo yo, ellas tienen otros límites, además a ellas se lo saben pedir, con una sonrisa y haciéndoles un poco la rosca y a un hombre si quieren pedirle algo han de cuadrarse y decirle, ahora quiero esto,...además si la enfermera es más joven, es más fácil de convencer para que hagan lo que sea. Ellas se lo hacen todo, yo voy a hacerles un papel de derivación de un enfermo? Que dices, no tienes manos, pues hazlo tú que eres el que firmas, y hay compañeras que lo hacen sin contemplaciones. Yo tengo claro cuál es mi trabajo y si no es mi trabajo, pues no lo hago (...) Yo no tengo que obedecer a nadie y menos a él, que no es mi jefe, él tiene su faena y yo la mía. Yo no creo que las enfermeras estén para obedecer las órdenes del médico, yo con ese, me llevaría fatal... además tenemos cabeza y somos capaces de pensar, para eso hemos estudiado 3 ó 4 años. Puede el médico decirme, ponle un diurético a ese enfermo y lo vas a poner, pero tienes que saber el motivo y el porqué de ese tratamiento y si no*

*lo cuidas, aparecerán problemas. Hay cosas que no hay que esperar que te lo diga el médico, hay cosas que deben salir de ti. Es verdad que en algunos servicios, la parte autónoma está más recortada, por ejemplo en UCI que menos lavar al enfermo, darle de comer, cuidar la piel, todo lo demás está por escrito lo que debo hacer cada hora, y eso es mi trabajo porque debo saber las diluciones de los fármacos y debes saber lo que se pone por vena o se da por sonda y si el médico se equivoca tienes que decírselo, pero mi faena es más que eso” (Enfermero asistencial, 32 años)*

Hemos preguntado a los informantes si las relaciones interprofesionales son diferentes en relación con el género del profesional.

Algunas enfermeras perciben a los enfermeros como profesionales con una relación con los médicos más igualitaria.

*DUI1. “los médicos prefieren dirigirse a un enfermero que a una enfermera, a la hora de hacer las indicaciones; es decir, es como si por el hecho de ser hombre, sus actos y palabras tienen más legitimidad, tanto para los médicos como para los enfermos, supongo que por eso llegan más alto en la empresa y en la enfermería, si te fijas, la mayoría de los presidentes de colegios de enfermería son hombres y no es muy difícil encontrarlos en cargos de supervisión,... de más responsabilidad” (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI2. “... por ejemplo en urgencias, yo estuve en urgencias y habían enfermeros y la relación era como más cercana con el médico...y por ejemplo en salud mental, es como más de...más de colegas entre el enfermero y el médico, es más...igual” (Enfermera asistencial, 22 años)*

*DUI3. “La relación de los enfermeros con los médicos es diferente, pasó el chico con el cirujano y pasó un caso que le digo, si hubiera estado yo me hubiera reñido a mí, de que no estimulábamos a una paciente a levantarse y obligarla a que se mueva, dice que se lo dijo, pero si se lo llevo a decir yo, seguro que me hubiera metido bronca” (Enfermera asistencial, 29 años)*

*E1. “... es un trato más de colegas...de barones” (Estudiante enfermera, 32 años)*

*G3. “Sí que es diferente, hay alguna discusión, pero es “testosterona pura y dura” (Responsable de formación, 47 años)*

*G5. “La relación es diferente si el enfermero es chico, ellos son más objetivos, la mujer adorna más la habilidad comunicativa, ellos son más pragmáticos,... y la enfermera enriquece la comunicación...” (Supervisora, 43 años)*

*G9. “Y todo esto pasa porque somos un colectivo de mujeres, eso tiene mucho peso, sería diferente si el porcentaje fuera al revés, es más es que no se hubiera llegado a esto, esta pérdida de autonomía y de poder no hubiera habido esta discusión con un colectivo masculino, se hubiera llevado de otra manera, de otra manera más de “compis” (Ex-directora enfermería, 59 años)*

Otros refieren no apreciar diferencia de trato:

*DUI5. "No veo diferencia de trato con el médico si es un enfermero" (Enfermera asistencial, 43 años)*

*G1. "Yo creo que los médicos no consideran de forma diferente a enfermeras y enfermeros" (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

Nos llama la atención el comentario de esta enfermera dedicada a la gestión, que aun explicitando la no diferencia de trato entre médicos y enfermeras y enfermeros, nos habla de insinuaciones sexistas por parte de algún médico hacia las enfermeras.

*G8. "No veo diferencia en el trato de un médico hacia una enfermera o enfermero, pero sí que se dan situaciones que se podrían calificar de sexistas... Sí que se da esas tonterías sexistas que me revientan. ¿Otro tipo de relación diferente?...si la enfermera tiene argumentos y los sabe defender...otra cosa es que al final se imponga el criterio médico, pero no veo diferencia" (Supervisor, 52 años)*

Algunos enfermeros establecen que el problema está en las enfermeras, por el hecho de ser mujeres y por su carácter indiscreto y murmurador.

*DUI6. "Todo esto se debe a que son mujeres (ríe) y las mujeres son diferentes, es muy feo decirlo pero es la verdad. Yo trabajé en Pere Mata y éramos, en mi turno, un grupo de chicos, es verdad que los internos (usuarios) no estaban limpios, pero el ambiente era perfecto, no había broncas, todo estupendo y los fines de semana iba a otro pabellón donde había enfermeras...buff...grupos, subgrupos, yo me llevo mal con estas porque estas se llevan mal con los otros, que si esta me ha dicho, que si la otra me ha hecho.... ¡buffff! Que complicado es esto... eso he notado que trabajando con hombres, el trabajo es más fácil... "Los médicos se cuidan mucho entre ellos, son corporativistas, las enfermeras son malas, con todos mis respetos hacia el género femenino y no somos corporativistas, son malas, despotrican y ponen a parir a la de la noche, si ha hecho esto o lo otro, no tapamos como hacen los médicos, ellos se defienden a muerte y las enfermeras se putean" (Enfermero asistencial, 32 años)*

*DUI8. "Sí que hay diferencia, sobre todo por parte de los médicos, el ver a una enfermera el trato es diferente a como es el trato conmigo, no sé decirte los motivos, pero es así. Tal vez porque es una mujer, claro, incluso con los pacientes (...) es que la relaciones son totalmente diferentes, la dinámica entre... como te lo explicaría....(silencio)...los hombres somos diferentes, más pragmáticos, y además, las relaciones cuando trabajas...el ambiente es diferente si somos hombres...a cuando hay mujeres...las cosas son más claras...entre hombres...es otro tipo de relación, yo he trabajado con mujeres y aquí que somos mayoritariamente hombres y la relaciones es diferente, el ambiente es diferente y dime machista, pero es diferente, ni mejor ni peor...pero diferente. A nivel profesional hay más confianza...entre hombres es más distendido...no sé cómo explicártelo" (Enfermero asistencial, 48 años)*

*DUI10. "Si hay muchas mujeres en un equipo, somos más puñeteras y el equipo no funciona bien. Las doctoras por el hecho de trabajar en un mundo de hombres donde no son aceptadas, son más prepotentes y eso hace que la relación con enfermería también se deteriore. Y para no perder el poder que tenemos nos acercamos más a ella. Yo prefiero un compañero medico hombre en el trato y para poder hablar y discutir tratamientos. Con una mujer es diferente. Los hombres son muy prepotentes y machistas, aunque no todos, pero prefiero trabajar con ellos"*  
(Enfermera asistencial, 36 años)

Una docente nos comenta que las relaciones son diferentes, ya que los médicos nos ven como mujeres y no como profesionales y las enfermeras utilizan la seducción como moneda de presentación, con las consecuencias que eso produce de pérdida de poder y credibilidad.

*D1. "los médicos nos ven como mujeres y esto es una realidad...y nosotras nos presentamos como mujeres, en este papel de seducción como mujeres, nos presentamos así y esto nos quita mucha fuerza...es una pena"* (Enfermera docente, 63 años)

Alguna gestora piensa que el problema es que las enfermeras priorizan el cuidado por encima de otros aspectos, con la idea de que con el cuidado ya se está realizando un buen trabajo y no es necesaria más formación, sin embargo los enfermeros son más proclives a explicitar esos cuidados a nivel más interprofesional y hacia el exterior.

*G1. "Hay hombres que en casa son cuidadores y a nivel de trabajo se forman más que nosotras, nosotras somos las eternas cuidadoras y parece como que con atender al paciente de forma cuidadosa basta y enfermería, mujer, debería estar más preparada y formarse durante toda la vida profesional, los enfermeros lo hacen, sin embargo nosotras,...no sé porque...pues así nos va"* (Enfermera responsable calidad, 53 años)

*G1. "Los enfermeros, van a jornadas, a charlas, a reuniones,...es más una actitud de querer y las enfermeras tienen otras prioridades, nos es más fácil apalancarnos en un rol, de víctima..."*  
(Enfermera responsable calidad, 53 años)

Otro aspecto que hemos querido evidenciar es la relación interprofesional en el caso de una médico mujer. Según estas informantes las mujeres médico pueden establecer unas relaciones más cercanas con las enfermeras, al tratarse de profesionales del mismo género o por el contrario, al encontrarse en un entorno masculino, intentan posicionarse de la misma forma en la que lo haría un médico hombre y de esta forma mantener su poder y su estatus.

*G4. "Hay 2 doctoras y 2 doctores. No veo diferencia por que sean mujeres,...bueno, alguno médico es más serio y no sale ni hablar con ellas, se queda en su despacho y no dice nada, sin embargo he visto alguna doctora que se sienta con ellas a hablar y a merendar, pero hombres no, alguno hay...pero..."* (Supervisora, 53 años)

G6. "Ahora hay muchas mujeres médico y sí que es verdad que, algunas parece que deben demostrar algo a ellas mismas...como ponerse al mismo nivel del médico" (Directora enfermería, 56 años)

D2. "Las enfermeras visualizan a las mujeres médicos con menos poder, pero las relaciones de ellas (médicos mujer) hacia las enfermeras intentan mantener esa misma relación de poder que si fueran hombres" (Enfermera docente, 58 años)

D1. "Dicen que la medicina se está desvalorizando desde que las mujeres están entrando en la profesión, aunque yo no lo veo claro, e incluso las mujeres que entran en medicina, para mantener el estatus, son perores que los hombres, porque son más agresivas, en esto las mujeres nos perdemos, queremos coger esta parte de la agresividad del hombre que no es buena, porque nos tenemos que valorar en otras partes, en otras cualidades, como somos...mujeres...y nos valorarían...seguro" (Enfermera docente, 63 años)

Las enfermeras perciben el trabajo de los enfermeros más pragmáticos, menos empáticos y la relación con los médicos es más igualitaria. Cree que la palabra y actos de los enfermeros tienen más legitimidad delante de los médicos.

DUI8. "Sí que hay diferencia, sobre todo por parte de los médicos, el ver a una enfermera el trato es diferente a como es el trato conmigo, no sé decirte los motivos, pero es así. Tal vez porque es una mujer, claro, incluso con los pacientes" (Enfermero asistencial, 48 años)

DUI1. "He trabajado poco con ellos, lo normal es que trabajen en servicios especiales, UCI, urgencias, quirófano,... en planta se les ve poco, pero cuando he coincidido ves que trabajan de forma algo diferente,... no sé cómo explicarte, ellos son muy pragmáticos, solo ven la patología del paciente, sin implicarse demasiado, así como nosotras somos capaces de ver la patología pero enmarcada en una persona, ellos sólo ven la patología... se parecen más a los médicos" (Enfermera asistencial, 52 años)

DUI3. "Depende, algunos no son tan cuidadosos y otros que es como una enfermera" (Enfermera asistencial, 29 años)

DUI4. "Los chicos son diferentes, son mucho más médico, por ejemplo yo soy enfermera y para mí las auxiliares son como compañeras y ellos son... si hay que poner una cuña, vale ahora viene la auxiliar y no son capaces de ponerla ellos y ellos se centran en el ámbito, vienes por esto, yo te trato esto, pero no se fijan en las otras cosas. Tratan más parcialmente, como los médicos. Y lo que es el apoyo emocional y el cuidado les cuesta más, esa parte la dejan más como olvidada" (Enfermera asistencial, 27 años)

DUI5. "Podría ser que hubiera algo de diferencia, aquí siempre se ha dicho que el enfermero es un médico frustrado, siempre se ha dicho y en cierta manera, podría ser, te lo digo, porque con los que yo he trabajado, son de esos de haber la radiografía, aquí hay una neumonía y tú le dices, anda ves a limpiarle el culo al paciente que también se ha de limpiar el culo,...sí que tienen eso, o se van a quirófano, pero imagino que va con la persona, mi auxiliar es un hombre,

*pero es muy maruja, quiero decir que tiene una forma de ser que es muy cercana” (Enfermera asistencial, 43 años)*

*G2. "Lo que sí que noto es que los hombres enfermeros son diferentes, en la forma de trabajar y de actuar. Son más cuadrados, lo que es blanco es blanco y lo que es negro es negro y no puede ser gris, y nosotras siempre somos gris, me entiendes, siempre nos adaptamos a la situación,...nos adaptamos, podemos estar más tiempo en una situación, nos adaptamos a la situación, corremos más, corremos menos,... lo que sí que noto es que los hombres son inflexibles, el trato que yo tengo con los enfermeros hombres son inflexibles, si tengo 5 minutos para hacer una radiografía o tengo 5 minutos para hacer una cura, son 5 minutos, si son 6, me tienes que quitar otra cura, porque no puedo hacer otra cura, porque son 6 minutos, entonces una enfermera es mucho más flexible, no tiene nada que ver a la hora de trabajar” (Directora enfermería, 49 años)*

Es decir, si el enfermero accede a servicios más técnicos, es considerado como un profesional con un trabajo reconocido, esto correspondería con el patrón masculino del antiguo practicante, pero el trabajo meramente asistencial no está bien visto en un enfermero. De la misma forma que en el estudio de Mozo, C. “la ideología de los sexos dominante elabora respuestas que reactualizan la lectura subordinada de su situación” (1997:87), en el caso de los enfermeros, la imagen social de la enfermera es el de madre/monja/servidora dispuesta a prestar los cuidados que sean precisos y “estos rasgos están tan incorporados en la mentalidad popular, que en algunos países se pone en tela de juicio la masculinidad de cualquier enfermero varón, ya que los hombres enfermeros que realizan una profesión de mujeres, tienen que ser necesariamente afeminados, aunque como es característico de los estereotipos evidentemente no sea cierto” (Harding en Burguete, 2010:28)

Lo que parece claro es que si una enfermera se profesionaliza y asume poder e independencia en la toma de decisiones, pierde la feminidad que le caracteriza como enfermera y deja de ser aceptada por el resto del colectivo enfermero.

En resumen, podemos decir que a pesar del escaso interés de los hombres a la profesión enfermera, debida en parte, al peso de los roles tradicionales del papel de cuidador de la mujer arraigado en la memoria colectiva o a un menor reconocimiento social y económico del trabajo. La segregación de género en enfermería está presente, y se está propiciando desde los propios responsables de enfermería aludiendo a la escasa conflictividad entre los varones y a la complejidad de las relaciones entre mujeres.

Las relaciones interpersonales que se establecen entre médicos y profesionales de enfermería, también son diferentes en el caso de un enfermero hombre, siendo más horizontal, sin esa visión maternal o



doméstica y reaccionando ante situaciones de desigualdad de trato con menos sumisión, defendiendo su espacio competencial de una forma más contundente y sin dejarse amedrentar.

Las enfermeras perciben a los enfermeros como profesionales con una relación con los médicos más igualitaria y de respeto mutuo personal y profesional, mientras que en las relaciones con las enfermeras se establecen, en ocasiones, situaciones sexistas y de falta de respeto. Por otro lado perciben el trabajo de los enfermeros como más pragmático, son menos empáticos y con más legitimidad delante de los médicos.

Los enfermeros establecen que el problema está en las enfermeras, por el hecho de ser mujeres y por su carácter indiscreto y murmurador.

Las docentes perciben que los médicos ven a las enfermeras como mujeres y no como profesionales debido a que estas hacen uso de la seducción como moneda de presentación, con las consecuencias que eso produce de pérdida de poder y credibilidad.

### **5.3.5.- Discurso autoperceptivo**

La imagen es parte de una profesión. Es la forma en que una persona aparece ante los demás, o en el caso de una profesión, la forma en que la profesión aparece ante otras disciplinas y ante el público en general. Cada enfermera representa a la profesión y al igual que los individuos, los profesionales pueden sentirse menospreciados si los demás los ven negativamente.

Cuando una persona se presenta en un foro y dice que es enfermera, la reacción suele ser positiva entre las personas, el valor altruista de la profesión y la visión de las enfermeras como buenas personas que cuidan de los demás, crea una imagen idílica de la profesión. Sin embargo, socialmente no se reconoce la formación específica que se requiere para ser enfermera y para mantener el conocimiento actualizado.

La imagen de la enfermera que se desprende en los medios de comunicación es la del profesional que se sienta al lado de la cama del paciente y le tiende la mano, y no es que este aspecto no sea importante, pero se trata de una imagen sesgada de la profesión. En general no se presenta a la enfermera como un profesional formado, preparado y responsable que lleva a cabo infinidad de técnicas complejas y que toma decisiones complicadas diariamente.

#### **5.3.5.1.- Percepción de las enfermeras**

Las enfermeras describen la práctica de enfermería como una profesión que implica una atención de alta complejidad, que puede ser estresante, exigente y a veces gratificante, pero no desechan

totalmente esa imagen que se tiene de ella envuelta de un aro angelical y que de alguna forma les otorga respeto y autoestima.

Cuando hablas con enfermeras, lo más habitual es que expliquen experiencias propias vividas en la profesión, suelen hacerlo en base a relatos emotivos sucedidos con pacientes, dejando de lado la atención basada en el conocimiento y la profesionalidad. Se erigen como las defensoras del paciente y las encargadas de cubrir sus necesidades, pero no se constituyen como un equipo cohesionado que participa en la planificación de los cuidados.

Sobre este tema de la autopercepción, Hernández (2010) cita un estudio realizado por Durro en el que se analiza la baja autoestima profesional de las enfermeras y que concluye diciendo que las propias enfermeras no ven la enfermería como una profesión, sino como una ocupación vocacional, subordinada, basada en habilidades de trato y no en una formación científico-técnica, con mucha dedicación y sin expectativas de progreso. Es el modelo de enfermera “entregada y servicial” que socialmente se percibe como legítimo y aquellas enfermeras que se atreven a adoptar actitudes o discursos que se consideran fuera de ese estereotipo, deben hacer frente a críticas que se producen dentro del propio colectivo y son consideradas como fuera de la norma, incluso llegando a menospreciar el trabajo que estas realizan por considerar que es de menor calidad. Esto lo podemos apreciar en uno de los discursos aportados por uno de los entrevistados. Nos relata que en su servicio están aplicando una nueva técnica y para ello, sólo se ha formado a una enfermera...

*DUI9. "... han puesto a una persona exclusiva que los pone y de alguna forma la han "elitizado", es como si fuera la élite de las enfermeras y yo creo que esta técnica, lo que se debería es generalizar a otros profesionales, no dejarlo todo como algo cerrado, ..., porque lo único que consigues es que el resto de enfermeras le cojan tirria y digan, esta no sé qué se ha pensado y están todo el día...rajando...si fuera un médico, seguro que sus colegas lo alabarían y lo tendrían como referente...nosotras...qué quieres que te diga...yo lo veo...la critican y la ponen de vuelta y media y además esa actitud reforzada por las que están encima, esa técnica se debe potenciar pero no monopolizar, hay que dar la oportunidad a otras personas a poder hacerlo...este año han formado a una enfermera más, pero a quien han formado? A la mujer del político de turno que no pega palo al agua nunca y ahora la potencian enseñándole a poner PIC's, no tienen en cuenta la antigüedad o la experiencia, con eso lo que haces es potenciar el mal rollo, claro a esta la han enseñado porque está enchufada...hay cosas que no cambiarán en mucho tiempo"* (Enfermero asistencial, 39 años)

*DUI4. "Enfermería no es un grupo cohesionado, si hay un problema no nos tapamos, es más nos criticamos entre nosotras, los médicos son una piña en esos casos. Somos mujeres y en este aspecto sale que somos mujeres"* (Enfermera asistencial, 27 años)

Mompart (2004), cuando habla de la imagen de la enfermería como una profesión a la sombra del médico, establece que “ella misma (la enfermera), en muchas ocasiones se siente más cómoda en ese papel en la penumbra de la atención, gozando en todo caso, del reflejo que le proporciona la labor médica, a la que acompaña indisolublemente”(2004:8). Como nos relata uno de los informantes:

*DUI2. "Yo creo que es que no hemos luchado lo suficiente las enfermeras, yo creo que es que... a lo mejor hemos estado... en una situación que ya nos parecía bien,...no lo sé..." (Enfermera asistencial, 22 años)*

J. Gallego también habla de la escasa autovaloración que tienen las enfermeras y lo asocia a la “subyugación de género, religiosa y médica, así como una menguada valoración económica y social de la profesión” (2009:95).

Se sigue manteniendo la imagen propia de la profesión como un intento de compatibilizar los componentes técnicos o profesionales con los componentes vocaciones e incluso religiosos en algunos casos. Así lo explican algunos informantes:

*DUI5. "Yo priorizo el cuidar antes que la técnica, es más importante" (Enfermera asistencial, 43 años)*

*DUI10. "Tener mucha paciencia, ser buena compañera, amable, responsable de su trabajo,..." (Enfermera asistencial, 36 años)*

Existen algunos libros divulgativos sobre la profesión enfermera que hemos querido leer con detenimiento y que nos ayudarán a conocer la imagen que las enfermeras están ofreciendo a la sociedad.

En 2008, la periodista G. Iborra publica “Anécdotas enfermeras. No hay leyendas urbanas, sino sentido del humor ante la pura realidad”. El objetivo del libro, según la autora, es dar a conocer en profundidad el trabajo de los profesionales de enfermería desde la experiencia de algunos de ellos, y recoge “las vicisitudes e idiosincrasia de este oficio vocacional” (p.9) con cierta sorna e ironía.

El libro recoge más de 23 entrevistas, alguna noticia de periódico y comentarios de algunos foros de Internet. Lo cierto es que como enfermera que soy, me ha costado mucho terminar la lectura de este libro y no creo en absoluto que ayude a conocer el trabajo de esta profesión, puesto que es una recopilación de anécdotas “escalofrantes” (p.31) sobre todo de tipo escatológico y de mal gusto, que no van a ayudar a mejorar la imagen de la profesión.

Los entrevistados hablan de conflictos, críticas que ponen en tela de juicio el trabajo enfermero, errores que son explicados con sorna, comentarios que denotan un victimismo y un paternalismo superlativo, que no corresponde con la realidad, profesionales que juzgan y tratan de forma desagradable a los

pacientes: “nos encontramos con dos drogatas”(p.19) “casas en las están todos muy tocados del ala” (p.33), “esas maneras de vivir en una habitación llena de mierda”(p.35), “lo joven que es y va con los pies llenos de mierda” (p.39), “hay gente muy guarra” (p.63), “la gente es un poco justa de mollera y muy comodona” (p.64), “a los borrachos, drogadictos y ese tipo de personas les tienen mogollón de manía” (p.66), “Y esta es aún más cachonda” (p.114), “Oye, ¿te has fijado que hemos hecho el boca a boca y estamos todavía masticando chicle...?”(p.120), “somos mujeres. Sólo nos faltaba ser negras para que nos discriminaran aún más” (p.134), y un largo etcétera que mejor no incluir en la tesis.

Creo que la mejor forma de entender el libro es escribiendo literalmente el texto que la autora ha incluido en la contraportada.

*“Este libro es la demostración de la que las leyendas urbanas, en enfermería, se quedan muy cortas con respecto a la realidad. La imaginación de la mente colectiva no llega a la altura de las anécdotas que las enfermeras de este país viven a diario en los centros sanitarios a los que los enfermos y sus familiares parecen ir en un estado de nerviosismo y despiste que les lleva a protagonizar hazañas verdaderamente surrealistas. La capacidad de sorpresa de estos profesionales es infinita, el ser humano nunca dejará de asombrarles. La misma impresión tendrá el lector: cuando crea que eso es lo más increíble que ha leído jamás, enseguida se topará con un suceso aún más brillante, desternillante, curioso, escatológico, bestia, alucinante, inaudito, impensable... Si piensa que nada puede superar que a alguien se le caigan 4 metros de intestino al suelo, todavía alucinará más al leer los extravagantes objetos que la gente se introduce en sus partes íntimas. Historias inverosímiles pero confirmadas por decenas de enfermeras de distintas comunidades que no se han conocido nunca entre sí”*

En 2011, la periodista S. Frouchtmann publica el libro “Ser Enfermera” que compila 11 entrevistas a enfermeras y enfermeros. Las entrevistas son relatos de la vida de cada uno de los once enfermeros, en las que explican su trayectoria profesional desde el momento de la elección de los estudios hasta la actualidad. En el libro encontramos de forma reiterativa el discurso en el que muchas expresan esa necesidad de cuidar, auxiliar y ayudar a los demás como causa de la decisión: “Siempre pensé que de mayor cuidaría y curaría, que no es lo mismo que ser médico. Eso nunca lo pensé”(p.116), “El contacto humano que procura mi profesión toca muy hondo” (p.23), “Siempre pensé en trabajar en algo que ayudara a los demás” (p.102), “me enganché enseguida porque me aportaba la posibilidad de ayudar a los demás y aliviar su sufrimiento” (p.105), “Cuidar , ayudar, es un privilegio” (p.16), “a mí me gusta cuidar, sentir que me necesitan y que les apporto algo” (p.73), “no hay nada mejor que cuidar a las personas” (p.151)

La compiladora, en muchas ocasiones, hace ciertas aportaciones personales con el objetivo de centrar la entrevista, y en ellas se pueden observar valoraciones estereotipadas sobre lo que la sociedad percibe de la profesión enfermera: “La condición normal de la mujer era cuidar” (p.22), “la mujer resiste y

cuida” (p.25), “Todas desempeñan su trabajo desde el sentimiento y se sienten afortunadas por ello” (p.45), “Entregan su vida” (p.17), “Ser su ángel de la guarda”(p.40)

También las enfermeras hacen algunos discursos estereotipados: “La enfermería es un trabajo propio de la mujer, porque se trata de cuidar y no hay mejor cuidadora que la mujer” (p.28), “La mujer es más cuidadora” (p.67), “La mujer es esencialmente cuidadora” (p.80)

En el libro, los encuestados determinan las características de la “Buena enfermera”

- La que no se preocupa por lo que cobre a fin de mes.
- La que se implica
- La que tiene vocación.
- La que dedica más horas al trabajo de las que le tocan.
- La que prioriza el trabajo a la vida personal.
- La que tiene ilusión y motivación.
- La que se entrega totalmente a pesar de la presión asistencial.
- La que lleva la profesión dentro de su ser.
- Ha de ser segura, decidida, resistente y con capacidad de análisis.
- Ha de ser formada, abierta, tolerante y profesional.
- La enfermera no sólo realiza técnicas.
- La enfermera tiene que adaptar su vida personal a su vida profesional.
- Ha de ser humanitaria.

Por hacer justicia y poder observar la diferencia entre uno y otro libro, terminaremos escribiendo literalmente lo que la autora ha escrito en la contraportada.

*“Vale la pena leer estas líneas con todo detenimiento ya que revelan el papel fundamental de esta función de forma que, si bien el diagnóstico del médico es imprescindible, el día a día, todo el cuidado físico y anímico del paciente –fundamental en la atención hospitalaria-, recae en esos cuidadores anónimos que lo atienden, de forma que su labor es el eslabón imprescindible de todo equipo sanitario.*

*En este libro, diez enfermeras y un enfermero de distintas áreas toman la palabra invitándoles a conocer el quehacer diario de la enfermería, repleto de historias profundamente conmovedoras, tanto desde la perspectiva del paciente como de la de sus cuidadores. “Todo paciente –afirman sin dudar todos los testimonios- es ante todo un ser humano”.*

Este es el discurso que tienen los profesionales y esta es su forma de representar a la profesión, su autopercepción. Se aprecia que lo realmente satisfactorio es la relación con el paciente, su cuidado y la entrega personal. Esto sucede con otras profesiones como trabajo social (Báñez 2003) o en profesores de Educación Básica (Rojas, 2002).

Debemos tener en cuenta que lo que prevalece en las personas que deciden estudiar enfermería, es la imagen ideal de la enfermera y que “esa idea es reforzada cuando las personas, antes de iniciar la formación enfermera, toman contacto con las profesionales” (Ramió, A 2005: 242) y aunque reciban opiniones negativas acerca de las enfermeras, es la imagen ya construida la que prevalece en la toma de decisión sobre iniciar los estudios. Los rasgos más significativos acerca de la profesión se construyen a partir de contactos u opiniones. Por tanto, generación tras generación se están manteniendo el ideario de una profesión abnegada, de entrega y dependiente de la labora médica.

Veamos qué es lo que piensan las enfermeras sobre la imagen social de la profesión. Aspectos como que la enfermería es una carrera de inferior rango, el estereotipo sexual y de ayudante del médico, en el que prevalece la visión de las técnicas, son algunos de los discursos aportados por el colectivo. Son conscientes de que la población no conoce el papel real de la enfermería y responsabiliza, de esa invisibilidad al propio colectivo por no saber mostrar sus funciones, a los colegios profesionales y a los medios de comunicación, por publicar una imagen sesgada de la profesión. Tienen claro que la sociedad conoce el papel del médico, porque ellos han sabido promocionarse y opinan que con la irrupción de hombres en la profesión la situación cambiaría.

### **1.- Carrera de inferior estatus**

Téllez (2001) afirma que la pertenencia a uno u otro género, a una u otra clase social, a uno u otro grupo étnico o generacional son los componentes fundamentales que actúan en la estructuración selectiva de los mercados de trabajo, siendo pues los elementos que clasifican la participación de los sujetos dentro de los mismos. Esta clasificación condicionará la distinta naturaleza del acceso a conocimientos, recursos y oportunidades de participación y elección en el mundo laboral, que darán como resultado la jerarquización laboral y la estratificación organizada del mercado de trabajo.

Una informante relata la reacción que tuvieron sus padres al enterarse de que dejaba los estudios de química por los de enfermería.

*DUI1. “Ese fue mi comienzo,...así...sin más...bueno, con el cabreo de mis padres, porque pensaban que dejaba una carrera superior para estudiar algo que según ellos era muy inferior a la química” (Enfermera asistencial, 52 años)*

### **2.- Estereotipo sexual**

En 2012, Kelly, Fealy, y Watson realizan un análisis de la imagen que de la enfermería se proyecta en YouTube, y concluyen que las enfermeras son vistas por la sociedad como un juguete sexual o como una estúpida incompetente, sólo los vídeos realizados por las propias enfermeras las muestran como

profesionales formados. Algunas de nuestras informantes piensan que socialmente, la enfermería no está reconocida y que la sociedad relaciona la enfermera con el estereotipo de chica fácil que quiere ligar con el médico.

*DUI1. "Para nada, la gente no sabe lo que es ser enfermera, (...)...no tienen ni idea...siguen pensando que somos la auxiliar del médico y que hacemos lo que él ordena... o peor, piensan que nos dedicamos a ligar con los médicos... ya sabes la imagen de la enfermera con faldita corta.... detrás de los médicos... hay como una doble visión, por un lado no saben qué somos y lo que creen que somos... no coincide con la realidad"* (Enfermera asistencial, 52 años)

*DUI3. "Sí que creo que algo de invisibilidad de enfermería hay entre la gente, no se ve tanto como los médicos, en las series, yo veo anatomía de Grey, no salen ninguna enfermera, no se ven, no se ven nada y si sale alguna...malo...algo pasa. La enfermería está relacionada con algo erótico, es de antiguo y eso queda, eso se debería de cambiar... ya ha cambiado la imagen, desde antes, un poco, pero todavía falta cambiar más"* (Enfermera asistencial, 29 años)

### **3.- Ayudante del médico**

Zamorano (2008) describe la imagen que de enfermería se tiene en la sociedad como "una persona atractiva para el sexo masculino, poco notoria" (pp.168), que desarrolla procedimientos de baja complejidad y como profesión de servicio a los médicos.

Una acompañante del médico sin ninguna responsabilidad, es lo que perciben algunos entrevistados en relación a la imagen que la población de la enfermera.

*DUI2. "...la gente yo creo que no lo sabe, pero porque siempre se ha tenido en cuenta que el que cura, cuida, diagnostica y da tratamiento es el médico y la enfermera es la que le da el boli, la que le pasa no sé qué..."* (Enfermera asistencial, 22 años)

*DUI4. "Yo creo que la gente tiene en mente, ir al médico de familia y la enfermera era quien llamaba al paciente y el médico decía tráeme esto, hazme lo otro, era la sirvienta del médico y eso desde siempre hace que se tenga esa imagen"* (Enfermera asistencial, 27 años)

*DUI8. "...no creo que se reconozca un rol específico a la enfermera, creo que siguen pensando que somos ayudantes del médico"* (Enfermero asistencial, 48 años)

*DUI10. "Somos la ayudante del médico, hacen lo que el médico dice. La enfermera hace lo que el médico dice"* (Enfermera asistencial, 36 años)

*DUI5. "Yo creo que la gente mayor aún piensa que la enfermera es la que ayuda al médico y él es el que le dice a la enfermera lo que tiene que hacer, no ven unas funciones propias tuyas, aun cuando vas a ponerle algún tratamiento te pregunta, esto te lo ha dicho el médico que me lo pongas? Ya lo sabe el médico esto?, yo creo que el médico siempre va por arriba para ellos"* (Enfermera asistencial, 43 años)

#### **4.- Prevalencia de la visión de las técnicas**

C. Heierle determina la imagen social de la enfermería como las ayudantes del médico, cuyo trabajo es administrar medicamentos, vigilar y cuidar a los enfermos, es decir con poca autonomía y realizando tareas de poca importancia; (2009:710). Algunos de los informantes creen que la sociedad percibe a las enfermeras como la que realiza diferentes tareas técnicas sin mayor importancia.

*DUI3. "Creo que alguna cosa sí que sabrían decir sobre lo que hacemos, seguro que dirían pues curar, dar la medicación,..." (Enfermera asistencial, 29 años)*

*DUI4. "La gente te diría: Poner la medicación que le dice el médico, curar heridas y ya no sabrían más que decir, verían la parte técnica, lo otro no" (Enfermera asistencial, 27 años)*

*DUI5. "La gente (...) te das cuenta de que la gente no tiene muy claro el papel, si, vendrá y me pondrá la vía y estas cosas. Hasta hace poco aún éramos practicantes o ATS" (Enfermera asistencial, 43 años)*

*DUI6. "No, la gente no sabe lo que hacemos. Toma la presión, hacer recetas... La enfermera se ve como técnicas, como la que pincha, la que reparte pastillas, la que saca sangre y poco más, eso es lo que se ve desde fuera cuando no estás en el ajo, es decir lo que se ve es una persona que te deja en la mesita un montón de pastillas, que te pregunta cómo estás, que aparece y desaparece, te va pinchando y puteando, porque enfermería no hace ninguna técnica que sea agradable, todas son dolorosas,.. y desde fuera se tiene una visión muy técnica de ella, es la que manipula, pero poco más (...) El problema es muy nuestro, (...) aquí la enfermera antes pasaba consulta con el médico, era la chica que te abría la puerta y te la cerraba al marchar, o te tomaba la tensión, no hablaba en ningún momento y eso poco a poco va cambiando y la sociedad se tiene que amoldar a ese cambio" (Enfermero asistencial, 32 años)*

*DUI9. " ... aquí en el hospital, te dirían que son las que nos pinchan la analítica o son las que nos traen las pastillas... todavía nos asocian a técnicas, aunque la realidad es otra porque somos los que primero le miran la cara al paciente, pero lo que se les queda son cosas que se puedan cuantificar... seguro que saben decirte perfectamente lo que hace un médico, sin embargo, nosotros que hace cientos de años que los atendemos, pues no lo saben y eso es muy injusto...no sé decirte por qué" (Enfermero asistencial, 39 años)*

Por otro lado, los informantes perciben que la sociedad desconoce la función de la enfermera, pero tiene claro cuál es el papel del médico, y esta imagen coincide con la función real del colectivo.

*DUI1. "Para nada, la gente no sabe lo que es ser enfermera, saben perfectamente cuál es la función del médico, pero la de la enfermera...no tienen ni idea..." (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI5. "La gente conoce las funciones del médico" (Enfermera asistencial, 43 años)*

*DUI9. "... seguro que saben decirte perfectamente lo que hace un médico, sin embargo, nosotros que hace cientos de años que los atendemos, pues no lo saben y eso es muy injusto...no sé decirte el por qué" (Enfermero asistencial, 39 años)*



Algunos piensan que es debido a la invisibilidad de los cuidados que proporcionan, y de alguna forma se sienten frustrados ante esta situación.

*DUI6. "Cuando vas a la consulta de la enfermera... por qué no valoras el tiempo que te atiende, porque la enfermera te escucha, te enseña,.. Eso no se acaba de pillar por la gente"* (Enfermero asistencial, 32 años)

Podemos ver que, según las enfermeras, la imagen que tiene la sociedad de la enfermería sigue siendo una imagen más cercana a la que se tenía a principios del siglo pasado, a pesar del desarrollo profesional que esta ha adquirido con los nuevos estudios universitarios. Si echamos la mirada atrás en el tiempo y vemos el camino recorrido por la profesión, se percibe una incongruencia entre los niveles académicos alcanzados, el trabajo desempeñado, el reconocimiento social y el prestigio obtenido por la profesión (González, Arras y, Moriel 2012)

En 2014, Martins, García y Correia, realizan un estudio sobre la visibilidad de la enfermería en la prensa y en Internet, concluyendo que enfermería debe hacerse más visible para dar a conocer la profesión. Esto coincide con el discurso de algunos de nuestros informantes que culpan al propio colectivo de esta situación, por no haber sabido explicar la función de la enfermera a la sociedad.

*DUI1. "Pues no lo sé, supongo que la culpa es nuestra, del propio colectivo enfermero,... el que nos vean como auxiliares del médico creo que es por herencia de las ATS, y esa imagen negativa de chica fácil...supongo que los medios de comunicación han tenido mucho que ve... yo pienso que no hemos sabido explicar a la gente cual es nuestro papel, nuestra función..."* (Enfermera asistencial, 52 años)

Piensan que la responsable de ese desconocimiento es la propia desidia de la enfermería.

*DUI2. "Yo creo que es que no hemos luchado lo suficiente las enfermeras, yo creo que es que... a lo mejor hemos estado... en una situación que ya nos parecía bien,...no lo sé..."* (Enfermera asistencial, 22 años)

*DUI8. "...no creo que se reconozca un rol específico a la enfermera, creo que siguen pensando que somos ayudantes del médico. No sé por qué hay esa invisibilidad, tal vez no hemos sabido transmitir nuestro papel"* (Enfermero asistencial, 48 años)

*DUI9. "Nosotros no sabemos defender lo nuestro, no somos corporativos...si seguimos así, la enfermería irá perdiendo el peso que tiene, nos han quitado la fisio,...dentro de nada habrá técnicos para hacer muchas de las técnicas que hacemos..."* (Enfermero asistencial, 39 años)

### **5.- Responsabilidad de los colegios profesionales**

En algunos casos, se responsabiliza a los colegios profesionales de inoperancia a la hora de cambiar esa imagen que socialmente se tiene.

DUI1. *“A ver... supongo que eso debería ser trabajo de los colegios profesionales, dar a conocer la profesión y hacer que cambie la imagen que se tiene de la enfermera...Pues haría escritos en el diario explicando, por ejemplo, cual es la función de la enferma de quirófano o explicaría las campañas de vacunación,... esas cosas... consejos preventivos... todo eso que hace la enfermera... con eso algo ayudaría... ¿no?... ”* (Enfermera asistencial, 52 años)

DUI7. *“Nuestros responsables, dígame colegios de enfermería, consejo general,...no han ayudado...si una profesión cambian tantas veces, quiere decir que las bases fundamentales de esa profesión no están muy claras”* (Enfermera asistencial, 47 años)

### **6.- Promoción de los médicos**

Compararse con la imagen social que se tiene de los médicos por haber sabido promocionar sus aportaciones a la ciencia en los medios de comunicación, es uno de los discursos que encontramos entre los informantes.

DUI1. *“(...) salen en las noticias cuando descubren algún tratamiento nuevo, alguna intervención quirúrgica complicada, alguna cosa importante... así la gente sabe que el médico cura y hace esto o aquello...quiero decir, que los médicos, con sus aportaciones a la ciencia médica y a la investigación, se han ganado la credibilidad y el reconocimiento de la población...eso es exactamente”* (Enfermera asistencial, 52 años)

Piensan que un problema es la no transferencia del saber enfermero a la sociedad.

DUI2. *“... no extrapolas (enfermeras) el conocimiento a otros niveles de la sociedad, me entiendes? O sea, un conjunto de enfermeras que sí, que a lo mejor entre ellas se explican (...) no sé es como que han divulgado que ellos (médicos), son los que más saben, nosotras no lo hemos hecho en ese aspecto...han divulgado su conocimiento. Es decir, ellos, cuando hacen algo, operar a corazón abierto, descubrir el cromosoma... lo que sea...salen en las noticias y lo cuentan pero en esa noticia no sale la enfermera que está al lado...”* (Enfermera asistencial, 22 años)

### **7.- Reconocimiento médico**

Y piensan que la enfermería es la que hace todo el trabajo diario, y el reconocimiento social se lo lleva el médico, por lo que cree que está poco valorada a nivel social.

*DUI2. "... a lo mejor hay no sé cuántas enfermeras que pasan consulta cada día y un médico que viene dos veces a la semana, contadas, pero que cuando alguien tiene un problema, se llama a enfermería y la enfermera es la que va...y después el médico es el "profesional"... creo que aquí a nivel nacional estamos un poco desvaloradas"* (Enfermera asistencial, 22 años)

### **8.- Medios de comunicación**

En 2005, Fernández y Pérez, analizan la imagen que de la enfermería se tiene desde los medios de comunicación, en la literatura, prensa e Internet, y destacan el rol de cuidadora vinculado a la mujer desde una perspectiva tradicional y romántica de la profesión, con una imagen estereotipada anclada en el pasado y con poca relación con la imagen actual, según los autores, los medios de comunicación transmiten una imagen pobre, poco reconocida y poco respetada.

Los informantes son conscientes de que la enfermería no es atractiva a los medios de comunicación, porque la labor que hacen es a nivel individual y perteneciente a la esfera privada de la persona.

*DUI7. "Es verdad que en los medios de comunicación no salimos tanto como los médicos. Pero eso es porque nuestro trabajo se hace de forma individual, si una persona tiene dolor, yo le doy el tratamiento adecuado y me dirijo a esa persona en concreto y no a la sociedad en grupo"* (Enfermera asistencial, 47 años)

En resumen y siguiendo la línea de Heierle (2009) podemos decir que las enfermeras perciben que su profesión es estresante, se sienten cansadas, ven positivo el trato con el enfermo, pero ven negativa la dependencia a los médicos y la falta de autonomía. En el fondo la imagen que tiene la propia enfermería no se diferencia demasiado en la imagen que tiene el resto de la sociedad. "Como se perciba una profesión y como se dé a conocer es fundamental para la imagen que transmite siendo un factor del estatus alcanzado socialmente" (2009:710).

#### **5.3.5.2.- Percepción de los estudiantes de la imagen social enfermera**

Según Heierle (2009), los estudiantes de enfermería ven la profesión con "una sobrecarga de trabajo y poco reconocimiento y sumisión ante los médicos" (2009:710). Veamos la percepción que los estudiantes de enfermería entrevistados tienen de la imagen social de la profesión.

Alguno de ellos entiende que socialmente el médico está mejor considerado y que su palabra y decisiones tienen alto grado de legitimidad delante de la población y pacientes, pero a su vez cree que la sociedad valora positivamente a las enfermeras y que son las enfermeras las que infravaloran esa imagen.

E2. *"No creo que le den esa importancia, porque por ejemplo la gente habla más de lo que le dijo el médico, el médico me dijo tal o me dijo cual... y si no estás en el mismo sitio viendo todo lo que pasa no te das cuenta de que realmente es la enfermera la que está en centro, la que une todo"... "Yo creo que cada vez más, antes siempre era... llama al médico, el médico y ahora cada vez más es la enfermera, creo yo. La enfermera cada vez tiene más y más papel"... "la gente desde fuera da más importancia a lo que diga el médico. Socialmente. Yo en una planta, valoro mucho más a la enfermera que al médico, porque eres tú la que estas todo el rato con el paciente, la que estas visiblemente ahí, el médico aparece de vez en cuando... yo veo a la enfermera con más cualidades que el médico, pero también veo que socialmente la gente dice... ¡el médico!... dan más importancia a la palabra del médico por el hecho de ser médico, no por el valor" (Estudiante enfermera, 23 años)*

Y también, algunos estudiantes, culpabilizan al propio colectivo de esta situación y creen que se debería potenciar el papel de la enfermera.

E2. *"Se debería potenciar mucho más las consultas de enfermería a lo mejor están más vacías que las consultas del médico, pero eso también a lo mejor es culpa nuestra, porque nosotras a lo mejor deberíamos... abrir más el abanico de decir... no sólo me dedico a hacer curas a gente mayor o a poner inyectables, sino que también puedo hacer más cosas... y eso a lo mejor es más culpa nuestra" (Estudiante enfermera, 23 años)*

E3. *"La gente no sabe lo que hace una enfermera, te dirán que pinchar y poco más y esto es por la imagen que se ha dado de la enfermería a nivel de medios de comunicación,.. y salen en la tele documentales...y nunca sale un enfermero, la gente sabe el día a día de un médico porque es eso ,lo que se enseña, pero no sabe nada de la enfermería, porque no se enseña, o a lo mejor, no interesa. Siempre salen los médicos, en revistas, en periódicos, según el Dr. ... y las enfermeras, nada, entonces ¿cómo lo va a saber la gente? No se sabe porque no se enseña" (Estudiante enfermera, 30 años)*

Y a pesar de encontrar ciertas reticencias en los conocidos, ella intenta dignificar su labor aferrándose a la gratitud de los pacientes.

E2. *"Una amiga me decía, vas a ser enfermera, vas a estar limpiando culos... y le contesté... no, y aunque lo hiciera, tampoco es algo...degradante para la persona, una persona mayor, a lo mejor se siente más agradecida por que le hagas la higiene que no porque le digas pues tómate tal pastilla, o tómate yo que sé, y a mí es lo que... o sea el agradecimiento ese igual que me lo hacía mi abuela que le preparaba el desayuno... me sentía bien conmigo misma" (Estudiante enfermera, 23 años)*

Algunos sienten cierta frustración ante la falta de reconocimiento profesional, aunque no pierden la esperanza de cambiar la situación.

E4. *"No. La mayoría de la gente cree que nos dedicamos a sacar sangre, poner vacunas o tomar las constantes vitales. Pero la otra cara, la humanista, la que ayuda, la que cuida al paciente emocionalmente, esa no la suele ver y es un aspecto muy importante en nuestra profesión"*

(Estudiante enfermera, 19 años)

E5. *"Creo que no. Aunque poco a poco vamos ganando terreno"* (Estudiante enfermero, 20 años)

E1. *"La profesión de enfermera, no está valorada... todo lo que sabemos, todo lo que nos hemos formado... para nada"* (Estudiante enfermera, 32 años)

### **5.3.5.3.- Percepción de las enfermeras gestoras de la imagen social enfermera**

Algunas creen que la población no conoce exactamente cuál es la función de las enfermeras, sin embargo, sí que conoce lo que hace un médico, ya que ellos han dado más a conocer su labor. Piensan que las enfermeras necesitan dar la importancia suficiente a la labor que realizan.

G2. *"Si yo pregunto esto a la gente (¿qué hace una enfermera?), lo que dirían es curar, poner inyectables o sacar sangre y... poner un vendaje, más o menos estas cosas así es la idea que tienen de la enfermera (...) Está claro que la gente conoce más lo que hace un médico porque se ha dado más a conocer, si, si, está claro (...) el médico siempre es más y mejor que una enfermera. (...) Y él quita un grano y es el no va más y ella quita un grano y como es algo sin importancia, pues eso, no le das importancia y por tanto los enfermos tampoco, si, si, ellos se hacen notar más, es verdad, supongo que necesitamos reconocer nosotras mismas la importancia que tiene lo que hacemos".(Directora enfermería, 49 años)*

G3. *"Yo creo que la percepción de la enfermera es buena y creo que conocen lo que hace, al menos la gente que me rodea lo conoce...otra cosa es la gente de la calle, si les preguntas te dirán que la función de la enfermera es poner inyecciones...No se ve ni la misa la mitad de todo lo que hacemos"* (Responsable de formación, 47 años)

G5. *"Traerme la comida, hacerme la higiene y sacarme sangre, eso dirían sobre todo los mayores. Del médico sabrían que es la persona que les va a curar (...)El que esto pase, no sé si es culpa nuestra que no nos hemos preocupado de decir lo que hacemos y siempre se ha entendido como una ayudanta del médico, y la gente lo ve así como un paramédico, cuando es totalmente diferente, porque somos la única profesión que tenemos los diagnósticos taxonómicos, con sus intervenciones y sus objetivos. Pero esto no lo sabe la gente"* (Supervisora, 43 años)

G6. *"La sociedad no sabe lo que hace la enfermera, no sé por qué, pero es así. Alguna vez he leído en las cartas al director y a veces te agradecen al equipo de enfermería al doctor tal, la gente tiene idealizado al médico, ves que agradece la labor del médico, pero enfermería siempre queda de lado, a pesar de que somos las que estamos ahí las 24h y además si no fuera por las enfermeras se morirían la mitad de los enfermos, pero después el jamón se lo traen a la consulta, que no es necesario ningún jamón...Es una pena que no vean que la que está 24h, y*

*viendo y padeciendo, porque la gente (enfermería) padece, pues no le hacen ni caso” (Directora enfermería, 56 años)*

*G9. "En profundidad no lo conoce, saben que es aquella chica que va, que es muy amable, que es atenta, que le pregunta, que se interesa,...pero no valoran. Si no lo conocen es porque no nos hemos sabido vender, nos hemos preocupado de otras cosas pero no de vendernos, nos hemos preocupado de cambiar grados, los modelos de enfermería,... y nos hemos preocupado poco de vender lo que realmente estamos haciendo. Los colegios deberían hacer esto y los nuestros despuntan poco, tu escucha al presidente del colegio de médicos y van aquí y allí, los de enfermería no van a ningún sitio. Puede ser que como eso de cuidar es algo normal en la mujer, que siempre lo hemos hecho, ni nosotras mismas le damos la importancia que tiene y si no se la damos, menos aún lo vamos a mostrar a la gente y creo que esto es de las cosas que nos ha hecho más daño y por eso hemos querido ir a buscar mucha ciencia, muchas cosas extrañas muchas veces, en lugar de hacer valorar los cuidados. Antes todo el mundo valía para ser enfermera o auxiliar, en este momento se tiene que tener una preparación, pero en el fondo sigue siendo esto, cuidar y nada más” (Ex-directora enfermería, 59 años)*

*G7. "Curar, curar heridas, tomarte la tensión,...la gente piensa esto. Eso es porque no se ha hecho difusión de lo que realmente hacemos, no se ha hecho este trabajo” (Supervisor, 47 años)*

*G8. "No, Yo creo que la gente no sabe lo que hace una enfermera...a lo mejor es que a pesar de las campañas que se han hecho, la gente...no sé pero no lo acaban de ver, no lo reconocen y en momentos críticos y de tensión, el nivel de exigencia que piden puede ser... hasta de mala educación... socialmente la gente ha perdido valores y no valora lo que tiene delante...” (Supervisor, 52 años)*

#### **5.3.5.4.- Percepción de los médicos de la imagen social enfermera**

Los médicos entienden que esa invisibilidad social de la enfermera es consecuencia de sus propias actuaciones en su quehacer diario. Según ellos, los pacientes se hacen una imagen en base a lo que ven hacer a los profesionales y tradicionalmente y en la actualidad, la enfermera tiene un papel secundario y auxiliar.

*Dra1. "Yo creo que si la población no conoce el papel de la enfermera es por algo cultural, hasta hace unos años, la enfermera además de poner inyecciones,... cuidaba, pero como eso de cuidar...es tan...poco claro. Porque ¿qué quiere decir cuidar?... por eso yo creo que es algo cultural. Para ellos las enfermeras que recuerdan son las monjitas que te cuidaban y te ponían las inyecciones, es así (...)Los paciente sí reconocen tu trabajo (médico), en la sociedad cada vez hay menos valoración, pero nuestro reconocimiento es bastante alto, no estamos en el trono divino en el que estábamos en los años 50, pero actualmente a pesar de que al médico se le exige mucho, aun se le da un estatus bueno. Este problema de que no se conozca la función de la enfermera es por culpa del propio colectivo que no ha sabido explicarlo a lo largo de la*

*historia. A nosotros nos ha costado mucho conseguir ese reconocimiento. Si el colectivo fuera mayoritariamente masculino, seguro que hubiera sido diferente” (Médico asistencial, 55 años)*

*Dr3. “¿te digo realmente lo que pienso? Pues yo creo que es que no se trabaja en equipo, entonces el paciente cuando se pasa visita él ve dos aspectos muy diferenciados, el médico que viene explora, pregunta, opina y le explica cosas y la enfermera cuando viene, le mira la tensión, le mira la temperatura, cuando el enfermo le pregunta alguna cosa, le dice, pues ya se lo dirá el médico...esto es muy habitual, y luego cuando le trae la pastilla y le pincha, cuando el enfermo le pregunta, la enfermera contesta que iporque lo ha dicho el médico!, ...es lo que ve el paciente...imagínate otro escenario, se pasa visita entre todos hay residentes, hay adjuntos, hay enfermeras...y el médico dice, tiene fiebre, y la enfermera le dice es que le ha salido una úlcera...lleva una semana y no se lo había visto todavía....o mire que le ha salido esto...o sea cuando ve estas cosas, el paciente, sí que aprende que la enfermera tiene más funciones, esto le ayuda al paciente a explicarle más cosas a la enfermera, fíjate que la enfermera pasa muchísimo más tiempo con el paciente que el médico y cuando se pasa visita, pues si se le ha pasado al paciente decirle algo al médico, pues ya está pensando cuando se lo podrá decir...si no ve que tienen esas funciones... a veces no se lo dice ni a la enfermera, porque dice, para qué se lo voy a decir, si ella no....¿sabes? eso es lo que veo yo, pero estoy convencido de que es así”*

(Médico jefe de servicio, 48 años)

El discurso autoperceptivo de las enfermeras sobre su imagen, es el modelo de enfermera “entregada y servicial” que socialmente se percibe como legítimo. Se sigue manteniendo la imagen propia de la profesión como un intento de compatibilizar los componentes técnicos o profesionales con los componentes vocaciones e incluso religiosos en algunos casos, donde lo realmente satisfactorio es la relación con el paciente y su cuidado, la entrega personal.

La falta de reconocimiento está dentro del propio colectivo, y debe ser la propia enfermería la que reconozca el valor de lo que ofrece a la sociedad y del papel que representa profesionalmente en el sistema de salud.

La invisibilidad de los cuidados, el percibir la enfermería como una carrera de inferior estatus, el estar rodeada de un estereotipo sexual, el sentirse una simple ayudante del médico, y en la prevalencia de la visión de las técnicas, son algunas de las características de la imagen que las enfermeras otorgan a su profesión.

El colectivo ve el origen de esta situación en la no transferencia del saber enfermero a la sociedad. Responsabiliza de esta situación a la propia desidia del colectivo enfermero, a la inoperancia de los colegios profesionales y a los medios de comunicación, que por su carácter sensacionalista no encuentran a la enfermería lo suficientemente atractiva para llamar a atención de la sociedad.

Los estudiantes entienden que socialmente el médico está mejor considerado, y que su palabra y decisiones tienen alto grado de legitimidad delante de la población y pacientes. Creen que la sociedad valora positivamente a las enfermeras, y que son las enfermeras las que infravaloran esa imagen, culpabilizando al propio colectivo de esta situación.

Los médicos entienden que esa invisibilidad social de la enfermera es consecuencia de sus propias actuaciones en su quehacer diario. Según ellos, los pacientes se hacen una imagen en base a lo que ven hacer a los profesionales, y tradicionalmente y en la actualidad, la enfermera tiene un papel secundario y auxiliar.

### **5.3.6.- Práctica y función enfermera**

Tomaremos como base dos de las conclusiones anteriores:

- Los profesionales de enfermería creen que la sociedad no conoce la realidad de la práctica enfermera, porque el propio colectivo no ha sabido mostrar sus funciones.
- Los médicos perciben que esa falta de visibilidad social está ocasionada por las propias actuaciones en su trabajo diario, es decir la sociedad conoce de la enfermería lo que ella, con su trabajo es capaz de mostrarle.

En base a esas dos conclusiones hemos querido en primer lugar preguntar a las enfermeras cuáles son las funciones que realiza habitualmente en el ámbito hospitalario, y posteriormente comparar los discursos con las observaciones realizadas durante el trabajo de campo, con el objetivo de contrastar lo que “dicen” con lo que “hacen”.

Comencemos por conocer lo que hacen. Para ello pedimos a los informantes que nos describieran todas las actividades que realizan desde que entra a trabajar hasta que termina su turno.

Dado que el discurso de los profesionales ha sido un listado de actividades, los hemos plasmado en una tabla (26) donde se recoge el número de profesionales que han dado esa respuesta

**Tabla 26. Actividades realizadas por enfermería**

| <b>ACTIVIDAD</b>                         | <b>ENFERMERAS<br/>(N=11)</b> |
|--|------------------------------|
| Recibir el parte                         | 7                            |
| Preparar la medicación                   | 10                           |
| Preparar enfermos para pruebas/quirófano | 2                            |
| Curar heridas                            | 8                            |



|  |    |
|--|----|
| Técnicas (glucemia, analíticas, sueros, ECG, enemas,...) | 8  |
| Dar comidas/desayunos                                    | 3  |
| Repartir medicación                                      | 10 |
| Hablar con el paciente                                   | 9  |
| Informar al médico                                       | 5  |
| Pasar visita   | 5  |
| Gestiones administrativas (teléfono, peticiones,...)     | 4  |
| Registrar la actividad                                   | 5  |
| Dar el parte   | 2  |
| Higienes   | 2  |

Podemos ver que la mayoría de las actividades son delegadas de la actividad médica o las necesarias para cubrir las necesidades de los pacientes. Debemos remarcar que 9 de los 11 informantes han incluido “hablar con el enfermo” con el objeto de conocer su estado y detectar necesidades.

Durante la observación participante en el centro 2 pude apreciar esta situación, dado que las enfermeras se dedicaron durante el 80% de la jornada, aproximadamente, a realizar tareas delegadas y técnicas básicas (higienes, extracción de sangre, curas de úlceras,...), era en esos momentos cuando aprovechaban para entablar conversaciones de mayor o menor calado con los pacientes y familiares.

*“En ningún momento, las enfermeras pasan visita con los médicos, muchas veces a petición propia de los médicos y es la supervisora la que antes del pase de visita se sienta con los facultativos para informales de los cambios producidos en los pacientes.*

*Casi al terminar el turno, y después de observar las actividades que llevaban a cabo las enfermeras, pregunté a una de ellas*

*Una vez en el pasillo le pregunto:*

- *¿Qué es lo que habitualmente haces en la planta?*
- *Pues básicamente son técnicas, pinchar, dar medicación,... es decir, hacemos lo que nos van ordenando los médicos.*
- *Pero ¿alguna competencia autónoma realizarás?*
- *Si, las curas, podemos determinar el tipo de cura y de tratamiento que aplicar...nada más.*
- *La única libertad es decidir el tipo de apósito que pones en una cura!” (Observación centro 1, p. 9-10)*

Por lo tanto vemos que el discurso de las enfermeras se corresponde con la realidad que ellas llevan a la práctica. Lo que los enfermos están percibiendo de las enfermeras es que realizan un trabajo de auxiliar del médico.

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Veamos ahora qué opinan las enfermeras gestoras respecto a las actividades que las enfermeras realizan en el día a día. De las 8 entrevistadas, dos de ellas nos repiten el listado de tareas que hemos visto anteriormente, pero la mayoría realizan un discurso que es interesante valorar.

La mayoría opina que las funciones que enfermería realiza de forma habitual, son funciones delegadas de la acción médica y que estas actividades impiden que las enfermeras puedan realizar las funciones que le son propias, aunque alguna de ellas responsabiliza al propio colectivo de no hacer su función de forma correcta.

*G1. " lo que pasa es que es más fácil hacer solamente lo delegado que no implicarse con el paciente y con el cuidado, es verdad que los días de ingreso han disminuido y los pacientes están siempre en un estado crítico, eso también hace que no haya un espacio de tiempo suficiente para implicarte..., entonces lo que hacen es simplemente dedicarse a las técnicas delegadas del diagnóstico médico y no en el cuidado integral. A todos los pacientes tienes que hacerles muchas cosas al mismo tiempo, la dotación es limitada. La presión de los cuidados tecnológicos y el poco tiempo que están con los pacientes hace que no se impliquen. Si tuvieran más tiempo, menos presión y más dotación tendrían más posibilidades de hacer los cuidados. Otra cosa es saber si lo profesionales queremos implicarnos más en los cuidados" (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

*G4. "Pasar el parte, y después todo técnicas y seguir las indicaciones que han dado lo médicos, administrar la medicación, curar heridas,...todo guiadas por lo que le dice la parte médica. La parte independiente de cuidar, no tienen tiempo para hacerla. Yo veo que se podrían hacer más cosas, pero si te agobia el volumen de trabajo en poco tiempo, pues todo eso se escapa un poco y los pacientes lo necesitan pero primero es lo que ordena el médico" (Supervisora, 53 años)*

*G6. " que somos las ejecutoras de unas órdenes médicas y unos tratamientos enfocados a solucionar su enfermedad, pero que no seamos mecánicos y veamos al paciente de forma global, que no nos convirtamos en médicos, que es así...la mayoría solo ven la rodilla, no ven nada más,...las enfermeras no debemos ser así" (Directora enfermería, 56 años)*

Dado que según nos explican, uno de los inconvenientes para la realización de los cuidados enfermeros es el tiempo de dedicación a las tareas delegadas, hemos preguntado a alguna de las enfermeras gestoras el porcentaje del tiempo que, según ellas, las enfermeras dedicaban a trabajo autónomo y trabajo delegado y hemos podido constatar que los profesionales dedican casi la totalidad de su tiempo a tareas delegadas.

*G2. "Silencio \*\*\* No lo sé, es una pregunta que no me la había hecho nunca"... "Si, si, es muy importante, \* a veces no te das cuenta y te dejas llevar. Lo que está claro es que mayoritariamente las enfermeras hacen tareas delegadas de las órdenes médicas, sea la que sea. Silencio. Ella piensa y no contesta. Por fin... me mira, sonríe..."ya, si... es muy alto... aquí en*

*este hospital es muy alto, muy alto, te puedo decir que un 70 u 80% o más."* (Directora enfermería, 49 años)

*G5. "Enfermera de planta: 50% delegadas, 50% autónomas. En planta es diferente, hay mucho más delegadas, pierden mucho tiempo en llevar a cabo la prescripción médica y no tienen tiempo de acompañar al paciente, podrían hacer muchas cosas bonitas...cuidar"* (Supervisora, 43 años)

*G9. "...la enfermera sólo hace tareas delegadas y no hace nada más, sin tener ningún reconocimiento a su labor, sin tener ningún valor en general...que las enfermeras sólo van a hacer las tareas y para casa que es lo que se está haciendo ahora. La parte delegada cubre el 100%"* (Ex-directora enfermería, 59 años)

También reconocen que el trabajo administrativo exige muchas horas de enfermería y es tiempo que no dedican al cuidado y al contacto con el paciente.

*G8. "Los recursos que existen, por ejemplo los cuidados informatizados, hacen que la enfermera esté más tiempo delante del ordenador y menos delante del enfermero, si esa información que necesitas se pudiera hacer al lado de la cama del enfermero y te permitiera mirar a la cara al paciente...perfecto. El ordenador quita mucho tiempo"* (Supervisor, 52 años)

Uno de los enfermeros los expresaba de esta forma.

*DUI6. "Después a las 12h das la medicación y te pones a escribir que es lo que la empresa te manda que tienes que hacer. Todo escrito, todo registrado, todo firmado, que si hay que registrar una úlcera para que luego salga en el presupuesto, que no sé qué... aquí lo importante es que tienes unos pacientes y que la faena salga y eso hace que tengamos que actuar de una manera determinada, si tengo cosas que hacer y tengo tanto tiempo, pues no me voy a parar a hablar, es lo que me pide el trabajo y la empresa, que cumpla, que firme, que escriba, que deje el formulario escrito, para que quede constancia de que he hecho muy bien de informático, no de enfermero. Eso da mucho coraje"* (Enfermero asistencial, 32 años)

Es decir, que tenemos una dedicación de enfermería a tareas delegadas en una horquilla entre el 50 y el 100% de su jornada. A esto habría que añadir el dedicado a tareas administrativas.

Veamos ahora que opinan los médicos de las tareas realizadas por las enfermeras.

Algunos de ellos limitan su actuación a funciones delegadas, bajo la responsabilidad del médico y sin capacidad de independencia posible, a funciones de higiene y aconsejar al paciente y funciones de observación de complicaciones e información al médico.

*Dra1. "La enfermera lo que hace son técnicas delegadas de las órdenes médicas. La función de la enfermera es ser mi mano derecha y sobre todo mis oídos y mi vista... ellas son las que*

*muchas veces te dicen, oye que tal paciente no lo veo bien, está cambiado,... La enfermera realiza más un trabajo de cuidar... La enfermera está bajo la responsabilidad del médico o tutelada por él y su responsabilidad es menor. Los tratamientos recaen en los médicos. Enfermería... no pueden tener independencia...”(Médica asistencial, 51 años)*

*Dra4. “El trabajo de enfermería es el cuidado personal, la higiene y los consejos que el enfermo debe seguir para conseguir que el tratamiento le sea efectivo” (Médico asistencial, 46 años)*

*Dra5. “Detectar los problemas del paciente y adelantarse, mirar las constantes, administrar la medicación, mirar los efectos secundarios, mirar si los familiares están bien con los pacientes y los pacientes bien con los familiares,...en cuanto a la comida si tolera bien la comida, si necesita túrmix, si necesita cambios posturales, tal como se expresa el paciente y ver si hay algún cambio en el discurso...esto te da mucha información, como camina...todo esto es observacional y seguir el mismo paciente es muy importante. Una enfermera, como un médico, todo el equipo tiene que seguir al paciente cada día, para poder ver cómo ingresó y poder ver la mejoría, porque pasas visita hoy y luego no lo ves hasta después de una semana...yo creo que entonces poco puedes aportar. Últimamente se cambia mucho a las enfermeras, hay mucha gente nueva que rueda por las plantas...y con esto...perdemos mucho...todos... Cuando pasas visita y es la misma enfermera y conoce el paciente y te dice, hoy está peor, esto lo puede decir alguien que puede comparar lo que ha visto un día y otro” (Médica asistencial, 38 años)*

Nos ha llamado la atención el discurso de este informante, donde se detecta una falta de comunicación, desidia y falta de interés profesional por parte de enfermería que repercute en la atención prestada al enfermo, hasta tal extremo que hay médicos que prefieren no pasar visita con ellas.

*Dr3. “Ahora, las funciones de la enfermera son...tomar constantes, dar medicación y...y... poca cosa más...(sonríe), fíjate que no he dicho “ejecutar órdenes médicas” y no lo he dicho porque no se llega ni a eso, o sea, ni a eso...y no debería ser así, Realiza las órdenes médicas hasta cierto punto que yo estoy de acuerdo en decirlo así, pero es que no se llega ni a esto, es una cosa que yo tampoco comparto, debería ser más partícipe en la toma de decisiones y esto desafortunadamente no pasa,... no pasa, por lo menos donde yo he ido. Por ejemplo, cuando se empieza a pasar visita a los enfermos, yo creo que la información que tiene el médico y la enfermera a la hora de empezar a pasar visita, debe ser la misma, esto...ino pasa jamás! Entonces el paciente no se habla, no se comenta y entonces lo que hacen...esto convierte la función de enfermería en una función de acompañante, por un lado y se dedica a hacer solamente lo que está escrito...sentar al paciente, se hace... no está escrito... se hace, o no se hace...(silencio, lo veo apesadumbrado)...con el tiempo la cosa va a peor... pero esto es culpa de todos, enfermería tiene que participar, pero entre el colectivo médico tampoco...parece que es una cosa que no tiene importancia o incluso con los más jóvenes (médicos), más todavía, hasta el punto de decir, si no pasa la enfermera...mejor...es en ese plan” (Médico jefe de servicio, 48 años)*

Durante la observación realizada en el centro 1 pude observar la actitud de la enfermería durante el pase de visita. “El papel de la enfermera es bastante pasivo” (Observación participante centro 1, p. 3) donde apenas hablan con los médicos y si hablan “La enfermera y la estudiante de enfermería hablan entre ellas de cuestiones ajenas al pase de visita” (Observación participante centro 1, p. 9)

Durante la realización del Diario de campo como acompañante de un familiar ingresado, pude llegar a hacer algunas valoraciones sobre el papel de las enfermeras (Diario de campo. P.10-13)

*“Durante los días de hospitalización, he observado los **rituales** establecidos que de forma rutinaria se realizaban diariamente:*

- *El cambio de turno*
- *El reparto de medicaciones a las horas establecidas*
- *El pase de visita de los médicos*
- *El reparto de comidas*
- *La limpieza de las habitaciones*

*Estas actividades estaban más o menos temporalizadas y los pacientes entran en el ritmo de los horarios establecidos por el centro, que es lo único que marca la cadencia del día.*

*También he podido observar algunos aspectos que me han impactado:*

- *El caos que se produce durante el turno de mañana*
- *La entrada indiscriminada de acompañantes en cualquier momento del día y sin control sobre el número de ellos*
- *Algunos fallos importantes en la información entre enfermeras y auxiliares que repercute en la seguridad del paciente*
- *Ningún sanitario se ha presentado al entrar en las habitaciones*
- *La actividad que realizan en las habitaciones, se hacen de forma rutinaria, fría y sin apenas establecer comunicación con los pacientes*
- *Una sobrecarga asistencial que hace disminuir la calidad asistencial*
- *Una falta de formación en empatía, asertividad y atención al cliente.*
- *Una falta de formación práctica a los profesionales de nueva incorporación.*

*He valorado las necesidades de los usuarios por parte de enfermería:*

- *Una atención personalizada y cercana por parte de enfermería*
- *Seguridad en las acciones que realizan*
- *Información de las técnicas, progresos de la enfermedad, sobre la medicación que se le aplica al enfermo*
- *Información y apoyo emocional en momentos de angustia*

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

- *Trato de educación y cortesía (presentarse, dar los buenos días,...)*
- *Asistencia de calidad, no demorar la atención de las demandas ni permitir que los pacientes y familiares lleguen a molestarse por falta de atención.*
- *Organización del trabajo*
- *Mejor comunicación entre enfermeras y auxiliares*

*He observado las demandas de los usuarios. Los pacientes llaman a las enfermeras para:*

- *Aspectos técnicos de la medicación y del tratamiento (cambiar la vía, poner medicamentos,...)*
- *Aspectos de trato (piden que sean más amable)*
- *Aspectos de organización del trabajo (piden una respuesta rápida a sus necesidades)*
- *Más atención y presencia por las habitaciones*

*También he observado lo que demandan las enfermeras a los usuarios:*

- *Corresponsabilidad en el tratamiento (avisar cuando los sueros terminen, tomarse las pastillas en el momento adecuado,...)*
- *Que no molesten demasiado y no interrumpen el trabajo*
- *Seguir las normas del centro (llamar al timbre en lugar de buscarlas por el pasillo, sacar la ropa sucia después de ducharse, sacar las bandejas después de comer,...)”*

Es decir, es un trabajo automatizado, rutinario, realizado a un ritmo frenético, donde no hay cabida para el cuidado enfermero, donde las tareas delegadas ocupan un alto porcentaje de la jornada, donde el director de orquesta es el médico y es el que establece la música a tocar e impone el ritmo, donde las enfermeras se dedican a tocar los instrumentos al ritmo que le marcan, y donde el público que es el receptor de la música no importa, el enfermo no es el centro de atención, porque apenas se le presta atención.

En resumen, podemos decir que en relación a la práctica y funciones de la enfermería que:

Una vez analizadas las tareas que las enfermeras realizan diariamente (tanto en los discursos como en la observación directa de su actividad), podemos decir que la mayoría de las actividades llevadas a cabo son delegadas de la actividad médica, y estas actividades impiden que las enfermeras puedan realizar las funciones que le son propias. Por lo tanto, esto es lo que la sociedad ve de las enfermeras y es la imagen que se crea y se reproduce con el tiempo.

### **5.3.7.- Enfermería y empresa**

En la actualidad, el contexto laboral al que se enfrentan las enfermeras, viene marcado por la falta de recursos (relacionado por un financiamiento insuficiente y con un aumento de costes de la atención sanitaria) y un incremento en la oferta y la demanda de la cartera de servicios (debido al aumento de la población y de la esperanza de vida, los problemas de salud debido al envejecimiento y la cronicidad).

Debido a esta situación, la gestión de los centros sanitarios se establece en términos económicos, y esto tiene una repercusión importante en el cuidado enfermero, ya que organizativamente existe una mayor carga de trabajo, precariedad laboral, menos autonomía de trabajo, se incrementan los ratios enfermera/paciente,...y los profesionales apenas cuentan con el tiempo necesario para realizar las técnicas delegadas de la actividad médica, debiendo dejar de lado las actividades de cuidado que son las esenciales en la profesión. Esta situación, genera en las enfermeras cierta frustración e impotencia por no poder ofrecer una asistencia de calidad a los pacientes.

Según las recomendaciones del Consell de Col·legis d'Infermeria de Catalunya (2006), en los hospitales se concentra la patología más compleja y con más necesidades de cuidados. Además, con el objetivo de que el proceso hospitalario sea más resolutivo, se intensifican los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que origina un incremento de actividad. En esta situación, las enfermeras deben realizar su trabajo con la misma disponibilidad de tiempo, pero teniendo a su cargo enfermos con niveles de dependencia y cargas de trabajo mayores.

Este entorno requiere de enfermeras competentes con alto nivel técnico, eficaces, con capacidad analítica, intuitivas, con habilidades pedagógicas y relacionales, visión interdisciplinar y una atención a la familia. Pero la realidad de las organizaciones, en los últimos tiempos, es que están marcadas por la poca especificidad de los profesionales respecto a su puesto de trabajo, es decir, por enfermeras generalistas a las que se les exige de forma constante una gran flexibilidad a la hora de prestar sus cuidados en servicios totalmente diferentes (Estrada 2014), a los que han de adaptarse de forma rápida y eficaz, sin poner en peligro la calidad asistencial, ni la seguridad del paciente.

Esto produce un conflicto de intereses entre los profesionales de enfermería; por un lado desean desarrollar una práctica basada en unos cuidados individualizados, y por otro lado tienen una elevada carga asistencial que lo impide. Esta situación produce una fatiga laboral que se relaciona con el síndrome de Burnout en el personal de enfermería (Seguel y Valenzuela, 2014)

#### **5.3.7.1.- Expectativas de la empresa en relación con las enfermeras**

En nuestro estudio, hemos querido conocer de primera mano la percepción que tienen los profesionales sobre las necesidades reales que demandan de ellas las empresas. Para ello les hemos preguntado, ¿cuáles son, según ellos, las necesidades de la empresa en relación a las enfermeras?

##### *1.- Percepción de las enfermeras*

Los profesionales de enfermería perciben la empresa espera de ellos la simple realización de técnicas delegadas de la actividad médica, por lo que se sienten mano de obra barata, explotada y ejecutora de las órdenes médicas.

*DUI1. "Que haga mi trabajo (que de la medicación, que pinche, que sonde, que pase visita,...) y no me queje, que no piense demasiado, que no dé problemas, que diga amén a todo, que aunque cada vez seamos menos trabajando y tengamos que encargarnos de más enfermos, que cada vez están peor, pues que no digamos nada...es muy triste, te sientes invisible dentro de la empresa, aquí solo cuentan los médicos, aunque no pares de trabajar en todo el día, aunque te llamen un día que tienes fiesta y te pidan que suplas a otra compañera que ha faltado al trabajo,...no eres nadie en la empresa, los médicos hacen el horario que quieren, hacen lo que les parece y están bien considerados,...nosotras nos partimos el lomo trabajando y no somos nadie" (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI4. "Llevando 20 ó 25 pacientes cada enfermera no puedes atender como debes a los enfermos. Tendría que estar mejor valorada por la empresa, yo veo que el que está valorado es el médico, él es el que cura, el que da la atención y realmente no es así, el que está las 24 horas con ellos somos nosotras. Siempre el reconocimiento se lo lleva el médico, tanto por parte del usuario como por parte de la empresa" (Enfermera asistencial, 27 años)*

*DUI6. "Buff!! Que difícil. Yo con la empresa no me llevo bien, creo que somos mano de obra que nos torea y nos putean todo lo que pueden, sin tener en cuenta que somos, que hacemos, porque o cuales son nuestras vidas, sobre todo cuando eres novato, les da igual, ponerte de tarde, de noche, de mañanas, hoy aquí, mañana allá, trabajando 16 fines de semana seguidos por lo que llegas de mala leche y simpático en el trabajo no estás... pero a pesar de que la empresa no nos cuida, el trabajo lo hacemos bien, no nos da lo que nos debería dar, debería cuidarnos un poco más. Nosotros damos la cara por ellos, si te pido un favor y necesito un día para algo, pues dármelo... pero si te quejas, encima es peor. O montas un pollo y entonces te dan lo que pides, o pasan de ti. Además si pides un favor, es como si les debieras algo y entonces se creen en el derecho de poder disponer de ti en cualquier momento" (Enfermero asistencial, 32 años)*

*DUI10. "Ellos tienen un renombre y lo puede hacer mejor o peor, pero siempre será un médico. La enfermera debe demostrar día a día lo buena profesional que es si quiere que se le reconozca su trabajo" (Enfermera asistencial, 36 años)*

Se sienten poco valorados por la empresa a pesar del esfuerzo que hacen diariamente, sin tener en cuenta su profesionalidad y su eficiencia. Alguna piensa que el problema está en la intangibilidad de los cuidados que aportan y la imposibilidad de cuantificar el valor de su trabajo.

*DUI3. "El trabajo diario de la enfermera no se valora, todo lo que hacemos no se especifica en ningún sitio,... puede hacer el diagnóstico el médico, pero las que estamos todo el día con el enfermo, somos nosotras y eso no consta en ningún sitio, si ha tenido dolor, todo lo que has*



*hecho para subsanarlo,...de eso no queda nada porque no es cuantificable, si pones una vía, cuentan lo que cuesta la aguja, pero no el rato que has estado allí, el ponerla bien,... no valoran que tengas la técnica, que lo hagas más rápido,...no”* (Enfermera asistencial, 29 años)

La formación continuada de los profesionales también es un tema que dejan remarcado en sus discursos. Las enfermeras perciben una falta de equidad por parte de la organización a la hora de repartir los recursos de formación, y perciben una mayor generosidad hacia los médicos. Perciben una falta de interés en la formación de enfermería.

*DUI7, "La empresa necesita enfermeras cualificadas, formadas, la empresa debería incentivar la formación, cosa que no hace. De mí depende mi formación individual de cuando y como yo la quiera hacer, no entiendo... a lo mejor la empresa y la dirección de enfermería no le interesa tenernos más formadas...es que no lo sé por qué no apuestan por la formación de enfermería. Si yo tuviera una empresa querría que mis trabajadores tuvieran todos los conocimientos y bien formados. Y si la gente me pidiera un curso o una jornada se lo daría, y eso aquí no se hace. Solo van las enfermeras de referencia y a las demás no se nos dio el día para poder ir. Al médico, desde siempre se les ha dado y a enfermería no lucha suficientemente por las enfermeras”* (Enfermera asistencial, 47 años)

## 2.- Percepción de las enfermeras gestoras

Ante estos discursos de los profesionales, preguntamos a las enfermeras gestoras, ellas mejor que nadie nos podrían explicar las expectativas de la empresa en relación con la enfermería.

Alguna piensa que enfermería es un pilar fundamental en el hospital y que sin ella los centros no funcionarían, aunque reconocen que son los facultativos los que tienen poder de decisión y son los que dan las órdenes a las enfermeras.

*G2. "enfermería es el pilar fundamental en el que se apoya el hospital para sacar el trabajo diario. Sin la enfermería el hospital no funcionaría. Los médicos tienen más poder de decisión, son muy importantes, pero enfermería es la que saca la faena que ellos ordenan,... ¿Quién la haría si no!"..."incluso el Dr... (Director del centro), que es médico que sin enfermeras no puede vivir, ¿vale? Eso lo tiene claro ”(Directora enfermería, 49 años)*

Las empresas reclaman de enfermería un trabajo eficiente y que ofrezca un servicio de calidad a los pacientes para que estos estén satisfechos.

*G4. "La dirección quiere que las enfermeras hagan su trabajo bien hecho, con calidad, con seguridad, que estén satisfechas y están bien, porque si están mal esto se transmite, yo ya intento explicarles cómo está la situación, la crisis,... La empresa necesita de ellas, lo que ya están dando, que los pacientes salen bien atendidos, contentos de la estancia,... Quieren que atiendan bien al paciente, que trabajen en seguridad clínica y calidad”* (Supervisora, 53 años)

Entienden que el incremento tecnológico, el cambio de tipología de los pacientes, la reducción del tiempo de estancia y el sistema de pago por altas hospitalarias, que se lleva a cabo desde el Departamento de Salud, es un hándicap para enfermería

*G1. "Necesita el todo, el hospital sin enfermeras no tiene sentido, pero lo que quiere es que mimen al enfermo y lo cuiden... "El sistema nos ha llevado a un cambio de roles, antes realizaban más cuidados a los pacientes, pero ahora el sistema nos pide otro tipo de roles más tecnológicos. Y por otro lado el paciente también ha cambiado, antes podías preguntarle sobre su vida, qué alimentos toma... y estar con él, ahora vienen a hacer una cura concreta o que le cures de un proceso determinado y se marcha, no quiere tantos consejos ni adaptaciones, ellos tienen su médico y su enfermera en el área básica que les lleva habitualmente y nosotras en el hospital, ese rol autónomo se nos ha quedado limitado. El rol está más medicalizado, es un señor que tiene una fractura de cadera pero me tengo que limitar a revisar la herida quirúrgica, a mirar puntos de presión, a controlar la higiene y que coma y cuanto más rápidamente lo podamos enviar para casa mejor porque esa cama se necesita para otro, el sistema sanitario manda y la rentabilidad de las camas es prioritario, antes se cobraba por tiempo de estancia en el hospital...tantos días de ingreso, tanto dinero y ahora se cobra por altas y hay que hacerlo, rápido, bien y seguro y nosotras nos hemos adaptado a esto y en este proceso hemos perdido ese rol autónomo del cuidado integral, que a lo mejor en el hospital no debe ser cuidado integral, sino que este sería más de la primaria y tener una buena coordinación entre la enfermera de primaria y de hospital para informarse unas a otras. Son como diferentes roles enfermeros y cada rol tiene su función" (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

Alguna supervisora piensa que la dirección de enfermería debería servir para canalizar y dar respuesta a las necesidades de los profesionales, pero en ocasiones las perciben como un obstáculo y no como una ventaja. Observan que los presupuestos no se reparten de forma equitativa entre todas las necesidades del centro, sino que hay algunas categorías profesionales que se ven beneficiadas en detrimento de otras.

*G5. "Aquí hay una dirección médica y un estamento médico que nunca podrá entender...la dirección quiere y pretende y a veces no tiene más cojones que claudicar y darnos a nosotras alas, pero es como si no fueran capaces de empatizar con nosotras, de llegar a nuestro interior,...no sé... son muy paternalistas profesionalmente hablando. Es verdad que los médicos han ido dejando el paternalismo para ser más autonomistas, pero la dirección, es como si fuésemos las criadas... las secretarias, no digamos criadas, las secretarias de una dirección. Hace 4 años se incorporó una dirección de enfermería, que nosotras esperábamos como un poco de puente de hacer saber nuestras necesidades. Antes era directa la comunicación con la dirección del centro, que era y es médica, y creo que era más fácil. Antes hacíamos y deshacíamos, y sabías que a veces te metía bronca, pero era nuestra responsabilidad. Ahora*

*tenemos un tope más, ahora hay que pasar otro filtro y aún es peor. Todas las supervisoras llevábamos más de 15 años y esperábamos la figura de la dirección de enfermería como algo muy importante que nos permitiría solventar muchas de las necesidades que teníamos y darnos más,...y la verdad es que ha sido al contrario (rie), sí que ella entiende las necesidades, pero sigue habiendo esa cosa tan fuerte...que no... deja... vamos haciendo...y lo hemos hablado muchas veces con ella...pero... no hay manera. Nos regimos por un presupuesto, no se puede ampliar por aquí, sin embargo sí se puede ampliar con otras...médicos... nosotras llevamos mucho tiempo en la gestión y no nos vale que nos digan que no hay dinero, porque sabemos que se amplían otras cosas y sí hay dinero...a lo mejor se tendría que aplicar el principio de justicia o equidad y a lo mejor yo entiendo que sea necesario comprar el TAC de última generación, es normal, el paciente tiene que tener el servicio, pero tampoco te estoy pidiendo yo... si se pone en marcha el TAC y se amplía la cartera de servicios, habrá que ampliar personal...no? Ya no podemos asumir más carga de trabajo...pues sí. Prima más la gestión económica que...”*  
(Supervisora, 43 años)

Incluso en algún caso, según nos comenta una informante, la misma Dirección médica está mediatizada y manipulada por los facultativos, que tienen el poder y el control de los centros.

*G6. "Gracias a las enfermeras funciona el hospital, no sólo este, sino todos... actualmente tú pon una enfermera delante de un proyecto, que te funcionará aquel proyecto, si las empresas pusiera enfermeras...por esto ahora, en todas partes funcionan las enfermeras gestoras de casos, porque solucionan... Yo desde que estoy aquí he tenido buena relación con la Dirección médica, y yo no soy de las que va lloriqueando y pidiendo, no sé qué, pero hay veces que le digo “Coge la escopeta y mata a alguien, eres demasiado permisiva”, porque a nosotros nos dicen por aquí, y esto es una ventaja en enfermería, por mucho que remuguen, si dices “que se ha de hacer esto...”, “Jo, ya está bien,...”, “esto va a costar mucho...”...¡pruébalo! Y lo pones en marcha y lo hace la gente, sí que tienes que ir controlándolo, como todo tienes que hacer observación, midiendo resultados, para que puedas demostrar que lo estás haciendo bien, pero la gente, normalmente sigue...pero la parte médica no es así. Aquí cada uno tiene montado su chiringuito y que no se lo toquen”* (Directora enfermería, 56 años)

Es decir, las responsables de enfermería entienden la importancia fundamental del rol enfermero en los hospitales. Las empresas están reclamando al colectivo un trabajo eficiente y de calidad que ofrezca buen servicio a los pacientes y mejore su satisfacción, pero perciben la existencia de barreras presupuestarias, organizativas y de gestión que están condicionando su capacidad de desarrollo y las está situando en un papel secundario e invisible en los centros sanitarios.

### **5.3.7.2.- Expectativas de las enfermeras respecto a la empresa**

#### *1.- Percepción de las enfermeras*

Una vez sabemos cuáles son las expectativas de las empresas en relación a enfermería, veamos ahora cuáles son las expectativas que enfermería tienen en relación a la empresa.

Algunas reclaman a la empresa reconocimiento y respeto por el trabajo, y mejorar la comunicación entre las enfermeras y la dirección. Piensan que una comunicación eficaz generaría un reconocimiento hacia las enfermeras, y que si no existe esta comunicación es por intereses espurios de las supervisoras que temen perder su puesto de trabajo.

*DUI1. "...quiero que algún día me den las gracias por el trabajo que hago, simplemente una palmadita en la espalda...que reconozcan el esfuerzo que todas estamos haciendo...de todas formas creo que la Dirección del centro no se entera de la situación en la que estamos. Nosotras, si tenemos un problema, lo comentamos a la super y ella, en teoría debería informar a la dirección...igual que si hacemos alguna cosa bien, también debería informar...tal vez así la empresa se enterara de lo bueno y lo malo que hacemos... Pero el problema es que las supers no hablan de estas cosas con la dirección, si son cosas malas, la dirección podría pensar que ella no está haciendo las cosas bien y echarla, y si son cosas buenas...no sea que alguna de nosotras le haga sombra y le quite el puesto...es decir, tampoco lo dicen. Los médicos como tienen línea directa con la Dirección, pues están más reconocidos por ella y por tanto tienen un peso específico en la empresa... Falta comunicación de la enfermería de base con la Dirección, porque otra cosa...de arriba sólo nos llegan cosas negativas...este indicador ha salido mal ... y hay que mejorarlo...es decir...más trabajo. Hay una queja de no sé qué...más trabajo...es decir, todo lo que llega de arriba son broncas" (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI3. "Yo creo que la empresa no reconoce el trabajo de enfermería, creo que debería reconocerlo un poquito más, sí... un poquito más. No recibes algo que digas...mira que bien...por parte de nuestra jefa, sí, porque nos enseña los comentarios de la gente, si han estado contentos, esto si...o la acreditación que hicimos el otro día, nos informó de que tuvimos muy buena puntuación...todo, pero el jefe, jefe, no ha venido a felicitar y a darnos la enhorabuena porque ha salido todo perfecto, sí que lo colgaron en internet" (Enfermera asistencial, 29 años)*

*DUI10. "No hay reconocimiento, ni por las compañeras, ni por los médicos, ni por la institución" (Enfermera asistencial, 36 años)*

Reclaman una formación adaptada a las necesidades de las enfermeras y proporcionada por enfermeras y no por médicos.

*DUI2. "La empresa debería formar a las enfermeras, pero muchas veces(la formación) te lo da un médico...y sí que es una persona de la que puedes aprender...pero ...pero ya estás partiendo*

*de que esos conocimientos solo los sabe él (...)a diferencia de que nos juntáramos unas enfermeras de un centro y cada semana pues haces...no sé, sería diferente...pero...no sé si es el sistema el que... el que te impide hacer más... formaciones y...a lo mejor ya les va bien que no sepamos más (sonríe) ...no sé” (Enfermera asistencial, 22 años)*

Demandan a la empresa unos ratios enfermera/paciente adecuados que permita llevar a cabo los cuidados de enfermería

*DUI7. "Unos ratios enfermera paciente adecuados en relación a las necesidades de la planta, es decir que tú puedas cuidar adecuadamente, que el paciente se podría ir más satisfechos, podríamos cuidar mejor de lo que lo hacemos” (Enfermera asistencial, 47 años)*

Reclaman mejoras laborales que les proporcionen cierta tranquilidad y estabilidad.

*DUI6. "pero a pesar de que la empresa no nos cuida, el trabajo lo hacemos bien, no nos da lo que nos debería dar, debería cuidarnos un poco más. Si nos cuidaran conseguirían más de nosotros y cuidarnos con horarios, con contratos medio decentes que te dé un poco de tranquilidad para afrontar los pagos que tienes...deberían explicarnos el planteamiento que tienen con nosotros, cuánto durará el contrato” (Enfermero asistencial, 32 años)*

Espacios de participación donde enfermería pueda hacer propuestas y ser escuchada

*DUI8. "Las barreras, no sé lo que lo impide, creo que la empresa no te da espacios para participar, según qué cosas vienen impuestas y entonces... si no participas, no se te escucha, no hay reconocimiento,... pues... yo creo que hay pocos espacios para participar... a nivel de comisiones van supervisoras, pero enfermería de base, bien poca y también a nivel de servicio, por ejemplo que se haga una sesión mensual donde puedas participar y hacer propuestas...no hay ese espacio. Hacíamos sesiones hace años, pero ahora no” (Enfermero asistencial, 48 años)*

Es decir, están reclamando a la empresa, reconocimiento a su trabajo y su esfuerzo, formación adaptada a las necesidades, unos ratios adecuados, estabilidad laboral y espacios de participación.

## *2.- Percepción de las enfermeras gestoras*

Las enfermeras gestoras deberían tener conocimiento profundo de estas demandas del colectivo, puesto que ellas son el eslabón intermedio entre los profesionales y la dirección, y son las encargadas de comunicar a ésta las necesidades.

Alguna de ellas, aunque titubea en su respuesta, piensa que lo que necesitan las enfermeras de la empresa es mejorar los ratios y la presión asistencial, pero confía en la capacidad de adaptación para seguir trabajando.

G2. *"Enfermería... no sé lo que necesitará de la empresa... supongo que lo que reclama siempre es poner más personal de enfermería para no tener tanta carga asistencial, la verdad es que hay mucho trabajo y...pero bueno, ellas son potentes y se adaptan a las circunstancias, enfermería es así y siempre será así. Nos adaptamos a todos los tiempos"* (Directora enfermería, 49 años)

Otras piensan que lo que necesitan las enfermeras es estabilidad laboral, mejorar los ratios, trabajo en equipo, comunicación, participación en las decisiones de la empresa y contar con unos líderes que marquen objetivos claros

G1. *"Más enfermeras y más estabilidad laboral, conciliación laboral y personal. Más que mejorar la participación en las decisiones en la empresa lo que necesita son buenos líderes, que lideren bien, que marquen objetivos yo creo que enfermería no quiere participar en la empresa, sino, tener buenos líderes que te marquen objetivos claros. La empresa debería, además de mejorar los ratios, establecer una líneas estratégicas claras informando, mejorando los canales de información, yendo a pie de unidad, que esto lo podrían hacer los mandos intermedios, por parte de los médicos exactamente igual, establecer una relación más cercana y promover el trabajo en equipo,... no es lo mismo ir a una sesión de muebles cuando no te has enterado de nada, es que nosotras hemos perdido poder por no estar donde deberíamos estar"* (Enfermera responsable calidad, 53 años)

G6. *"Que vean que se apuesta por ella para liderar temas y proyectos...un reconocimiento"* (Directora enfermería, 56 años)

Algunos observan el reconocimiento, poder y privilegios que tienen los médicos en la empresa, y reclaman un trato equitativo para enfermería y no ser vistos como unos profesionales al servicio de otros

G9. *"Más reconocimiento, cuando se habla de la empresa, se habla de los médicos, médicos, médicos, se les dan privilegios a los médicos, todo rueda alrededor de los médicos y hay una gran diferencia de trato entre unos y otros a nivel laboral, entendiéndolo que el trabajo de unos y de otros es distinto y entendiéndolo que los horarios de enfermería deben ser más rígidos ya que han de estar las 24h, pero a unas se les controla los horarios y los otros hacen lo que les da la gana, hay mucha diferencia y cada vez se ve más diferencia"* (Ex-directora enfermería, 59 años)

G7. *"Es verdad que la empresa prima las necesidades y el reconocimiento de los médicos que de la enfermería. Ya se sabe que un hospital sin las enfermeras no puede funcionar, pero todo lo que el hospital necesita para tener un ingreso, va entorno a la asistencia médica, por tanto los médicos en esto tienen la paella por el mango. ¿Qué tendría que hacer enfermería para estar al mismo nivel?, pues no te lo sé decir... yo recuerdo que hace años la dirección de enfermería estaba separada de la dirección médica, ahora está por debajo de ella y eso puede influir... es que no pasaremos nunca de ser los segundos del médico, creo que esto ha sido así, es así"*

*seguirá así. En hospitalización el trabajo enfermero va ligado a las decisiones de los médicos”*  
(Supervisor, 47 años)

*G8. “Ser reconocida como estructura autónoma de trabajo. Enfermería no son unos profesionales que pones al servicio de otros profesionales para realizar unas tareas, sino que para realizar una cierta actividad, se necesitan médicos, enfermeras, administrativos. Nosotros tenemos nuestro cuerpo de conocimientos profesional”* (Supervisor, 52 años)

Podemos ver que las responsables de enfermería conocen perfectamente las necesidades del colectivo, ya que como hemos visto, coinciden en las demandas aportadas anteriormente por las enfermeras: reconocimiento a su trabajo y su esfuerzo, unos ratios adecuados, estabilidad laboral y espacios de participación.

### **5.3.7.3.- Invisibilidad enfermera en la empresa**

Dado que el tema de la falta de reconocimiento y la invisibilidad era unos de los puntos clave de las demandas enfermeras, hemos querido profundizar sobre el tema y escuchar sus opiniones.

#### *1.- Percepción de las enfermeras*

Algunas se sienten frustradas ante la falta de reconocimiento de la empresa, sienten que son profesionales formados capaces de hacer aportaciones que permitan una mejora de la calidad asistencial.

*DUI1. “Pues eso, que no nos tienen en cuenta para nada,...así va todo, la empresa por un lado, los médicos por otro, las enfermeras por otro,...así no se trabaja a gusto...tienes una sensación de frustración... nosotras estamos formadas, tenemos una buena base de conocimiento, además no paramos de formarnos continuamente, además tenemos experiencia, conocemos el hospital, el sistema de trabajo,... son muchos años trabajando... y ver que lo único que esperan es que no hagas ruido, que no te quejes,... pues claro que te sientes frustrada.... no deberían dar por sentado que los únicos que pueden aportar algo son los médicos, deberían venir a la planta y ver cómo trabajamos las enfermeras, que vieran que estamos formadas para poder hacer más cosas de las que habitualmente hacemos...que somos capaces de innovar, de aportar ideas nuevas que mejoren la asistencia al paciente, darnos más responsabilidades...”*(Enfermera asistencial, 52 años)

El contacto directo y continuo con los pacientes les proporciona un punto de vista estratégico a la hora de detectar sus necesidades reales, y esta información y conocimiento, debería ser incorporado a los proyectos y planes de cuidados con el objetivo de hacerlos más eficientes y mejorar la calidad

asistencial, pero el ignorar las aportaciones de enfermería por parte de la organización, crea frustración y sentimiento de impotencia.

*DUI1. "... nosotras estamos día a día al lado del paciente y en la planta, sabemos los entresijos mejor que ellos, podríamos aportar otro punto de vista en los proyectos, el punto de vista más real y no tan pragmático que dan ellos y que después no se puede poner en práctica y si se pone, siempre es con la actuación médica como protagonista y nosotras como ayudantes... es que en realidad somos las protagonistas, las que hacemos todo el trabajo y después son ellos los que se llevan los méritos y las palmaditas en la espalda... no nos dejan que se nos reconozcan los méritos....con esta situación te frustras, te enfadas,...lo asumes y al final aunque por un lado piensas...que le den!...voy a hacer mi trabajo y me voy a casa sin implicarme más,... pero por otro lado te sabe mal por el enfermo y acabas haciendo lo que te ordenan y más, y te vas a casa y sigues dándole vueltas a la situación...no desconectas..."* (Enfermera asistencial, 52 años)

*DUI10. "Aquí no pintamos nada, solo quieren que hagamos la faena y nada más"* (Enfermera asistencial, 36 años)

*DUI11. "Yo creo que se debería tener más en cuenta las propuestas de enfermería"* (Enfermero asistencial, 28 años)

Se sienten un colectivo amplio y mayoritario sin capacidad de voz, silenciadas por los médicos y supeditadas a ellos

*DUI6. "Yo creo que hasta la directora de enfermería es un mandada, no creo que tengamos voz ni voto. El hospital es médico, el gerente, médico, el director, médico y ellos son los que cortan y deciden y los responsables de enfermería nos informan de las decisiones impuestas por los demás, no tenemos ese poder, ese poder no es nuestro y es una pena porque somos 750 y los médicos son menos"* (Enfermero asistencial, 32 años)

*DUI8. "A nivel estructura somos mayoría, pero no se la tiene en cuenta para nada... además fíjate, antes teníamos una directora de enfermería, ahora tenemos una directora de curas pero totalmente supeditada a la dirección médica"* (Enfermero asistencial, 48 años)

## *2.- Percepción de las enfermeras gestoras*

Quisimos hablar con nuestras informantes responsables de enfermería para ver si eran conscientes de esta situación, y saber qué estrategias estaban llevando a cabo para subsanarla.

Con una de las directoras de enfermería tuve una conversación elocuente que por lo interesante que es incorporo de forma literal:

- ¿Crees que la empresa (dirección) le da la importancia que necesita a la enfermería?
- *G2. Silencio* (Directora enfermería, 49 años)



- ¿Que se podría hacer para darle más protagonismo?
- ... si hablamos a nivel local, de aquí y de hospital... tenemos claro, incluso el Dr... (director), que es médico, que sin enfermeras no puede vivir, ¿vale? Eso lo tiene claro. Si decimos a nivel de gestión ya más alto, de consejos de dirección y esto... (silencio)... yo creo... que enfermería está aún en un segundo plano. Primero va el tema económico, la actividad del centro,...damos importancia a unas cosas y enfermería queda en un segundo plano. (Directora enfermería, 49 años)

Insisto en el tema y la pongo en la tesitura de tener que cambiar esa situación de segundo plano en enfermería, y darle más protagonismo.

- Imagínate que eres la directora del hospital, ¿qué harías para que enfermería dejara de estar en ese segundo plano?:
- G2. "¿Qué necesitaría?, ¿qué me gustaría para enfermería?" Se pregunta ella en voz alta: (silencio). (Directora enfermería, 49 años)
- Insisto. ¿Qué necesitarías?
- G2. Silencio (21 segundos de silencio) (Directora enfermería, 49 años)
- ¿Dónde le darías luz a enfermería? ¿Dónde la harías brillar más?
- G2. Silencio(Directora enfermería, 49 años)

Insisto reiteradamente para obtener una respuesta.

- Si tú ahora me dices que el 70-80% de su trabajo es delegado, no sé, te estoy dando ideas, ¿cómo bajarías ese porcentaje a favor de tareas independientes? y además esa invisibilidad que tiene lo voy a cambiar por protagonismo y voy a hacer que las enfermeras... (dejo la frase sin terminar para que ella siga....).
- G2. 15 segundos más de silencio (Directora enfermería, 49 años)

Por fin me contesta culpabilizando a los médicos de la situación, pero sin saber darme estrategias.

- G2. "Es que muchas veces el problema es la relación con el médico, lo fácil sería poder quitar a según qué piezas del hospital, (se ríe)... claro, es así de fácil...eso es lo más rápido que te diría, quitar a según quien..." (Directora enfermería, 49 años)

Piensa que en hospitalización el poder es médico, y éste no tiene en cuenta la opinión ni el criterio de la enfermera.

- G2. "Yo pienso... que por ejemplo todo lo que es hospitalización tiene mucho poder el médico yo creo que aquí habría, a lo mejor, que dar más protagonismo a enfermería a la hora de decidir, porque muchas veces, por ejemplo, ellos piden pruebas a todo el mundo un montón de pruebas, enfermería, pues lo de siempre, a lo mejor le dice este señor tiene 88 años, ¿por qué le vamos a hacer tantas

*pruebas, si no le vamos a hacer nada después? entonces, a lo mejor es no dar tanta potencia a las decisiones médicas y dejar pues a la persona que está allí cuidando... yo creo que si se oyera más a enfermería cambiarían cosas" (Directora enfermería, 49 años)*

La otra directora entrevistada, culpabilizaba de la invisibilidad enfermera a la actitud pasiva del colectivo

*G6. "... Pero si hay gente de base que quiere participar en comisiones, lo puede manifestar, y participar en proyectos y estirar a la gente para que las cosas funcionen mejor,...no sé cómo se siente la gente,...todo el mundo querría tenerlo todo, es igual que lo que te decía de la formación,...no nos dan formación!...a ver, formación hay, toda la gente que ha pedido hacer formación de postgrado, a todo el mundo se le ha aprobado, o sea, se le ha facilitado a todo el mundo que lo pide. Hay gente que se queja, pero, qué te crees que te lo van a traer a tu casa, te has de mover, la gente se queja, es que a mí no me dicen...es que te has de mover, vete cada vez que hay una sesión de las que se hacen a nivel de hospital, hay gente nueva que siempre van a todas las sesiones, que participan en todo lo que se hace y fuera del horario de su trabajo,...pero esto depende de la persona, hay otras que no las ves nunca (...) Se hicieron unas jornadas nacionales de ciencias de la salud interdisciplinario, estaba médicos, fisios, dietética y psicólogos, todos menos enfermería...que más quiere que te diga....eso lo resume todo" (Directora enfermería, 56 años)*

Otras enfermeras dedicadas a la gestión, coinciden con lo anterior. Responsabiliza a la actitud pasiva del colectivo de esta situación, aunque reconoce la falta de liderazgo enfermero como un problema importante.

*G1. "Creo que es un problema de actitud, porque a pesar de que no tenemos esos líderes motivadores, tampoco sale de nosotros el buscar retos motivadores y nos limitamos a lamentarnos,... ¡nadie nos tiene en cuenta!... Es un problema de actitud colectiva... yo a nivel individual puedo pensar que estoy haciendo muchas cosas, pero cuando nos juntamos, pensamos, podríamos hacer esto o lo otro, y realmente cuando nos juntamos siempre sale alguna idea buena de poder hacer cosas nuevas, lo que pasa es que también nos falta ese espacio para poder compartir, nos hacen falta foros de discusión tanto a nivel interno de centro como a nivel macro de profesión, por ejemplo, cuando haces un grupo focal, todo el mundo habla, mira lo que nos pregunta, mira pues yo pienso esto o lo otro, la gente aportaba sus ideas, ahora no. ¿Cuánto tiempo hace que no hacemos una sesión general de enfermería? Mucho tiempo. Antes, con la otra directora se hacían cada jueves sesiones y acudían más o menos personas, pero al menos había un espacio de reflexión, lo que está claro es que un tema promovido desde arriba, no tendrá nunca el mismo éxito que si está promovido desde la base, antes se hacían sesiones y cada mes se promovía desde un servicio y la gente iba, la gente se preparaba el tema y la gente iba" (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

*G8. "Para que la empresa tuviera más en cuenta a las enfermeras deberíamos perder ese rol proletario que tenemos, la enfermera no es una obrera que pica piedra, tiene unos*

*conocimientos, unas competencias, un área de conocimiento y yo creo que deberían hacerse valer más en este tema. Hay que potenciar mucho la formación interna...lo que pasa es que esto no está bien visto, porque requiere recursos, que no tenemos. Así la gente se daría cuenta realmente de cuál es su rol, las cosas no se hacen porque sí, sino que tienen una razón y hay que saber esgrimir las razones y trabajar según los protocolos, según las evidencias científicas...haz las cosas por un motivo concreto y específico... hay que formar a la gente y explicarle las cosas. Y ha de ser una formación muy cuidadosa...específica... en los servicios hay una sensación de letargo, de rutina, de dejadez, de siempre igual...tanto trabajo...vale...pero vamos para delante y lucha, hay que cambiar las cosas y tirar y trabajar” (Supervisor, 52 años)*

O ven una barrera en la misma dirección del centro que no promueve la participación de las enfermeras en espacios en los que pudiera hacer sus aportaciones

*G4. "Yo creo que parte del problema que tenemos, se solucionaría si la propia empresa fuera la que pusiera enfermeras en algunas reuniones en las que se toman decisiones, a lo mejor los médicos nos verían de otra forma y entrarían más a trabajar en equipo y saber escuchar a enfermería..., y si los médicos vieran que la dirección involucra a enfermería en toda la toma de decisiones, los médicos verían que no tienen más remedio que se debe trabajar así, pero.... Aquí no pasa esto” (Supervisora, 53 años)*

O ven problema en la gestión del centro donde impera el mercantilismo antes que la atención al paciente o el de los profesionales

*G5. "Por importancia para la dirección es la gestión económica, después la atención al usuario y por último los profesionales...pero dentro de estos también hay prioridades...los últimos son los profesionales de enfermería y administrativos” (Supervisora, 43 años)*

Lo que queda claro es que en aquellas comisiones de trabajo donde participa, no lo hace de forma paritaria con otras categorías profesionales, que son capaces de menospreciar la formación de los profesionales de enfermería.

*G9. "Enfermería no participa equitativamente en los órganos de decisión de la empresa, por ejemplo, en la junta facultativa, se consiguió que al menos la directora de enfermería pudiera asistir, ahora entra alguna super, pero en proporción... ellos están todos los jefes de servicio, que menos que todas las supervisoras pudieran estar, pero no, sólo hay un representante. Uno de los temas era porque los médicos no consideraban a las enfermeras facultativas y por eso no querían que estuviéramos, según ellos, facultativos solo son ellos. Todos estamos facultados, los que tenemos una profesión y podemos tomar decisiones estamos facultadas y la enfermera toma muchas decisiones cada día y estamos facultadas” (Ex-directora enfermería, 59 años)*

Otra de las barreras que detectan los gestores, es que la empresa, en el caso de las enfermeras, no reconoce las horas de reunión como horas trabajadas. Enfermería debe invertir parte de su tiempo personal en la asistencia a reuniones.

*G7. "En las comisiones, la enfermería de base está representada, pero estas horas no se libran a las enfermeras, entonces deben acudir fuera de las horas de trabajo y muchas deciden no asistir, porque esas horas luego no se las devuelven y entonces no van. Podrían estar en la comisión de seguridad, en la de infecciones,..., pero... el problema es este, antes si se devolvían las horas, ahora no. Y yo lo entiendo totalmente, es normal que la gente no vaya, es incluso en las sesiones de formación, que si se hacen fuera del horario laboral, la gente no va. La gente está cansada de hacer más horas para que luego no se reconozcan" (Supervisor, 47 años)*

La falta de cohesión y de identidad, la baja autoestima y autoimagen que caracteriza al colectivo, lo hacen totalmente vulnerable ante esta situación, y de ella se nutren empresas e instituciones sanitarias estatales, con el objetivo de dar poder y legitimidad al estamento médico, dejando de lado, invisible y sin voz a la enfermería, o como mucho, y volviendo a ese paternalismo imperante, le "permite" participar en algún foro informativo sin carácter decisorio (Creus 2002a).

En resumen podemos decir que en relación a la invisibilidad de las enfermeras en los centros, las directoras piensan que el poder es médico y éste no tiene en cuenta la opinión ni el criterio de la enfermera, responsabilizando de la situación a la actitud pasiva del colectivo y sin estrategias de futuro que mejoren la situación.

Las supervisoras coinciden con el hecho de responsabilizar al colectivo de la invisibilidad como consecuencia de su actitud pasiva de esta situación, aunque reconocen algunas barreras que podrían influir, como la falta de liderazgo, una dirección de centro que dificulta la asistencia de enfermería a los espacios de decisión y la gestión mercantilista de los centros.

### **5.3.7.3.- Papel y función de los líderes de enfermería**

Como hemos comprobado anteriormente, una de las piezas clave para impulsar el desarrollo y la visibilidad de enfermería son los líderes, entendiendo como tal a supervisoras, responsables, coordinadoras y dirección de enfermería. Veamos cuál es el rol que enfermería da a estos actores dentro del sistema.

#### **1.- Percepción de las enfermeras**

Algunas enfermeras creen que el papel de los líderes es mantener su puesto y no les importa lo que ocurra en la base.

*DUI1. "El objetivo final de las supers, es no perder su puesto y hacen todo lo posible para quedar bien con la empresa, que piense que todo funciona bien, por eso no informan de las cosas...se dedican a papeleo, generalmente no las ves, antes era diferente, porque estaban en el servicio, las veías y si tenías algún problema podías comentárselo, ahora como no las ves....no tienes a quien decirle nada...te sientes sola, como que no importas a nadie, solo importa que trabajes"* (Enfermera asistencial, 52 años)

*DUI10. "Ellos van a su bola, solo quieren mantener su silla y aceptan cualquier cosa. No luchan por la enfermería"* (Enfermera asistencial, 36 años)

Piensan que deberían ser el nexo de unión entre la empresa y la base, permitiendo el correcto desarrollo de sus funciones, haciendo que las relaciones sean fluidas, escuchando y trasladando a la dirección sus necesidades e ideas. Piensan que el papel de las supervisoras es conseguir un sistema de trabajo favorable para las enfermeras, y eso se consigue teniendo una buena relación con el personal. Se quejan de que la comunicación descendente sólo tiene carácter punitivo.

*DUI1. "Pues, como su nombre indica, supervisar, ver que no nos falten recursos para poder trabajar, que la relación con los médicos y otros profesionales sea más fluida, escucharnos en caso de necesidad,...todo eso... deberían ser un punto intermedio entre los médicos y nosotras y entre la empresa y nosotras...a veces proponemos algún proyecto de mejora con la intención de optimizar alguna cosa y lo que deberían hacer es hablarlo con la dirección para ponerlo en marcha, nadie mejor que nosotras que estamos al pie del cañón sabe cómo funciona todo y como mejorarlo. Pero ellas van a su aire, siempre de reuniones con la dirección y luego para nada, no nos tienen en cuenta...no merece la pena pensar en cómo mejorar, porque no sirve de nada, según ellas es mejor trabajar y no hacer ruido,... no te quejes... no pidas... nada...A mí me gustaría que la supervisora, ya que está entre la empresa y el personal, fuera nuestra voz en la dirección, y llevara nuestras propuestas, nuestras necesidades,...todo, pero la comunicación de abajo arriba no funciona en este hospital, la de arriba abajo sí que funciona, las órdenes y las broncas nos llegan rápidamente, pero nuestras peticiones no les llega arriba, se quedan por el camino. Una pena"* (Enfermera asistencial, 52 años)

*DUI8. "Una persona que sepa despertar todo esto en enfermería, que te motive a que te formes, a que investigues, a que promueva... pero en realidad no hacen nada de eso, en general, lo que hacen son temas de ahorro, gestión de recursos, plannings,...pero sinceramente creo que no motivan ni promueven a la gente para que se forme, ni investigue...y también la comunicación falla mucho,... yo si tengo un problema me dirijo a mi responsable...pero...(cara de duda), según mi experiencia, es que no soluciona nada"* (Enfermero asistencial, 48 años)

*DUI2. "Yo creo que siempre que estás por encima de un grupo de personas, lo más importante es la relación que tengas con estas personas, si tú marcas una distancia, probablemente la relación no vaya a buen puerto, en cambio cuando tú....te propones mantener una relación mucho más cercana, hasta el punto que estas personas te puedan transmitir sus inquietudes,*

*sus problemas y todo lo que está surgiendo sin que tú te impongas, o sea, obviamente en algunos aspectos...tienes que tener firmeza con tus decisiones, pero si mantienes esa relación, yo creo que el sistema sería más favorable"* (Enfermera asistencial, 22 años)

*DUI3. "Yo creo que su papel sería defender a las enfermeras y potenciarlas para poder desarrollarse profesionalmente"* (Enfermera asistencial, 29 años)

*DUI6. "Creo que deberían mantener unidos a la gente, un compañero de trabajo y que conozca y cuide a su gente"* (Enfermero asistencial, 32 años)

Algunas se quejan del excesivo trabajo burocrático que estas desempeñan y que les impiden estar más tiempo en la base escuchando a los profesionales.

*DUI5. "Creo que la super hace demasiadas cosas, creo que le han dado una montaña de trabajo burocrático y lo tiene que controlar todo, todo, todo y luego a lo básico de una planta, no se puede dedicar. A veces la encuentras a faltar, porque no puede estar en la planta como nosotros quisiéramos, ...ella debería supervisar la planta y asegurarse de que todo esté correcto, del material que necesitas, de si hay algún problema,..."* (Enfermera asistencial, 43 años)

*DUI9. "Bueno,... hacen mucho trabajo organizativo y.... de recursos humanos y de material, manejan más e tema de recursos...creo que tienen muchas limitaciones, porque tienen muchos estamentos por encima de ellas, si nuestras supervisoras pudieran decidir... ya habrían doblado el número de enfermeras en cada turno, si fuera cuestión de ellas, poro yo creo que tienen un freno ahí, que no pueden...yo creo que al final todo se resume en dinero. Creo que la supervisora podría hacer muchas cosas, ...yo echo de menos poder verla cada día en la planta...para poder explicarle las cosas, los problemas,...muchas veces no le ves el pelo o pasa de largo... es complicado..."* (Enfermero asistencial, 39 años)

*DUI11. "Debe ser una persona que te motive a desarrollar tus competencias... pero no hacen nada de eso, se dedican a temas de presupuestos, gestión de recursos, plannings,...y nada más"* (Enfermero asistencial, 28 años)

En relación a la dirección de enfermería la perciben como un cargo supeditado a las directrices de la organización y no con autonomía de gestión.

*DUI7. "La dirección de enfermería va según los que mandan, a remolque de lo que le dicen. Ahora puedes hacer hasta aquí y según sus prioridades, va haciendo...Creo que la dirección de enfermería al estar en un nivel inferior a la dirección médica, siempre estará supeditada a ella.*

*DUI6. "Yo creo que hasta la directora de enfermería es un mandada..."* (Enfermero asistencial, 47 años)

## 2.- Percepción de las enfermeras gestoras

Por su parte las directoras, piensan que las enfermeras esperan de ellas una representatividad, una visibilidad en la empresa y velar por que los cuidados sean óptimos

*G2. " (Silencio)... buscan en mí, aquel papel de una enfermera, alguien que es como ellas, alguien que puede entender realmente lo que ellas necesitan o lo que ellos esperan, el director, es un director médico y no deja de ser un médico, lo que estamos diciendo, es un médico. Ellos buscan que el papel de la enfermera... esté representado, creo que es eso, que esté representado, ¿me entiendes?... es decir, una visibilidad en la empresa" (Directora enfermería, 49 años)*

*G6. "Velar porque las curas de enfermería sean lo máximo óptimas posibles en todos los aspectos, tanto técnicos como en aspectos del cuidado, velar por las personas, tanto los enfermos como las que dependen de mí y que estén a gusto, que estén...motivadas, que en este momento que vivimos de crisis, y con los recursos que tenemos, hacer las cosas lo mejor posible, intentar poner orden, pero el problema es que no vamos solos, que somos un equipo multidisciplinar y cada uno tiene su parte buena y sus cosas malas" (Directora enfermería, 56 años)*

Una de las gestoras, que con anterioridad fue directora, nos explica cómo eran las cosas antes y el retroceso que se produjo en enfermería en el momento en que las direcciones de enfermería desaparecieron.

*G9. "Estuve 12 ó 13 años de Directora de enfermería y cuando yo lo dejé fue cuando quitaron las direcciones de enfermería y pasamos a estar por debajo de la dirección médica, eso fue una pérdida de poder y volvimos a lo de antes, después de todo lo que luchamos por la independencia de la enfermera para aplicar sus conocimientos y poder hacer su trabajo, volver a lo de antes que la enfermera sólo hace tareas delegadas y no hace nada más, sin tener ningún reconocimiento a su labor, sin tener ningún valor en general. Mi función como Directora era el organizar los servicios de enfermería, procurar por la formación enfermera, la distribución de los recursos, el participar en todas las tareas que se hacían en el hospital conjuntamente con los médicos. Yo me dediqué a que enfermería tuviera un cuerpo propio, una credibilidad una importancia, y esto no gusta" (Ex-directora enfermería, 59 años)*

Algunas enfermeras gestoras determinan que su función es poner unos objetivos claros, cohesionar el equipo y motivar a los profesionales

*G1. "Poner unos buenos objetivos, claros y saber lo que se espera de las enfermeras y explicar hacia dónde va la empresa...creo que es básico. Creo que los líderes tienen que ejercer el liderazgo, es decir, marco estas líneas y vamos a seguirlas, aunque nos equivoquemos, que vayan a una, a luchar por una estabilidad en el equipo. Debería ser un elemento cohesionador y potenciador de las personas. Yo no veo al líder como el padre que te guía y te dice por dónde ir, yo lo veo como aquel que te da elementos para crecer, el que te dice espabila, busca...que*

*necesitas...toma...más el líder como agente de cambio e impulsor..."* (Enfermera responsable calidad, 53 años)

*G3. "Las supervisoras es el elemento clave que vela por el funcionamiento interno del servicio, es la persona que potencia, que anima, que facilita, tiene muchas funciones, no solo hacer planillas y pedidos de material, sino que es la tira del carro en el servicio"* (Responsable de formación, 47 años)

Aunque alguna de ellas prioriza la calidad de la asistencia y la satisfacción del paciente

*G4. "Yo siempre les digo que nuestro principal objetivo es el paciente, no es la empresa, la empresa en segundo lugar. Mi objetivo es que los pacientes salgan bien atendidos, a trabajar con calidad y seguridad y que llegue al paciente, si después repercute en más gasto, ya me lo dirán...y la prueba está en lo que dice la gente y la gente (pacientes) está contenta..."* (Supervisora, 53 años)

Es decir, que por un lado las enfermeras necesitan de las supervisoras un mediador entre la empresa y ellas, un referente al que acudir en caso de necesidad y donde poder exponer sus ideas, y un generador del desarrollo enfermero. Piensan que una buena relación con el personal de base es imprescindible para que el servicio funcione de forma adecuada.

Por otro lado las gestoras están en la misma línea de las enfermeras y parecen tener claro lo que los profesionales esperan de ellas, que es representatividad, visibilidad, cohesión de equipo y promoción del desarrollo de las personas y la calidad de los cuidados.

Sin embargo, a pesar de que las percepciones parecen coincidir, los profesionales se quejan de los líderes no creen en su implicación y los perciben supeditados a intereses espurios o sometidos a los criterios de la dirección.

### **5.3.8.- Papel y función de las instituciones colegiales**

El contar con una organización propia y la autorregulación de la profesión son determinantes para poder hablar de profesión enfermera. La Organización Colegial de Enfermería, tiene carácter oficial. En España existe un Consejo General de la Enfermería Española (con sede en Madrid), Consejos regionales distribuidos por cada una de las Comunidades Autónomas y Colegios profesionales distribuidos por cada una de las provincias.

Los Colegios profesionales se contemplan por primera vez en la Ley General de Sanidad de 1855, sin embargo, no fue hasta 1929 cuando se concedió la colegiación oficial y obligatoria de los practicantes. Un año más tarde, en 1.930, mediante la Real Orden del 7-05-1930 se concede la colegiación oficial a las



matronas. Las enfermeras, por su parte, no podrán agruparse en colegios oficiales hasta la Ley de Bases de Sanidad de 1.944.

Los Colegios Profesionales de Enfermería se definen en su artículo primero de sus estatutos, como corporaciones de derecho público que están amparadas por la Ley y reconocidas por el Estado y las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias, con personalidad jurídica propia, plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. Estos fines esenciales de los Colegios son:

- la ordenación del ejercicio de la profesión de enfermería en el ámbito de su competencia y en todas sus formas y especialidades
- la representación exclusiva de esta profesión y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados

Pero a pesar de este entramado institucional "Las enfermeras se ven a sí mismas como un colectivo muy poco corporativo y entienden que la falta de avance en determinados campos, como el de la licenciatura, se debe precisamente a este sentido de insuficiente pertenencia a una corporación" (Creus, 2002a:417)

Los colegios como institución, deberían ser generadores de identidad profesional. Una vez se incorporan las enfermeras noveles al entorno laboral, estas comienzan a tomar conciencia de su identidad profesional y se sienten parte de un colectivo con objetivos comunes, pero también perciben las situaciones que limitan el desarrollo de la práctica profesional. Es cuando sienten la necesidad de luchar contra esas situaciones limitantes y se dan cuenta de que ni las enfermeras toman iniciativas al respecto, ni los colegios profesionales luchan por sus intereses profesionales.

Hemos preguntado a nuestros informantes, cual es el papel que desempeñan los colegios. Nos comentan que están colegiados, pero no reconocen claramente cuál es la función de éstos:

*DUI4. " Yo el papel del colegio no lo sé, yo creo que es como tener un seguro que te cubre en caso de alguna incidencia" (Enfermera asistencial, 27 años)*

*DUI5. "... debería dar cursos, formación, no voy mucho y no lo tengo claro. Creo que deberían luchar por la profesión, y quiero pensar que lo hacen, pero nosotras somos poco luchadoras" (Enfermera asistencial, 43 años)*

*G7. "(silencio) no sé,... deberíamos hacer más publicidad a las cosas que hacemos y eso no se hace...los colegios,...deberían ser los encargados (...) Los colegios, no he entendido el papel que tienen, yo si no fuera porque hay que pagar no estaría en él" (Supervisor, 47 años)*

*G1. "los colegios deberían estar ahí para recordar al sistema que enfermería existe y que estamos ahí haciendo unos cuidados, haciendo unas técnicas" (Enfermera responsable calidad, 53 años)*

G4. *"El papel de los colegios de enfermería,... no te sé decir bien cuál es su función ni qué están haciendo"* (Supervisora, 53 años)

G9. *"nos hemos preocupado de otras cosas pero no de vendernos, nos hemos preocupado de cambiar grados, los modelos de enfermería,... y nos hemos preocupado poco de vender lo que realmente estamos haciendo. Los colegios deberían hacer esto y los nuestros despuntan poco, tu escucha al presidente del colegio de médicos y van aquí y allí, los de enfermería no van a ningún sitio"* (Ex-directora enfermería, 59 años)

Vemos que las enfermeras, aún sin tener claros los objetivos del colegio, saben percibir en sus funciones algún aspecto de formación, de imagen profesional y visibilidad del colectivo.

Las enfermeras docentes son más explícitas en la descripción de funciones: velar por las competencias profesionales, defensa del colectivo, mejorar los ratios profesionales:

D1. *"Uno de los papeles de los colegios sería poner a la enfermera en su sitio y tendrían que ser ellos los que utilizaran los medios de comunicación para hacer este lanzamiento de la enfermera y luego deberían velar por las competencias de la enfermería y que estas se desarrollen. Deben defenderlas en todas partes, no pueden permitir... tienen que ver, ¿Cuántas enfermeras son necesarias en esta unidad? Y ellos tienen que velar por esto... no entiendo que tanto hacer formación...que la formación la tiene que hacer la universidad, si no velar por las competencias y que las instituciones, ellos tienen que luchar a nivel político para cuidar a tantos enfermos...en Suiza cuidan de 8 enfermos y van estresadas, o en Suecia van estresados y cuidan a 5, pero hacen cuidados de los que hemos hablado...estar con el paciente, escuchar...las técnicas, pero están con el paciente y a veces 5 les parece mucho...y aquí llevan 17...para esto debe trabajar el colegio, para que las competencias se desarrollen y pactar el número de enfermeras por enfermo, porque si no están atentando a la seguridad de la persona y de las enfermeras y las instituciones que permiten que una enfermera lleva 17 enfermos es atentar contra la persona y contra la enfermera. Porque es un estrés que no puedes y entonces te limitas a hacer lo que puedes...da la impresión de que las empresas sólo quieren que la enfermera haga funciones delegadas,...casi...volver a ser ATS, da la impresión, y entonces, cuando hay que reducir, si nosotros no demostramos que estas competencias que tenemos y esas acciones que hacemos son necesarias igual que las del médico...es fácil suprimir personal"* (Enfermera docente, 63 años)

D1. *"El colegio profesional es el que tienen que trabajar para que se reconozcan las especialidades a nivel laboral y tiene que exigir que en los puestos de trabajo estén las especialistas....pero es el colegio el que tiene que trabajarlo..."* (Enfermera docente, 63 años)

En agosto de 2012, Jerónimo Romero-Nieva (Presidente de la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería) escribía en la editorial de la Revista de la Asociación Nacional de Directivos de

Enfermería (Tesela): "Albergo dudas de si las organizaciones profesionales que se interesan por la enfermería tienen claro lo que cada una quiere de nuestra profesión para alcanzar en conjunto un punto definitorio de lo que la enfermería quiere ser. O más bien pudiera ser que, cada una de esas organizaciones, presuponen unos postulados amparados más en los legítimos intereses organizativos, para mostrar su diferenciación e identificación sobre el resto, de sus propias aristas y contornos para ser vistos como distintos y que en ello estribe su fortaleza. Esto más me parece una endogamia limitante que puede detraer fortaleza para el conjunto por su propia parasitosis en el marco global de la profesión". Así lo expresa un representante del colegio.

*Colegio1. "Nosotros dependemos de un consell y de un consejo general y no se están defendiendo las competencias como debería ser, es decir, de frente e informando al colectivo, lo que se defiende son siempre los intereses partidistas de unos pocos presidentes, creo que esta gente están totalmente alejados de la realidad, son señores que hace mucho tiempo que están sentados en la poltrona de presidente de colegio, o de consell, o de consejo y no pisan la realidad" (Tesorera colegio, 58 años)*

Vista la disparidad de respuestas, hemos preguntado a los representantes de los colegios profesionales cuál es la función de estas instituciones. Las respuestas van en la línea de las funciones marcadas en los estatutos colegiales, aunque también hablan de las barreras existentes para el desarrollo de sus funciones y responsabilizan a otras instancias superiores de la inoperancia de la institución.

*Colegio1 "Uff!! La pregunta del millón, yo creo que es... el estar unidos y defender las competencias y darnos soporte los unos a los otros para poder seguir avanzando en nuestra profesión, pero no se está cumpliendo,... el objetivo es defender al colectivo de los intrusismos de otras profesiones y el colegio debería defender de estos temas... El colegio no hace nada, creo que se podrían hacer cosas, explicar lo que hace la enfermera, hacer charlas divulgativas sobre los diferentes programas que está llevando a cabo,...el papel de la enfermera en la sociedad, papel educacional en temas de salud,... Pero el problema del colegio es que delante del colegio hay personas que tienen intereses personales antes que el interés del colectivo, y las cosas así no van bien y se les sube el cargo a la cabeza y parece que están por encima del bien y del mal y no se preocupan del colectivo, esa es la realidad" (Tesorera colegio, 58 años)*

*Colegio2. "La función del colegio, lo que debe ser, es velar por sus profesionales para que cumplan su trabajo correctamente de cara al usuario, el colegio tiene que dejar de ser aquello que tiene a sus profesionales tutelados para que no la pifien, el colegio debe mirar por el usuario, porque esto es una entidad pública y el usuario es el que va a recibir los servicios de unos profesionales, el colegio es responsable de que el profesional esté bien formado, debe de acreditar cada equis tiempo que sus profesionales sirven i siguen sirviendo, no que han tenido una titulación y ahí están, no, no, el colegio debe de velar por una formación adecuada para tenerlos al día, pero también debe de velar por sus propios colegiados, porque como debemos*

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

*ser corporativistas, porque si no, no vamos a llegar a nada, pues nos tenemos que hacer fuertes en una serie de cosas, y fuertes en estos momentos, es que tengamos muchos beneficios sociales que nos permitan visualizarnos con empresas,...pero siempre sin perder de vista al usuario” (Presidenta colegio, 63 años)*

A lo largo de este trabajo, hemos podido detectar multitud de necesidades y de demandas del colectivo enfermero, sin embargo según los representantes del colegio, las expectativas de los colegiados en relación al colegio son nulas o escasas.

*Colegio2. "Los colegiados no piden nada...bajar la cuota...y algunos que les importa...los colegiados no esperan nada del colegio..." (Presidenta colegio, 63 años)*

*Colegio1. "El colectivo no demanda nada al colegio, pero lo que quieren es que se tenga en consideración a la enfermera desde todos los puntos de vista, desde el tema económico, desde estar en las reuniones,...ahora la gente está desmotivada, piensa que ya hemos tocado fondo y nunca haremos nada más, nunca contaremos para nada, aunque tengas opinión..."(Tesorera colegio, 58 años)*

Reconocen que la imagen del colegio que tienen los profesionales es pésima y creen que mejorar las ayudas sociales al colectivo servirá para cambiar esa imagen.

*Colegio2. "La imagen que se tiene del colegio es que no sirve para nada...Cambiar esa imagen que se tiene y visibilizar el colegio es haciendo cosas por los colegiados y que las vean como ventajas. ¿Por qué el colegio de médicos es tan visible? Porque tienen el seguro del coche más barato, porque si tienen un problema con el coche, no hace falta que llamen a la compañía porque desde el colegio se lo arreglan todo, tienen una minusvalía y les dan facilidades...tienen servicios reales...hay que movilizar a la gente” (Presidenta colegio, 63 años)*

Uno de los enfermeros nos comentaba con cierta decepción la imagen que para él tiene el colegio.

*DUI9. "el papel tendría que ser, lo primero, proteger al colegiado, en el sentido del seguro y en el sentido de que si tienes un problema y vas, que no pasen de ti, porque yo conozco gente que ha ido y mal. Y además nosotros pagamos una cuota colegial y no vemos que haya una gestión adecuada de ese dinero...un colegio no debería tener propiedades y este tiene propiedades inmobiliarias...y luego hacen peleas internas, hacen mociones de censura unas a otras... ¿estamos pagando políticos?, te suena a política más que profesionales...hacen cursos que no..." (Enfermero asistencial, 39 años)*

Según los representantes del colegio, el que enfermería sea una profesión feminizada, es la causa que ha impedido las movilizaciones del colectivo por sus intereses, también responsabilizan la inoperancia colegial a que la mayor parte de los representantes colegiales son hombres y tampoco han hecho nada.

*Colegio1. "Creo que el que la mayor parte del colectivo sea mujer hace que no hayamos luchado por nuestras cosas, si hubiera más hombres sería diferente, hubiéramos luchado más por nuestras cosas y las cosas hubieran ido de otra manera (...)Una cosa que no deja de sorprenderme es que somos un colectivo, la mayoría de mujeres y ves a los presidentes que la mayoría son hombres y mayores, como es posible que habiendo tantas mujeres en nuestra profesión, la mayoría de presidentes sean hombres, mayores y algunos ¿jubilados?...como que no cuadra, el sistema está así y supongo que luchando se podría cambiar, pero la realidad es que ellos que deberían dar el callo y luchar por la enfermería, no lo hacen"* (Tesorera colegio, 58 años)

Además, como hemos visto con anterioridad, los representantes del colegio conocen la insatisfacción profesional que tiene el colectivo, saben que las enfermeras están realizando básicamente trabajo delegado, saben de la importancia de las enfermeras en los centros y en el mismo sistema de salud.

*Colegio1. "Los centros no funcionarían sin las enfermeras"* (Tesorera colegio, 58 años)

*Colegio2. "Las enfermeras somos indispensables en el sistema y en las empresas, somos las que sacamos la faena adelante"* (Presidenta colegio, 63 años)

Saben lo que necesitan las enfermeras de las empresas: reconocimiento y visibilidad, espacios de opinión. Saben que el colectivo se siente en cierta forma oprimido y desmotivado

*Colegio 2. "Yo creo que lo que necesitan de la empresa es más reconocimiento del trabajo realizado, que se le diera un poco de protagonismo en la empresa (...) Es verdad que enfermería no forma parte de los foros de decisión de las empresas, eso es cosa de médicos...no nos dejan espacios donde poder hablar y que se nos escuche"*(Presidenta colegio, 63 años)

*Colegio1. "En los espacios de toma de decisiones no tenemos cabida porque es un espacio médico y ellos son muy suyos, muy corporativistas y las enfermeras no somos corporativistas (...) No hemos sabido luchar para conseguir ese espacio en el equipo interdisciplinar, en un principio se luchó mucho, pero después de tanto luchar para nada, pues te desmotivas, además que los médicos están ahí poniéndonos el pie encima y sin dejarnos respirar, ni podemos adelantar, porque evidentemente parece que les vayamos a quitar sus competencias...y la verdad es que hay trabajo para todos (...) Lo que hacen en realidad, es lo que les dejan, ellas están atadas de pies y manos. Claro, pero es que nosotras hemos contribuido a eso, nos quitan por un lado y por otro, nos tienen atornilladas porque no quieren que evolucionemos, porque les conviene...pero hay trabajo para todos"* (Tesorera colegio, 58 años)

Conocen la existencia de intrusismo profesional

*Colegio1. "hay una frase que una amiga me decía... yo no hago de enfermera...soy enfermera, hay mucha diferencia entre hacer de y ser...hemos permitido que gente sin una titulación de*

*enfermera haya hecho nuestro trabajo,...no es lo mismo ser que hacer" (Tesorera colegio, 58 años)*

Saben el impacto de los recortes presupuestarios, que se han aplicado en salud y la presión que otras categorías profesionales están ejerciendo sobre enfermería

*Colegio 1. "Con los recortes, la peor parte se la está llevando enfermería, hay mucha gente que se ha ido a la calle y los contratos que hacen son totalmente precarios, de 15 días, no se substituye a nadie(...) Se había avanzado mucho en preventiva, en educación sanitaria, todo eso se ha echado para atrás, todo lo que es nuestro, en niño sano, educación sanitaria, prevención, que es lo más importante porque es una labor que ve los resultados a largo plazo, todo lo que no tiene resultados a corto plazo...todo se ha quedado en nada, lo hemos perdido. Toda esta gente que durante tantos años ha trabajado en estos temas, pues ahora está desilusionada, mira, el programa "Paso a paso", que era la creación de un grupo de pacientes a los que se les enseñaba estilos de vida saludable, se les acompañaba a caminar, hacían dieta,...se les pedía una analítica para ver cómo iban, que eso está muy bien y tampoco cuesta tanto una enfermera dos horas a la semana...pues eso fuera (...) Fíjate que en el Pla de Salut se hace mucho hincapié a la atención a la cronicidad y eso es totalmente, o debería ser de enfermería, pero no se está dando competencia a la enfermería para hacerlo,... en estos momentos es como que los médicos se quieren resituar...somos mucha gente, que si los especialistas,... se están comiendo competencias unos a otros y antes de pelearse entre ellos, nos quitan competencias a nosotras, es más fácil. Les han dado la visión de que pueden con todo...omnipotentes... y nosotras en muchas cosas sabemos más que ellos, si ellos aplican últimas tecnologías y lo más en tratamientos de última generación, pero la verdad es que muchas cosas se tratarían con fármacos y consejos que podría dar enfermería y tendrían la misma respuesta" (Tesorera colegio, 58 años)*

Conocen que las empresas están impidiendo el desarrollo de la profesión recortando unos roles que le son propios.

*Colegio2. "Las empresas no permiten que enfermería haga docencia o investigación porque en primer lugar, no se lo reconocen esas competencias, no consideran a la enfermera como investigadora o docente... ¿le sirve de algo a la enfermera ser investigadora o docente? ¿le sirve de algo haber publicado?, es que si le sirviera de algo, si luego estuviera reconocido, laboralmente, entonces sería diferente, pero de esta forma, como a todas pago lo mismo, todas son iguales...ese es el pensamiento. Los médicos pueden compaginarlo...yo tuve que dejar la universidad porque la universidad consideraba que era incompatible con un cargo de dirección, además de que lo tenía que hacer fuera del horario laboral..." (Presidenta colegio, 63 años)*

Saben la baja autoestima de las enfermeras y el poco valor que el colectivo da a su propio trabajo

*Colegio2. "Valoramos las enfermeras el trabajo que hacemos? A la mayoría de las enfermeras se les llena a boca, pero yo no sé si se les llena por eso, o de que hacen el trabajo para los médicos. Las propias enfermeras, jóvenes, valoran más el trabajo que hacemos con médicos, que si le bajamos o le subimos la dosis de no sé qué, en lugar de valorar los cuidados que le hacemos a un paciente... y valorar los cuidados es difícil, se han de buscar indicadores que reflejen el cuidado y que den valor económico al trabajo de enfermería. Seguro que así se valoraría más a la enfermera" (Presidenta colegio, 63 años)*

Conocen la divergencia entre la formación recibida en la universidad y las necesidades en el ámbito laboral.

*Colegio 1. "el mundo laboral y el docente no van de la mano, son dos mundos diferentes. Se deberían acercar el mundo de la universidad que parece que estén en una nube que no se enteran de nada y aterrizar en la realidad del mundo laboral, toda esta gente es la que fomenta los doctorados y todas estas historias y luego piensas, estas creando expectativas en la gente...para que sirve todo esto? Creo que debería haber una relación mucho más estrecha entre el mundo laboral y el docente, están dos mundos totalmente diferentes" (Tesorera colegio, 58 años)*

Mantienen reuniones con las direcciones de enfermería de los centros asistenciales de la zona, aunque como podemos observar en el relato, las reuniones no son productivas, sino más bien una puesta en escena.

*Colegio1. "Si tenemos relación con las empresas, pero es más una estrategia política que una verdadera reunión donde se intente apoyar a las enfermeras, es más por conveniencia de ambas partes, junta de colegio y dirección de enfermería, no debería ser así, el colegio debe defender a la enfermería de base...si las direcciones las escogieran las enfermeras, esa relación colegio-dirección, estaría bien, pero eso no es así, el objetivo es político. Las direcciones de enfermería no defienden a las enfermeras, son personas puestas por la empresa que defienden los intereses de la empresa, este papel de defensa de la enfermería lo hacen más los sindicatos que no las direcciones de enfermería....tal vez el colegio debería sentarse con los sindicatos en lugar de hacerlo con las direcciones. La realidad es que el colegio pelotea con las direcciones y las direcciones con el colegio...para mutuo interés" (Tesorera colegio, 58 años)*

Y se permiten el lujo de juzgar a docentes de la universidad y directores de enfermería por no estar en contacto con la realidad del colectivo enfermero.

*Colegio1. "Una de las cosas interesantes es que las profesoras de la universidad trabajaran, así sabrían de qué hablamos, es como las directoras de enfermería, para saber las cosas hay que estar en la base y saber lo que realmente pasa y no estar en el despacho, puedes ser muy buen gestor, pero has de conocer la realidad para buscar soluciones" (Tesorera colegio, 58 años)*

Pocos comentarios se pueden añadir, pero si sabiendo la realidad del colectivo, como así lo han demostrado en sus aportaciones, piensan que lo que debe hacer el colegio es potenciar las ayudas sociales (seguros de coches, vida,...) y responsabilizan a otras instancias de su inoperancia... enfermería tiene un problema muy importante.

Coincidimos con J. F. Hernández en que “El CGE y las demás organizaciones profesionales deberían tomarse muy en serio la necesidad de construir una imagen, porque hacerlo significa dar visibilidad al colectivo y, por tanto, hacer profesión. Sin un verdadero reconocimiento social de su aportación profesional será simplemente imposible romper el techo de cristal que mantiene a la enfermería como una ocupación subordinada”(2010:24).

### **5.3.9.- Papel y función de los sindicatos en el ámbito laboral**

Fue en la década de los veinte cuando se tiene conocimiento de la existencia de las primeras agrupaciones sindicales, de lo que entonces era clasificado como personal auxiliar sanitario. No fue hasta 1940 con la publicación de la Ley sobre unidad sindical, cuando los profesionales de enfermería se integran en el “Sindicato de actividades sanitarias”.

En 1986, recién aprobada la Ley General de Sanidad, se crea el Sindicato de Enfermería SATSE, cuyas siglas significaban Sindicato de ATS de España. En aquel momento la organización contaba con menos de 10.000 afiliados. En 1989, pasa a denominarse definitivamente, Sindicato de Enfermería-SATSE.

A principios de los 90, la organización que había protagonizado varias movilizaciones, consolidó el liderazgo como fuerza sindical más representativa del sector de la enfermería. A lo largo de esa década, SATSE se integró en la Federación Europea del Personal de los Servicios Públicos proyectando su acción hacia nuevos foros europeos, impulsando, al mismo tiempo, su estructura autonómica dentro del Estado. A principios del nuevo siglo, el Sindicato de Enfermería se mantenía líder en todos los procesos electorales.

El sindicato cuenta actualmente con cerca de 85.000 afiliados, manteniéndose como líder indiscutible dentro de los sindicatos corporativos de la Enfermería.

Si entramos en la web institucional<sup>86</sup>, podemos leer que “El Sindicato de Enfermería está alejado de cualquier vinculación política: su ideario es respetar el pluralismo de ideas de sus afiliados. Lo que realmente vincula a los integrantes de SATSE es nuestra firme creencia en que entre todos los afiliados podremos mejorar las condiciones de trabajo de la Enfermería”.

---

<sup>86</sup> Disponible en: <http://www.satse.es/>



Según su ideario: SATSE se define como un sindicato estrictamente profesional, independiente y progresista, que ampara el riguroso respeto a la dignidad profesional y a las normas éticas y legales que regulan la profesión de Enfermería. Defiende un modelo de sanidad público, basado en los principios de universalidad, equidad, solidaridad y gratuidad en los que se basa la Ley General de Sanidad. Para SATSE es fundamental el enfoque sanitario cuyo eje sea el paciente, tratado como un todo y con unos servicios sanitarios adaptados a sus necesidades.

El vínculo real de los integrantes de SATSE es la firme creencia en que entre todos podrán mejorar la profesión, contribuyendo así a conseguir una sanidad de mayor calidad, reivindicando la presencia de la enfermería en todos los foros y aumentando su visibilidad en el sistema sanitario.

Hemos entrevistado a dos representantes sindicales, uno del sindicato corporativo SATSE y otro del Sindicato de clase UGT. Les hemos preguntado sobre la percepción que tienen en relación a diversos aspectos sobre la enfermería, con el objetivo de conocer cómo perciben al colectivo dentro del ámbito de las negociaciones colectivas.

La percepción que tienen sobre las funciones de enfermería son bastante reduccionistas y orientadas a la realización de tareas delegadas por el médico, aunque perciban más capacidades en ella.

*S1. "Las enfermeras lo que hacen ahora en los hospitales son técnicas delegadas del médico (...) yo soy de os creen que enfermería debe tener más capacidad, porque tiene más capacidad de estar con el paciente, de su control y seguimiento, que es lo que necesita el sistema y sobretodo el paciente, porque no termina todo en el diagnóstico médico, sino que después hay que proporcionarle una mejor calidad de vida mediante una serie de hábitos y una serie de cosas que lo debe hacer enfermería y no tiene sentido que tenga que intervenir el médico para decirle que no fume, que no beba..."(Miembro sindicato, 58 años)*

*S2. "Lo que hace enfermería es repartir medicación y poco más (...) A mí me gusta el cuidado de la gente, y lo hago, dentro de lo que a mí me dejan, porque siempre estás supeditada a lo que el médico dice, es verdad que el turno de noche en el que yo estoy permite cierta autonomía, pero la gente de día tiene la misma autonomía que cuando yo empecé enfermería, o sea, poca y eso que yo empecé de ATS" (Miembro sindicato, 57 años)*

Perciben que el médico necesita una enfermera preparada y capaz, pero en muchas ocasiones lo que hace es utilizarla para llevar a cabo su trabajo sin admitir su criterio.

*S1. "Un médico necesita de la enfermera...silencio...yo soy de los que piensa que el médico solo quiere utilizar a la enfermera como una acompañante más y que le quite trabajo, pero en el fondo no cuenta con ella (...) Un médico necesita de la enfermera que sea capaz, que ya lo es, de interpretar, de detectar, de ver la evolución del paciente, pero lo que ocurre es que muchas veces el médico no admite el criterio de la enfermera...lo que actualmente el médico quiere de la enfermera es que obedezca sus órdenes, lo demás no le importa" (Miembro sindicato, 58 años)*

*S2. "El médico necesita a la enfermera para todo lo que él pretenda hacer con ese enfermo, para aplicar las órdenes que él decida" (Miembro sindicato, 57 años)*

Por otro lado, lo que las enfermeras reclaman de los facultativos es más comunicación, trabajo en equipo y respeto por su trabajo. Perciben un distanciamiento entre los dos estamentos, una lucha de poder entre ellos, donde el dominante es el facultativo.

*S1. "Una enfermera necesita de un médico mayor comunicación, trabajo en equipo,...el médico debería informar absolutamente de todo lo que concierne al paciente, a la enfermera y muchas veces la enfermera lo tiene que averiguar por su cuenta y eso va en contra del nivel asistencial. Pero el médico está ahí, la información es poder y de ninguna de las maneras va a permitir que la enfermera le cuestione nada en lo relativo al tratamiento...y eso creo que perjudica mucho la intervención asistencial y a las enfermeras, es más creo que enfermería va a tener un retroceso importante en sus competencias" (Miembro sindicato, 58 años)*

*S2. "Respeto por el trabajo" (Miembro sindicato, 57 años)*

Perciben claramente una diferencia jerarquizada entre médicos y enfermeras, pero no sólo a nivel asistencial, sino también a nivel de sistema de salud, en el que se aprecia un empoderamiento por parte del estamento médico que le permite controlar el sistema a todos los niveles. Enfermería por su parte acata las órdenes sin poder decidir nada.

*S1. "Los médicos tienen ese poder porque son los que producen el gasto. Toda la estructura sanitaria de Catalunya y de España está dominada por los médicos. Desde el Carlos III que son los que hacen los procesos, los currículums a nivel de formación de enfermería, todo son médicos y en cascada ellos controlan todos los niveles de acceso, de gasto, de las propias competencias de cada profesión y además desde que la sanidad se ha mercantilizado, con elementos de coste siempre, pues ahí los médicos han cogido las riendas y han dicho, yo soy el que produce el gasto...yo soy el que manda (...) Si hay una jerarquía total, yo tengo claro que en los servicios donde esa jerarquía no es tan explícita, se trabaja mucho mejor. La jerarquía es un tapón, no te permite la toma de decisiones y siempre lo paga el paciente. Pero la jerarquía entre médico y enfermera es mayor" (Miembro sindicato, 58 años)*

*S2. "No estamos a la altura de ellos...ni por el forro...que va, en un futuro...la gente joven lo dirá, pero yo tengo mis dudas (...) Los que llegan nuevos, pues es una relación más amigable, pero con médicos más mayores...él es el médico y es el que decide...y enfermería, en general no dice nada, ni cuestiona los tratamientos...ni nada...bueno, habrá casos concretos...pero en general no... ellos deciden y tú acatas...esa es la realidad y es así" (Miembro sindicato, 57 años)*

Les preguntamos sobre las expectativas que las empresas de salud tenían en relación con las enfermeras, y lo que ellos perciben es que el estamento que tiene el poder es el de los médicos,

mientras que a enfermería no la tienen en cuenta. Imperan criterios mercantilistas que dependen de los facultativos y las direcciones de enfermería están supeditadas a ellos.

*S1. "La empresas están secuestradas a la hora de organizar el trabajo, por la direcciones médicas, las empresas se preocupan de pactar con los médicos facturación, pero no niveles asistenciales, ni nada por el estilo. Las empresas no cuentan con enfermería para nada, a ese nivel. Pactan sólo con las asociaciones profesionales de facultativos y con los sindicatos médicos y dentro de las empresas, con los médicos. Ahí un hecho claro, todas las direcciones de enfermería están supeditadas a las direcciones médicas, por tanto la enfermera es una ayudante del médico que no un reconocimiento por parte de las empresas" (Miembro sindicato, 58 años)*

Creen que si las empresas permitieran a las enfermeras más participación, éstas serían más rentables, pero perciben la barrera de los médicos que no están dispuestos a perder poder. La enfermera es mano de obra y las empresas no necesitan a una profesional formada y competente, sino una simple auxiliar que obedezca las órdenes médicas.

*S1. "Yo creo que cualquier empresa que permita que su personal de enfermería sea más resolutiva, será más rentable, pero también te digo que no están por la labor de hacerlo. No, porque el médico no lo permitirá. La realidad es que han dejado en manos de los médicos, todo, incluso parte de la gestión del hospital y lo que necesitan de la enfermera es mano de obra (...) Lo que necesitan las empresas y el sistema es un auxiliar... un ATS, no quieren ni una doctora ni nada de eso. Es más barato y como no puedo abaratar el coste del médico...pues tengo que abaratar enfermería" (Miembro sindicato, 58 años)*

*S2. "Las empresas contratan a las enfermeras para que hagan un trabajo que nada más que lo pueden hacer ellas" (Miembro sindicato, 57 años)*

Piensen que enfermería debería recuperar el poder que tenía hace años con las direcciones de enfermería para aportar más contenido a las empresas, pero hoy por hoy las direcciones planifican el trabajo enfermero en base a las agendas médicas y no en base a las necesidades del centro y de los usuarios.

*S1. "Yo creo que lo necesitaría enfermería es recuperar la dirección de enfermería, tal y como estaba antes, que se vean reconocidas en las direcciones del hospital y eso es imposible hoy por hoy, pero sería la única forma de que enfermería pudiera coger más contenido en el hospital y poder aportar más a la empresa, pero cuando la enfermera de base llega a la dirección de enfermería, no encuentra soluciones, porque la dirección de enfermería lo único que hace son planillas y además es muy complicado porque esas planillas se basan en las agendas de los médicos y estos modulan su agenda en función a intereses de fuera, por tanto no todo el hospital está en función de los intereses de la empresa, sino en función de los intereses de los médicos. Ahora se van de congreso, hay que cerrar quirófano y por tanto el personal de*

*quirófano hay que adaptarlo. El hospital no funciona en base a una programación concreta para atender al ciudadano de mañana y tarde, sino volumen por la mañana para que por la tarde el médico se pueda ir a otro sitio a trabajar...la privada,... cuando hay unas lista de espera de la hostia... entonces la única solución que hay es poner los médicos a turnos...pero eso...no se va a producir. Pero piensa que el grado de resolución y productividad de los médicos no ha aumentado nada en los últimos años, sin embargo su retribución sí que ha aumentado de forma tremenda. La gestión del hospital pasa por las manos del médico y siempre en función de intereses espurios que tiene fuera. Pero la empresa lo permite... la dirección de todos los hospitales de Cataluña, son médicos...y ellos hacen lo que les da la gana...los médicos son el cáncer de la sanidad catalana” (Miembro sindicato, 58 años)*

La enfermería necesita apoyo, estabilidad y reconocimiento al trabajo.

*S2. "Necesitaría que la empresa cuidara a las enfermeras...trabajo estable, remunerado económicamente y que cuando tuviera un problema que la empresa respondiera” (Miembro sindicato, 57 años)*

Creo que con la crisis y la falta de recursos se está desfavoreciendo al colectivo enfermero.

*S1. "En estos momentos la capacidad de que los elementos de coste le salgan más baratos, porque el coste del médico sigue siendo el mismo y el que ha abaratado es el de la enfermera...que tiene menos tiempo para cuidar al paciente, porque enseguida le da el alta, porque al médico le interesa y esto es consecuencia de la introducción de pago por objetivos, mientras había dinero no había ningún problema, y ahora que no hay la suficiente financiación, pues tienen un problema, ¿Quién se come la falta de recursos? La enfermera, por descontado” (Miembro sindicato, 58 años)*

A pesar de que creen que enfermería también aporta valor económico a las empresas, piensan que el colectivo no es capaz de visualizarlo por la intangibilidad de los cuidados, y esto produce una infravaloración de la actividad enfermera por parte de todos los actores del sistema.

*S2. "Enfermería, igual que los médicos, también aporta dinero a la empresa, pero nosotras no sabemos hacer que se enteren, no somos capaces de hacerles ver lo que somos capaces de hacer si nos pusiéramos en nuestro sitio, nosotras también podemos hacer que las cuentas salgan...o no, podemos hacer una buena utilización del material o dedicarme a despilfarrar,...de hecho en nuestros objetivos, no está la mejora asistencial del enfermo, sino gestión de material y recursos (...) Es muy difícil poner valor a los cuidados ...sólo lo puede valorar el que ha recibido el cuidado... es muy difícil...supongo que por eso no valoran nuestro trabajo, ni la empresa, ni los médicos, ni nosotras mismas...se debería cambiar todo el sistema...deberíamos valorarnos a nosotras mismas y demostrarle a todos lo que somos capaces de hacer y lo que ellos son capaces de hacer sin nosotras...lo que pasa es que el sistema está montado alrededor de la*

*actividad de los médicos y nuestra actividad...queda de lado...alguien debería dedicarse a calcular esto.” (Miembro sindicato, 57 años)*

En relación a la visibilidad de enfermería en los centros, los informantes son unánimes al declarar la invisibilidad del colectivo, y esto es debido, según dicen, a que la dirección de enfermería está más centrada en gestionar a las enfermeras como mano de obra, que en dar visibilidad al colectivo incluyéndolo en los foros de decisión.

*S1. "Enfermería es totalmente invisible en el hospital, producto de que la dirección de enfermería no existe. Si la dirección de enfermería no tiene unos objetivos claros y por tanto la supervisión lo único que hace son planillas a menor escala, es decir se dedican al control de lo que hace enfermería, pero no al control en sí, sino a la presencia de la enfermera, para pedir una substitución, para pedir...porque todo el mundo sabe que la enfermera tiene que estar” (Miembro sindicato, 58 años)*

*S2. "... en los foros de opinión, en las reuniones decisivas, no estamos, ni se nos pide opinión” (Miembro sindicato, 57 años)*

Hablan de los líderes de enfermería como personas más preocupadas por mantener el estatus que por apoyar, motivar y desarrollar a los profesionales.

*S2. "Los líderes de esta casa tienen solo una obsesión, que es llegar a los objetivos, porque si no, pierden lo suyo... "Deberían cuidar al grupo, para que el grupo trabajara bien...y la dirección igual, lo que pasa es que ahora la dirección está con miedo a saltar de su silla y lo demás se la sopla” (Miembro sindicato, 57 años)*

Los informantes sindicales apuestan por la promoción de la enfermería, por darle más capacidad y responsabilidad, pero entienden que el sistema está diseñado por y para los médicos, donde el poder de la gestión la tienen ellos y también el poder legitimador delante de los pacientes.

*S1. "El sistema necesita una enfermera técnica que haga funciones delegadas del médico, pero que el médico debería delegarle más funciones que las que hace actualmente...debería delegar más decisiones a enfermería, que está preparada. Se podrían protocolizar muchas de las actuaciones y que enfermería las llevara a cabo... lo que pasa es que como se ha fomentado a los pacientes el que si no pasa el médico nada funciona...pues es complicado, pero se debería dar mucho más protagonismo a la enfermera. El usuario ve a la enfermera como parte del proceso, pero sólo se cree lo que dice el médico. La gestión del conocimiento por parte del médico, hace que el médico sea Dios y así lo ven los enfermos y si el médico no le dice, mire el antibiótico le ha ido bien, el paciente no se queda tranquilo, si se lo dice la enfermera no se lo cree...porque relaciona el conocimiento con el médico y no con la enfermera...y eso lo podría hacer la enfermera (...) Todo el sistema, todas las empresas, todo el sistema está preparado y organizado para que todo dependa de los médicos y así el protagonista principal es él. La*

*enfermera podría dar explicaciones a los enfermos sobre el diagnóstico, sobre su enfermedad, y darle más protagonismo a enfermería...lo que pasa es que el usuario no la cree de la misma forma que al médico y ese es un problema que en algún momento habrá que tratarse, porque alguien deberá decirle a la sociedad que la enfermera no es la que le lleva el cortado y la bata al médico, sino que es algo más, pero claro, a las empresas no les interesa porque se pelean con los médicos, los médicos ahora están contra toda competencia de enfermería, toda, todo lo que sea aumentar las competencias de enfermería y claro, es complicado y al final, cualquier proceso sigue siendo carísimo por la intervención del médico, si las empresas siguen manteniendo ese elemento de coste con un valor tan alto, el resto de profesionales parece que no tengan importancia. Y además los médicos están totalmente en contra de que se le dé a enfermería más competencias, ha habido varias demandas, por parte de ellos, pleiteando contra las nuevas competencias que se le daban en las especialidades, la prescripción,... los médicos se sienten agredidos porque son Dios y lo que van a hacer es que la enfermera siga siendo la antigua ATS que solo hacía lo que ordenaba el médico (...) la enfermera está volviendo al verdadero rol que los médicos siempre han querido para ellas...de auxiliar del médico...un ATS, no hace falta ni grado, ni especialidades,... Las especialidades... ¿para qué?...¿para qué quiere una empresa una enfermera especialista? ¿Para que haga lo mismo que hace?"*  
(Miembro sindicato, 58 años)

Entienden que falta diálogo entre las empresas y la universidad que permita una adecuación de la formación a las necesidades del sistema de salud y no crear en los alumnos falsas expectativas.

*S1. "Si Lo que pasa es que entre lo que les enseñan en las escuelas y lo que tienen que hacer en realidad, hay un mundo, entonces las escuelas vehiculizan a la enfermera hacia el cuidar, más que la propia capacidad que puede tener la enfermera de aportar al sistema, salen acondicionadas de forma clara hacia la sumisión a los médicos, porque las direcciones de enfermería no es que peleen mucho por ellas" (Miembro sindicato, 58 años)*

*S2. "Yo creo que el sistema no necesita que una enfermera se forme tanto y te lo digo rotundamente...llegará el día en que las empresas se encuentren con la universidad y verán que no tiene sentido...es que se deberían reunir antes y explicar a la universidad lo que se les va a exigir a las enfermeras...y adaptar el contenido...pero eso...no se hace...están dando unas expectativas a gente, que cuando salen...dicen...¿para esto?...en la universidad les enseñan...a lo que podrían llegar a ser las enfermeras...y se lo cree, porque tienen 20 años" (Miembro sindicato, 57 años)*

En relación a la negociación colectiva, el que mejores condiciones retributivas consigue es el colectivo médico, porque ellos mismos se están encargando de hacerse imprescindibles en el sistema. Darle más competencias a la enfermería representa reconocer que no tienen el poder absoluto y que son

prescindibles, por lo cual los facultativos se posicionan en contra de cualquier desarrollo competencial en enfermería.

*S1. "Cuando negocias cualquier modificación de estructuras retributivas con las empresas, siempre acaba apareciendo el médico que es el fundamental y el resto no y por tanto la masa salarial entre uno y otro es muy diferente, porque uno interviene directamente en los costes del hospital y los otros no (...) En primaria, la enfermería tiene un papel primordial, si se diera más protagonismo a la enfermería, que es lo que intenta poner en marcha el Departament, muchos de los crónicos no llegarían a ingresar y sería un ahorro importante para el sistema y además con la intención de que esos crónicos no ingresen en hospital sino en sociosanitarios o residencias donde hay muy pocos médicos y el gran volumen es enfermería, y por tanto el coste para el sistema es muchísimo más bajo. Eso es lo que quiere el Departament, pero no es lo que está pasando, porque parece que si no existe acto médico, no existe la sanidad, y eso no es cierto, hay una parte de la sanidad que la hace la enfermera. Es que si te fijas, en el momento que se ha permitido a la enfermera hacer triaje en las urgencias, le estás reconociendo que es capaz de hacer diagnósticos y por eso están en contra los médicos"* (Miembro sindicato, 58 años)

*S2. "En la negociación se ve una diferencia importante en los beneficios que dan a unos estamentos y a otros, aquí impera el dinero, ¿quién trae el dinero? Los médicos..., porque ellos son los que meten el dinero"* (Miembro sindicato, 57 años)

Las condiciones laborales, según ellos, son determinantes a la hora de ofrecer una asistencia de calidad. Los contratos temporales, el miedo al despido, las jornadas interminables sin descanso semanal, hacen que la profesión enfermera se haya convertido en un trabajo estresante y agotador.

*S2. "... la gente ahora estudia enfermería porque es una salida económica y que pasa que la gente cuando lleva dos años trabajando en un hospital, está harta de trabajar los fines de semana (...) Si una persona está de contrato ya no tiene la misma libertad, hay muchos factores, una persona de contrato no actúa igual que una que está fija en la empresa, se relaja...si tiene fiebre no vendrá a trabajar y si está de contrato sí que vendrá...la gente tiene miedo de decir las cosas...hay gente que lleva 9 años de contrato...lo que quieren es que me mantengan el contrato...y soportan lo que sea"* (Miembro sindicato, 57 años)

En un sistema disgregado por una lucha de poder entre estamentos, en el que cada categoría prioriza lo que es suyo, no es de extrañar que se ponga en duda hasta la existencia de un comité de empresa en el que se deben negociar mejoras para todas las categorías profesionales.

*S2. "El futuro del comité lo veo mal, porque nuestros objetivos, no son los mismos que los de, por ejemplo, los camilleros, y sale más a cuenta negociar por separado, si esto se hace de forma habitual... ¿qué sentido tiene el comité?"* (Miembro sindicato, 57 años)

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Perciben que las empresas se rigen por intereses mercantilistas y sitúan al usuario en un segundo plano.

*S2. "A la empresa sólo le interesan los números, el paciente ya no está como prioritario, como consta en la misión de la empresa" (Miembro sindicato, 57 años)*

Comparan el funcionamiento del centro hospitalario con el de una casa, en la que están claramente repartidos los roles y los espacios de poder, y donde el que realmente debería poner un orden, tiene otras prioridades e intereses.

*S2. "La institución de esta casa, se puede comparar con una casa normal, tan sencillo como esto...el marido es el médico y la enfermera es la madre que siempre está, quita las zapatillas del medio, no hagas esto así...acuérdate de pedir la analítica... y el padre que tiene tiempo de hacer deporte, a formarse, a hacer investigación... y el paciente son los hijos...hay que cuidarlo... y en una casa, si se pasan malos momentos, no vas a comer tu langosta y ellos pollo...todos comeremos pollo o como mucho el que comerá langosta será el hijo...esto no es así aquí, y yo lo he hablado con más de un gerente, pero si ellos ya entran cobrando más de XXX €<sup>87</sup> ...¿qué quieres? ... Los que están dirigiendo las instituciones, no están en el mismo barco... (Miembro sindicato, 57 años)*

En resumen, podemos decir que los representantes sindicales tienen una visión reduccionista sobre las funciones de enfermería y orientadas a la realización de tareas delegadas por el médico, piensan que enfermería no está satisfecha con la labor que desempeña, perciben una diferencia jerarquizada entre médicos y enfermeras y una lucha de poder entre ellos, se aprecia un empoderamiento por parte del estamento médico que le permite controlar el sistema a todos los niveles.

Piensan que en las empresas imperan criterios mercantilistas que dependen de los facultativos y las direcciones de enfermería están supeditadas a ellos. Perciben que se trata a las enfermeras como mano de obra y las empresas no necesitan a una profesional formada y competente, sino una simple auxiliar que obedezca las órdenes médicas.

Aprecian una necesidad de apoyo, estabilidad y reconocimiento al trabajo enfermero por parte de las empresas y sus líderes ya que con la crisis y la falta de recursos, se está desfavoreciendo al colectivo. Apuestan por la promoción de la enfermería, por darle más capacidad y responsabilidad.

Aprecian una falta diálogo entre las empresas y la universidad con el objetivo de adecuar la formación a las necesidades del sistema de salud.

---

<sup>87</sup> Omitimos la cifra en base a la confidencialidad de los datos



En relación a la negociación colectiva, se aprecia en sus discursos una discriminación a la hora de otorgar las condiciones laborales, y ven que las empresas se rigen por intereses mercantilistas poniendo al usuario en un segundo plano.

### **5.3.10.- Síntesis de la socialización profesional**

Una vez se incorpora el profesional novel al puesto de trabajo será consciente de la realidad que rodea al colectivo. Una realidad que pasa por la asunción de una cultura profesional enfermera de la que apenas se ha impregnado durante su formación, de una cultura del servicio o departamento en el que se incorpore, con sus rituales, sus normas, sus relaciones con otras culturas profesionales y por último de una estructura macro empresarial con su propia cultura de empresa, con su misión, sus valores, sus normas y exigencias, sus deberes y derechos, sus sistemas de trabajo, etc.

En este sistema complejo e inestable impregnado de luchas de poder es donde se deberá desenvolver la enfermera novel en su quehacer diario y donde será consciente de una realidad muy específica y con unas características determinadas.

1.- Percibirá que ha sido formada para ser enfermera pero no para trabajar de enfermera, y deberá desarrollar de forma acelerada sus capacidades, aprender normas, protocolos y procedimientos de la unidad, introduciéndose así en la cultura de empresa.

2.- El contexto laboral en el que predomina la incertidumbre, la inseguridad y la precariedad, no será el más favorable para la profesión, por lo que las enfermeras nóveles tienen un reto importante a la hora de iniciar el desarrollo de su carrera profesional, lo que añade más elementos de estrés y desgaste profesional. El tener contratos por días sueltos, el trabajar de "pool" (corretornos) y la localización telefónica permanente, impiden el hacer un seguimiento de los pacientes, acostumbrarte a unos sistemas de trabajo, además del impacto en la vida personal y familiar del trabajador. Todo este contexto que hemos descrito puede causar estrés en la profesión enfermera. Si a esto añadimos la inexperiencia que tienen los profesionales nóveles, nos podemos hacer una idea de la situación de vulnerabilidad de estos profesionales, incluso del abandono de la profesión (Girbau, Galimany y Garrido 2012)

3.- Percibirá que las relaciones profesionales médico/enfermera no son las más propicias para una adecuada realización de sus funciones. Percibirá una falta de comunicación eficaz entre médicos y enfermeras.

- Por un lado percibirán que los médicos esperan de ellas (obediencia, sumisión, control del paciente, informar de los cambios que se puedan producir, una esposa, no cuestionar sus órdenes,...)

- Por otro sentirá la necesidad de trabajar en equipo, de tener confianza mutua, de mejorar la comunicación con ellos, de poder aportar su criterio.

Percibirá una diferencia jerárquica entre las dos profesiones, en la que claramente los médicos ostentan un estatus superior y un poder legitimado, no sólo por la empresa y el mismo sistema de salud, sino por el propio colectivo enfermero. Se sentirán invisibles, infravaloradas, no darán valor a su criterio ni su conocimiento. Se verán utilizadas como mano de obra al servicio de los médicos, verán relegada su participación fuera del equipo y no podrá hacer ningún tipo de aportaciones. Si tienen la suerte de ser enfermeros, reconocerán el estatus superior de los médicos pero tendrán una mejor autoestima, valorarán su conocimiento y su criterio clínico, pondrán límites entre ellos y los médicos y se crearán pertenecer a una categoría intermedia. Además sentirá de vulnerabilidad y la indefensión de saber que los líderes que representan a la enfermería son conscientes de la situación (gestores, colegios y sindicatos), sin que nadie haga nada.

4.- Percibirá una segregación de género propiciado desde los propios responsables de enfermería que justificarán aludiendo a la escasa conflictividad entre los varones y a la complejidad de las relaciones entre mujeres. Si son enfermeros, vivirán las relaciones interpersonales que se establecen entre ellos y los médicos de forma más horizontal, igualitaria y sin esa visión maternal o doméstica. Reaccionarán ante situaciones de desigualdad de trato con menos sumisión, defendiendo su espacio competencial de una forma más contundente y sin dejarse amedrentar. Pensarán que el problema está en las enfermeras, por el hecho de ser mujeres y por su carácter indiscreto y murmurador. Si son enfermeras, percibirán a los enfermeros como profesionales con una relación con los médicos más igualitaria y de respeto mutuo personal y profesional, mientras ellas verán en esas relaciones situaciones sexistas y de falta de respeto, porque los médicos ven a las enfermeras como mujeres y no como profesionales debido a que estas hacen uso de la seducción como moneda de presentación, con las consecuencias que eso produce de pérdida de poder y credibilidad. Percibirán el trabajo de los enfermeros como más pragmático, menos empáticos y con más legitimidad delante de los médicos.

5.- Intentarán compatibilizar los componentes técnicos o profesionales con los componentes vocaciones e incluso religiosos en algunos casos, sentirán que lo realmente satisfactorio es la relación con el paciente y su cuidado, la entrega personal. Percibirán y sentirán una visión de la enfermería que coincide con la imagen social que se tiene de ellas, una enfermera “entregada y servicial”. Observarán que existe una falta de reconocimiento dentro del propio colectivo y entenderán que debe ser la propia enfermería la que reconozca el valor de lo que ofrece a la sociedad y del papel que representa profesionalmente en el sistema de salud. Se dará cuenta de las características de la imagen que las enfermeras otorgan a su profesión: de la invisibilidad de los cuidados, de una carrera de inferior estatus, de estar rodeada de un estereotipo sexual, de sentirse una simple ayudante del médico y de la prevalencia de la visión de las técnicas. Entenderá que el origen de esta situación está en la no

transferencia del saber enfermero a la sociedad y responsabilizará de esta situación a la propia desidia de la enfermería, a la inoperancia de los colegios profesionales a la hora de cambiar esa imagen que socialmente se tiene y a los medios de comunicación, a los que no interesa la enfermería por no ser suficientemente atractiva dado que la labor que hacen es a nivel individual y perteneciente a la esfera privada de la persona. Percibirá que el médico está mejor considerado y que su palabra y decisiones tienen alto grado de legitimidad delante de la población y pacientes.

6.- Verán reducido su trabajo a actividades delegadas de la actividad médica y estas actividades impedirán que puedan realizar las funciones que le son propias, el cuidado a la persona. Realizarán un trabajo automatizado, rutinario, realizado a un ritmo frenético donde no hay cabida para el cuidado enfermero, donde las tareas delegadas ocupan un alto porcentaje de la jornada, donde enfermo no es el centro porque apenas podrán prestarle atención. Percibirán que los médicos detectan una falta de comunicación, desidia y falta de interés profesional por parte de enfermería, hasta tal extremo de que habrá médicos que preferirán no pasar visita con ellas.

7.- Pensarán que lo que espera la empresa de ellas es la simple realización de técnicas delegadas de la actividad médica, todo ello con el sobreesfuerzo que representa la sobrecarga de trabajo por la reducción de plantillas y el aumento de la complejidad de los enfermos ocasionada por la disminución de los días de estancia,...se sentirán mano de obra barata, explotada y ejecutora de las órdenes médicas. Se sentirán poco valoradas por la empresa a pesar del esfuerzo que hacen diariamente, que la organización no está interesada en la formación de los profesionales de enfermería. En definitiva pensarán que lo que la empresa necesita es una simple mano de obra, sin demasiada formación, que obedezca órdenes de los médicos, que se adapte a los recortes y a los cambios sin quejarse. Sentirán como sus responsables y la misma empresa, reclamarán de enfermería un trabajo eficiente y de calidad que ofrezca buen servicio a los pacientes para que estos estén satisfechos, a pesar del incremento tecnológico, el cambio de tipología de los pacientes, la reducción del tiempo de estancia y el sistema de pago por altas hospitalarias que se lleva a cabo desde el Departamento de Salud. Aprenderán cierta mediatización y manipulación de las direcciones de enfermería por parte de los facultativos que tienen el poder y el control de los centros. Reclamarán a la empresa reconocimiento y respeto por el trabajo, mejorar la comunicación vertical, una formación adaptada a sus necesidades, unos ratios enfermera/paciente adecuados que les permitan llevar a cabo los cuidados de enfermería, mejoras laborales que les proporcionen cierta tranquilidad y estabilidad y espacios de participación donde poder hacer propuestas y ser escuchadas.

8.- Observarán que los líderes son conocedores de estas necesidades y verán la falta de interés por mejorar la situación de las enfermeras. Verán como sus responsables responsabilizan de la situación a la actitud pasiva del colectivo, a los médicos, a la dirección del centro que no promueve la participación de las enfermeras en espacios de decisión, a decisiones organizativas, al mercantilismo imperante en los

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

centros o a la falta de liderazgo enfermero. Se sentirán frustradas ante la falta de reconocimiento de la empresa, a pesar de que son profesionales formados capaces de hacer aportaciones que mejoren la calidad asistencial. Se sentirán un colectivo amplio y mayoritario sin capacidad de voz, silenciadas por los médicos y supeditadas a ellos. Necesitarán de las supervisoras un mediador entre la empresa y ellas, un referente al que acudir en caso de necesidad y donde poder exponer sus ideas, un promotor del desarrollo enfermero, pero como nadie hace nada por cambiar la situación se quejarán de los líderes, no creerán en su implicación y los percibirán supeditados a intereses espurios o sometidos a los criterios de la dirección.

9.- Verán como el colegio de enfermería, conociendo esta realidad compleja, actúa con total ineficacia y responsabiliza a otras instancias de su inoperancia, sin prestar la menor ayuda para solucionar los problemas que acucian al colectivo.

10.- En relación a la negociación colectiva, percibirán una discriminación a la hora de otorgar las condiciones laborales, y verán que las empresas se rigen por intereses mercantilistas poniendo al usuario en un segundo plano.

Esta es la realidad que impactará en los profesionales de enfermería de generación en generación, esta identidad enfermera, sumisa, callada, que se adapta a todas las circunstancias sin lamentarse, sin luchar por lo que es suyo y sin que nadie, según parece, esté dispuesto a hacerlo. Una realidad en la que todos los actores parecen querer quitarse de encima la responsabilidad de la situación creada y culpabilizan a “otros” por ello. Esta es la realidad del colectivo enfermero.



## 6.- DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Tratar de encontrar una explicación a toda esta situación, a esta realidad en la que se mueve enfermería no es sencillo. Queremos estructurar este entramado complejo de fuerzas, de barreras, de luchas internas y externas en las que está inmersa la enfermería y para ello nos hemos servido de varios autores

Por un lado, Pierre Bourdieu (1930-2002), uno de los sociólogos de renombre en las ciencias sociales por su *Teoría de la acción*. En su obra propone un sistema ordenado y dota a la sociedad de una estructura con diferentes categorías que hacen posible su análisis. Dicho esquema permite su estudio, no tanto de los individuos, sino de los campos sociales y la relación del individuo. De su obra nos hemos interesado por los conceptos de campo, capital, agente y *hábitus*.

Por otro lado, Paulo Freire (1921-1999), teórico de la educación del siglo XX que destaca por su obra *Pedagogía del oprimido*, uno de los trabajos más conocidos del educador. El libro propone una pedagogía con una nueva forma de relación entre los educadores y alumnos y entre sujetos sociales. Pero la obra nos interesa especialmente por la descripción que realiza sobre las características de las relaciones entre dominador y dominado.

Y por último Peter L. Berger y Thomas Luckmann, que publicaron *La construcción social de la realidad*. En ella, ambos autores proponían una fundamentación teórica para una sociología del conocimiento. Lo que nos ha interesado de su trabajo lo podemos leer en la introducción de la obra: “que la realidad se construye socialmente y que la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce” (1968:7)

### 6.1.- ESTRUCTURA SOCIAL Y CONSTRUCCIÓN DE LA REALIDAD ENFERMERA

Si queremos analizar el espacio social según Bourdieu, deberemos tener en cuenta que “sólo se puede captar la lógica más profunda del mundo social a condición de sumergirse en la particularidad de una realidad empírica, históricamente situada y fechada” (1997:12).

Siguiendo esta lógica, en nuestro estudio hemos analizado la historia de la disciplina hasta la actualidad, hemos debatido entre la enfermería como profesión u ocupación, hemos visto cómo puede influir la cultura organizacional en el ámbito laboral, hemos visto las dificultades de diálogo entre la universidad y las empresas, hemos tratado la situación de la enfermería en las organizaciones, cómo influye el género y los estereotipos en la imagen social de la profesión, hemos comprobado la falta de influencia que las enfermeras tienen en el sistema, las dificultades de identidad y los procesos de socialización y construcción del conocimiento.

Y todo ello lo hemos abordado sumergiéndonos en una realidad empírica concreta constituida por las dos unidades de observación de nuestra investigación, convenientemente contextualizadas dentro del sistema español y catalán de salud.

Con todos estos datos aportados anteriormente, vamos a intentar explicar las razones por las que enfermería encuentra barreras para el desarrollo de su profesión y se encuentra inmersa en un estado de invisibilidad y falta de reconocimiento dentro del sistema sanitario.

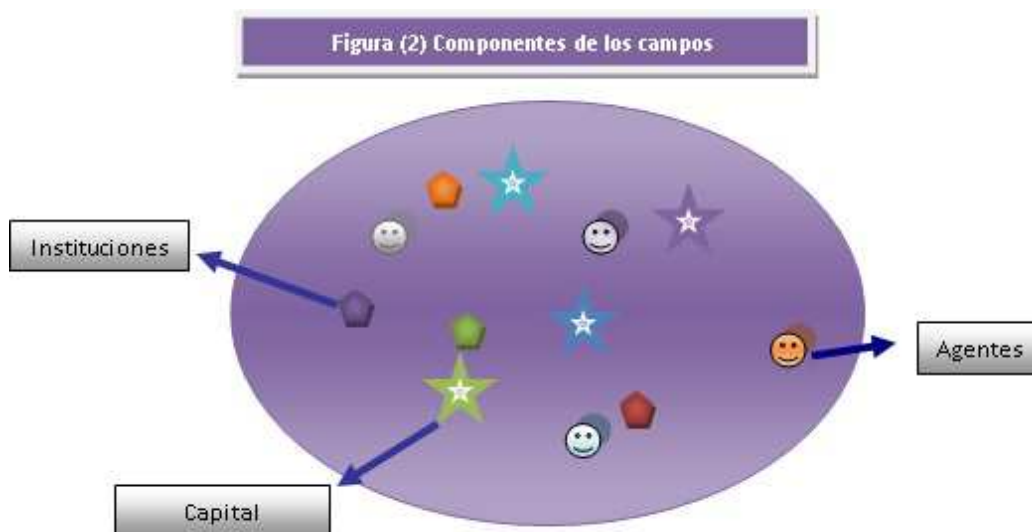
Bourdieu desarrolla tres conceptos fundamentales, *hábitus*, campo y capital, siendo fundamentales las relaciones bidireccionales que se establecen entre los diferentes ámbitos.

Según el autor, “Esta filosofía de la acción (...) toma en consideración las potencialidades inscritas en el cuerpo de los agentes y en la estructura de las situaciones en las que éstos actúan o, con mayor exactitud, en su relación. (...) Esta filosofía, que se condensa en un reducido número de conceptos fundamentales, *hábitus*, campo, capital, y cuya piedra angular es la relación de doble sentido entre estructuras objetivas (las de los campos sociales) y las estructuras incorporadas (las de los *hábitus*), (...)” (Bourdieu, 1997:7)

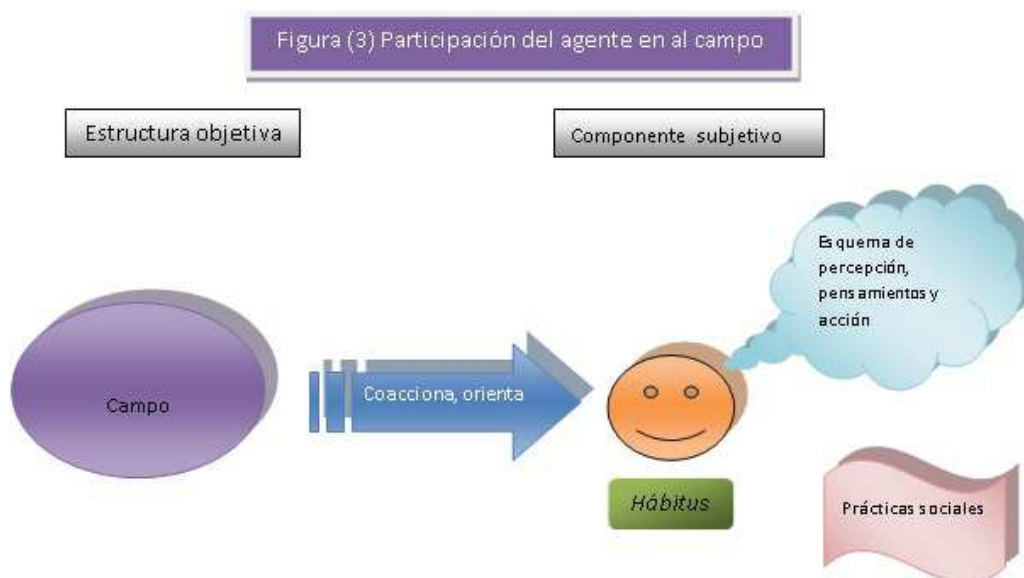
Bourdieu define el “campo” como espacios relativamente autónomos en los que agentes ocupan relaciones de dominación o subordinación. Estos campos pueden ser político, artístico, educativo, científico,... Es una especie de espacio de juego (de estrategia) en el que se establecen las relaciones entre los participantes (agentes) y estas relaciones son de lucha o conflicto entre ellos. Cada campo tiene sus instituciones y reglas de funcionamiento, por lo que el campo orienta y/o coacciona a sus agentes para que realicen ciertas prácticas sociales dentro de este.

Por otro lado, define los “agentes” como grupos, instituciones, individuos que luchan o juegan dentro del campo (establecen alianzas, participan, crean,...), para mantenerlo intacto o cambiarlo, es decir, los agentes no son sujetos estáticos dominados por la estructura social, sino que tienen cierto margen de maniobra.

El “capital”, según Bourdieu, consiste en lo que se juega o por lo que se juega en el campo, este puede ser: económico, social (como las relaciones el prestigio, los contactos); cultural (como los conocimientos, habilidades que adquieren en la familia o las instituciones) o simbólico (como los reconocimientos, diplomas que dan identidad social a las personas). Según Bourdieu, cada agente está dotado de un capital (económico, social, cultural y simbólico) y la posición que ocupan dentro del campo, está definida por el capital que poseen.



Por último, Bourdieu describe el “hábitus”, como el conjunto de modos de ver, sentir y actuar de los individuos que están moldeados por las estructuras sociales y se aprenden. Es la visión del mundo que construyen los individuos como agentes. “El hábitus es esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada” (Bourdieu, 1997:40). Este modo de acción y de pensar se origina por la posición que ocupa un agente en el campo. Es decir, el *hábitus* otorga unos márgenes de maniobra; el sujeto aprende las reglas, las internaliza, aprende las acciones esperables y permitidas dentro del campo y es donde se vincula lo objetivo y lo subjetivo. Es a través de la participación del agente dentro del campo, donde el sujeto internaliza las pautas, las reglas que son específicas y vienen dadas por la condición objetiva, pero en su participación hay un componente subjetivo, el agente no es un ente pasivo, sino que puede impugnarla, recrearla, discutirla o amoldarse.





Por lo tanto, la participación del agente involucra dos planos, objetivo (estructura del campo, reglas, instituciones y posiciones que de antemano vienen dadas) y subjetivo (como piensa, siente y actúa en el campo). La vinculación de estos dos planos, es lo que Bourdieu denomina *Hábitus*. Este *Hábitus* genera esquemas de percepción y de acción dentro del campo a partir de los cuales los sujetos van a participar y van a disputar lugares de lucha.

Por otro lado, Bourdieu habla del espacio social y el campo del poder. El campo del poder “es el espacio de las relaciones de fuerza entre los diferentes tipos de capital o, con mayor precisión, entre los agentes que están suficientemente provistos de uno de los diferentes tipos de capital para estar en disposición de dominar el campo correspondiente y cuyas luchas se intensifican todas las veces que se pone en tela de juicio el valor relativo de los diferentes tipos de capital; es decir, en particular, cuando están amenazados los equilibrios establecidos en el seno del campo de las instancias específicamente encargadas de la reproducción del campo de poder” (Bourdieu, 1997:51)

Hemos intentado hacer el ejercicio de establecer una relación entre la teoría de Bourdieu con el subcampo<sup>88</sup> de trabajo de un hospital, que estaría inmerso en el campo, que denominaremos, sanitario. En dicho subcampo estarían incorporadas las instituciones que existen en él (direcciones, junta facultativa, comisión de ética, comité de empresa,...), encontraríamos los agentes (médicos, enfermeras, gestores, auxiliares,...), el capital (consiste en lo que se juega o por lo que se juega en el campo) y el *hábitus* (percepciones y forma de actuar)

Según Bourdieu, la institución educativa es en primera instancia, después de la familia, la que contribuye a reproducir la distribución del capital cultural y, con ello, la estructura del espacio social. En este acto de ordenación se instituye la diferencia social y una legitimación de poder y de estatus. Por lo que la formación médica reproduce en cada generación de estudiantes ese valor, ese estatus y ese poder que por herencia cultural proporciona autoridad y legitimidad, por el simple hecho de tener una titulación y que les sitúa en zonas privilegiadas dentro del espacio social. Recordemos que desde la Edad media, Estado e Iglesia otorgaron esa legitimidad a los médicos con la entrada de la medicina en la Universidad, mientras que enfermería no tuvo esa oportunidad hasta la segunda mitad del siglo XX.

Como nos decía uno de los informantes que había estado en un cargo institucional en el Departament de Salut de Catalunya:

*P1. "Se crean unos tabús...desde un prisma más antropológico y de estudio de las civilizaciones, en todas las tribus ha habido hechiceros intocables...siempre hay una parte de ciencia vinculada a la calidad de vida de las personas, que tienen partes ocultas que hacen fluir un respeto a quien tiene que organizar la cosa...esto es así..." (Ex-cargo político, 56 años)*

---

<sup>88</sup> Bourdieu (1997) establece la existencia de subcampos situados dentro de los diferentes campos.

Podríamos pensar, que la clase médica, se moviliza y mantiene una lucha simbólica (y política) para imponer su visión del mundo o, mejor aún, una forma de construir ese mundo (en la percepción y en la realidad) y de construir las clases según las cuales puede ser distinguida. Pero en realidad lo que existe es un espacio social sanitario (campo) de diferencias, en el que los individuos o grupos existen como en un estado virtual, no como algo dado, sino como algo que se trata de construir. El espacio social sanitario es algo que los agentes sociales (médicos, enfermeras, gestores, políticos,...) tienen que construir, individual y sobretodo colectivamente, entre el conflicto y la colaboración, pero en ese espacio, los diferentes tipos de capital son armas que ordenan las representaciones del espacio y las tomas de posición en las luchas para conservarlo o transformarlo.

Bourdieu, describe "(...) el espacio social global como un campo, es decir a la vez como un campo de fuerzas, cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como un campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura del campo de fuerzas, contribuyendo de este modo a conservar o a transformar su estructura" (1997:49)

Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que el colectivo médico es un grupo que se ha movilizado por y para la defensa de sus intereses desde sus orígenes y han constituido, con éxito, un grupo unido con poder, influencia y legitimación por parte de la sociedad y de las diferentes estructuras que la componen.

Pero el contexto sanitario no es tan simple como decir que los médicos son los agentes dominantes dentro del sistema, sólo por ser un grupo cohesionado y capaz de desarrollar estrategias conjuntas en pro de sus intereses, sino que existe un conjunto complejo de acciones que se engendran en la red de luchas cruzadas de dominación que a su vez están dominando a los médicos. Es decir, ese deseo de poder, les hace entrar en una espiral en la que cada vez deben establecer más y más estrategias si quieren mantener ese estatus.

Veamos el ejemplo de uno de los debates que en los últimos años se está produciendo entre los miembros del colectivo médico. Me refiero a los efectos que está ocasionando la incorporación masiva de mujeres entre las filas médicas. Laura Bonilla realizaba diversas entrevistas a médicos y explicaba en el diario digital, ara.cat del 7 de julio de 2013<sup>89</sup> algunos de los efectos de la feminización de la profesión. Según la autora, algunos piensan que esa incorporación masiva de mujeres a la profesión está produciendo una pérdida de estatus de la profesión, lo que se traduce en el "desinterès dels nois cap a una carrera que en els últims anys ha perdut estatus" y añade una de las informantes "Crec que els homes se'n van a carreres que tinguin un desenvolupament professional més vistós -enginyeries,

---

<sup>89</sup> BONILLA, L. (2013) *La medicina té cara de dona*. Ara.cat (7/4/2013). Disponible en: [http://www.ara.cat/premium/societat/medicina-rostre-dona\\_0\\_896910365.html](http://www.ara.cat/premium/societat/medicina-rostre-dona_0_896910365.html) Consultado el: 23/9/15

carreres tècniques- i que siguin econòmicament més rendibles i amb menys cost personal". Otros, por el contrario, ven en la incorporación de la mujer una amenaza al desarrollo profesional: "hi ha qui també veu la feminització de la medicina com un risc al desenvolupament científic". A pesar de todo, Bonilla aporta datos que demuestran que aunque existe un numeroso ingreso de mujeres en medicina, los hombres son los que siguen accediendo a los cargos de poder "aquestes xifres no es traslladen als càrrecs directius -on les dones estan infrarepresentades-, ja que continuen copats per homes tant als hospitals com a la universitat", lo que atribuyen "a les dificultats de conciliació".

Por lo tanto, podemos ver como el colectivo médico está viendo perturbado su estatus y su poder dentro del sistema con la incorporación de las mujeres en la profesión médica.

Pero continuemos con enfermería, para analizar el contexto global debemos retrotraernos históricamente en dos aspectos esenciales que hemos de tener presente, que han ido de la mano en el tiempo y que han constituido unas de las problemáticas esenciales de la enfermería. Por un lado, el momento en que los dos géneros se dispusieron en posiciones diferentes en el campo social, colocando al hombre en una posición de superioridad respecto a la mujer y por otro lado el momento en que Estado e Iglesia otorgaron la legitimidad al conocimiento médico, incorporando la medicina a la universidad, en detrimento del saber informal de las sanadoras, que de la misma forma que en caso de los géneros, una pasó a estar en una posición dominante y la otra en una posición secundaria.

Un ejemplo de ello fue la creación de forma oficial en 1894 del primer colegio de médicos de Barcelona, dicha entidad "va néixer per a la defensa de la "classe mèdica" davant la competència de sanadors i curanderos i les reclamacions de pacients, com també per prendre mesures davant el progressiu control de l'exercici de la professió i la pressió fiscal de l'Estat" (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 1998:6).

De este modo, la gestión del conocimiento de la ciencia pasó a manos de los médicos y se constituyó en el único saber legitimado, en un capital cultural institucionalizado que confería a los médicos un valor reconocido por las instituciones y a la vez en un capital simbólico. Bourdieu define este capital simbólico como "una propiedad cualquiera, fuerza física, riqueza, valor guerrero, que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y valoración que permitan percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelva simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica: una propiedad que, porque responde a unas "expectativas colectivas", socialmente constituidas, a unas creencias, ejerce una especie de acción a distancia, sin contacto físico. Se imparte una orden y ésta es obedecida: se trata de un acto casi mágico" (Bourdieu, 1997:172-173).

De esta manera, los médicos se constituyeron como los poseedores de un capital simbólico, que es estable, ya que es un bien colectivo legítimo, que han de conservar y aumentar, por lo que se constituye en poder simbólico. Un poder invisible, legitimador, que promueve el consenso de dominadores y

dominados, un poder que tiene la capacidad de imponer una visión legítima del mundo social. Este poder simbólico, según Bourdieu, no utiliza la violencia física, sino una violencia simbólica: “esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se percibe como tales apoyándose en unas “expectativas colectivas”, en unas creencias socialmente inculcadas” (Bourdieu, 1997:173).

Y de esta forma, las enfermeras, como las mujeres, fueron consideradas seres de segundo orden, a las que no se les permitía dejar constancia escrita de sus saberes y los médicos fueron los que crearon unos agentes dominados que utilizaban como mano de obra para conseguir sus objetivos y a los que adoctrinaron mediante la realización de manuales<sup>90</sup> destinados a ellas, donde se indicaba a las enfermeras lo que debían saber y cómo llevar a cabo su labor, en sumisión a los médicos.

Los médicos pasaron a ejercer una dominación simbólica basada en el reconocimiento y el desconocimiento de los principios en nombre de los cuales se ejerce, sustentándose en creencias no explicitadas ni producto de la elección deliberada del individuo, sino una adhesión inmediata, una sumisión *dóxica* a ese mundo, actuando a través de las mentes y de los cuerpos como un orden natural de las cosas, como una creencia asumida que se impone y que garantiza la adhesión inmediata, una sumisión *dóxica* al orden establecido (Acebedo, 2012). Bourdieu así lo define: “La *doxa* es un punto de vista particular, el punto de vista de los dominantes, que se expresa y se impone como punto de vista universal” (Bourdieu, 1997:121). Esa sumisión *doxa* es la que ha sido asumida por las mujeres, en un orden establecido en relación al género, y por las enfermeras en un orden establecido en relación a los médicos.

De igual manera adquirieron un importante capital social, como capital añadido por el hecho de pertenecer a un grupo corporativo y disfrutar de una red importante de relaciones sociales institucionalizadas que otorgan reconocimiento, honorabilidad y respeto y permiten unos beneficios materiales o simbólicos. Y como no, un capital económico, que le proporciona un estatus en la estructura social y que sirve como medio para ejercer el poder sobre los recursos o personas.

De esta forma se estableció un campo de poder, un espacio de dos dimensiones y dos formas de lucha, por un lado la lucha de los médicos buscando notoriedad y éxito, y por otro la lucha de las enfermeras en la búsqueda de un reconocimiento, es decir, los médicos ricos en capital cultural, simbólico, económico y social, frente a las enfermeras, pobres en todos esos tipos de capital, aunque ricas en un capital, que podríamos llamar, emocional, pero que carece de valor por asociarse a la condición de género. En definitiva, es la oposición entre dos campos de producción.

---

<sup>90</sup> En capítulos anteriores hemos presentado y analizado algunos de esos manuales escritos por médicos y destinados a la formación de enfermeras, en los que se explicitaba el carácter sumiso y dependiente de la enfermera y en los que se les restringía el conocimiento.

En realidad las luchas que se establecen entre estos dos grupos tienen un objetivo, que es tratar de imponer su interpretación de lo que las cosas fueron, son y serán, es decir, los profesionales “se enfrentan en luchas cuya apuesta es la imposición de los principios legítimos de visión y de división del mundo natural y del mundo social” (Bourdieu, 1997:84), una visión creada y recreada durante siglos en la que el dominador ha sido, es y será el médico, y las dominadas las enfermeras.

La estrategia utilizada por los médicos en estas luchas, tal y como hemos visto anteriormente, es la de tener un discurso relativo a unos valores ideales, (según los discursos de algunos médicos, necesitan unos profesionales de enfermería expertos y con alto grado de resolución, un trabajo colaborativo y una cooperación entre ambos equipos), cuando en realidad las normas que profesan son otras muy distintas (según los discursos de enfermería, hay un hermetismo, bloqueo, marginación, dominación). Enfermería, por su parte, tiene unos valores ideales de unas expectativas de autonomía y trabajo colaborativo, mientras que sus prácticas son de sumisión *doxa* y aceptación de la realidad que les imponen los médicos.

Si intentamos reproducir gráficamente el espacio social que hemos descrito, en el que se inserta el espacio de poder, obtendremos la siguiente figura:



Dentro de dichos campos se situarían los capitales y los agentes de tal forma que su situación, más o menos cercana a la posición dominante dependerá de la cantidad de capital que posean. En la parte superior del campo, ostentando una posición dominante estarían los médicos y en la parte inferior las enfermeras.

Consecuentemente, ante este contexto, se establecen luchas entre agentes dotados de un gran capital simbólico, cultural, social y económico (los médicos) que dominan el campo y otros agentes (enfermeras) con mucha menor carga de estos capitales y que son los dominados del campo. Por lo tanto, las relaciones que se establecen entre médicos y enfermeras son meras luchas de poder por el mantenimiento de su correspondiente parcela de control competencial, estatus, poder, legitimidad, etc., y donde los *hábitus* hacen que los médicos se perciban amenazados, con lo cual mantienen una lucha constante ante el temor de la pérdida de poder y las enfermeras se sientan marginadas, invisibles y víctimas. Esta situación es la que permite la conservación de la estructura del campo.

“Las estrategias de los agentes y de las instituciones inscritos en las luchas (...), es decir, sus tomas de posición, dependen de la posición que ocupen en la estructura del campo, es decir en la distribución del capital simbólico específico, institucionalizado o no (reconocimiento interno o notoriedad externa) y que, por mediación de las disposiciones constitutivas de sus *hábitus* (y relativamente autónomas en relación con la posición), les impulsa ya sea a conservar ya sea a transformar la estructura de distribución, por lo tanto a perpetuar las reglas del juego en vigor o a subvertirlas” (Bourdieu, 1997:63-64)

Estas tensiones y luchas que se producen entre los agentes del campo, consecuencia de la propia estructura, a la vez es lo que determina los cambios que se producen en ella. Pero por mucha autonomía que tenga el campo, el resultado de estas luchas depende siempre de factores externos y de los refuerzos que los diferentes agentes del campo puedan encontrar en el exterior.

En el campo de la sanidad intervienen e influyen otros campos que de alguna forma impactan en él.

### **6.1.- Campo de la sanidad catalana**

Empezaremos por describir el complejo campo sanitario, basándonos en el organigrama del Departament de Salut<sup>91</sup>. En él se encuentran las diversas instituciones:

- Departament de salut, que ostenta las siguientes competencias: servicios sanitarios, sociosanitarios y salud mental, medidas y actuaciones de salud pública, planificación de recursos humanos y coordinación de las actividades sanitarias, formación sanitaria

---

<sup>91</sup> DEPARTAMENT DE SALUT. Organigrama Disponible en: <http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organigrama.jsp?codi=2803&jq=200001&cap=false> Consultado el 1/8/15

especializada y formación continuada, entre otras. El Departament de salut, tiene adscritas diversas entidades que desarrollan las funciones antes descritas, estas son: Agencia de Salud Pública de Cataluña ( Instituto Catalán de evaluaciones médicas, Agencia catalana de seguridad alimentaria), Agencia de la calidad y evaluación sanitarias de Catalunya, Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) y la Fundación Ticsalut. Además de otros departamentos.

- Asociaciones patronales como la Unió Catalana d'Hospitals y el Consorci Hospitalari.
- Empresas públicas como el Consorci Sanitari Integral, Grup Sagessa, Consorci de Gestió Corporació Sanitària (CGCS), Consorci Sanitari de Barcelona, Consorci Sanitari del Maresme, Consorci hospitalari de Vic, Parc Sanitari Pere Virgili, etc.
- Empresas privadas como la Clínica Corachán (Barcelona), Hospital de Barcelona, Hospital General de Catalunya, etc

El Departament de Salut, juntamente con las entidades adscritas a él, son las que establecen las necesidades de salud de la población e implanta normas y leyes aplicables en ámbito sanitario. Por otro lado el CatSalut es la institución que financia los servicios y determina, mediante adjudicación directa, como es el caso del Instituto Catalán de la Salud (empresa del CatSalut) o mediante la compra de servicios (como es el caso de las empresas públicas y privadas), la actividad que cada una de los centros sanitarios debe realizar. Podríamos decir que estas instituciones son las que establecen las reglas del juego en el que participan los diferentes agentes en el campo sanitario. Debemos destacar que mayoritariamente, estas instituciones están liderados por médicos y la presencia de enfermería es exigua, como vemos en la tabla (27)

**Tabla 27. Organigrama del Departament de Salut**

| Departamento   | Cargo                | Nombre              | profesión              | Cargo en el colegio |
|--|----------------------|---------------------|------------------------|---------------------|
| <b>DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA</b>         |                      |                     |                        |                     |
| <b>Departament de Salut</b>  | Consejero            | Boi Ruíz            | Licenciado en medicina |                     |
| <b>Gestió de serveis Sanitaris</b>                                 | Responsable          | Jaume Capdevila     | Licenciado en medicina |                     |
| <b>Parc Sanitari Pere Virgili</b>                                  | Gerente              | J. A Minguez Rei    | Licenciado en medicina | si                  |
| <b>Promoció de la Salut</b>  | Subdirectora General | Carmen Cabezas      | Licenciado en medicina |                     |
| <b>Vigilància y resposta d'emergències de Salut Pública</b>        | Subdirectora General | Mireia Jané         | Licenciado en medicina |                     |
| <b>Agència de Salut Pública de Catalunya</b>                       | Director             | Antoni Mateu        | Licenciado en medicina |                     |
| <b>Tecnologies de la informació i la comunicació</b>               | Director             | Ramón Roman         | Licenciado en medicina | si                  |
| <b>Sistemes d'emergències Mèdiques</b>                             | Director general     | Francesc Bonet      | Licenciado en medicina | si                  |
| <b>Consell consultiu de pacients de Catalunya</b>                  | ¿?                   | Assumpció Lailla    | <b>Enfermera</b>       |                     |
| <b>Comissió d'avaluació econòmica i d'impacte pressupostari</b>    | Gerente              | Antoni Gilabert     | Licenciado en medicina | si                  |
| <b>Directora estratègica d'infermeria del Departament de Salut</b> | Directora            | Guadalupe Figueiras | <b>Enfermera</b>       |                     |
| <b>UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS</b>                                   |                      |                     |                        |                     |
| <b>Unió Catalana d'Hospitals</b>                                   | Presidente           | Manel Jovells       | Licenciado en medicina |                     |

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

|  |                          |             |                           |
|--|--------------------------|-------------|---------------------------|
| Unió Catalana d'Hospitals                      | Vicepresident<br>segundo | J. M. Piqué | Licenciado en<br>medicina |
| Unió Catalana d'Hospitals                      | Secretario               | Xavier Mate | Licenciado en<br>medicina |
| Unió Catalana d'Hospitals                      | Vicesecretario           | Jaume Duran | Licenciado en<br>medicina |
| <b>CONSORCI DE SALUT I SOCIAL DE CATALUNYA</b> |                          |             |                           |
| Consorti Sanitari i Social de Catalunya        | Presidente               | Manel Ferré | Licenciado en<br>medicina |

Por lo tanto, podemos decir que las reglas del juego, leyes y normativas en relación a la organización del sistema sanitario, las están marcando los propios médicos, cosa que no hace más que seguir potenciando la legitimidad y poder del colectivo. Como hemos podido ver anteriormente en la gráfica, los médicos están liderando la mayoría de los organismos creados al amparo del Departamento de Salud, pero nos gustaría destacar su presencia en ámbitos económicos, es decir, controlando el capital económico (Comissió d'avaluació econòmica i d'impacte pressupostari) y en las esferas de comunicación y tecnologías de la información, es decir, controlando el capital cultural y simbólico (Fundació TICSalut (tecnologia, innovació i salut), Tecnologies de la informació i la comunicació)

Este contexto sanitario que agrupa diferentes instituciones, lo podemos comparar al concepto de Estado de Bourdieu, él lo define como espacio de unificación de campos. Si como hemos dicho, el espacio social es un campo de fuerzas, algo parecido a un grupo institucionalizado que lucha por sus intereses y según el autor existe un espacio social unificado (el estado) que tiene el poder de regularizar el funcionamiento de los diferentes campos a través de la legislación, normativas, etc., aquellos grupos que se posicionan dominantes y con influencia suficiente para intervenir e influenciar en las decisiones del estado, tendrán la posibilidad de diseñar normas y leyes que perpetúen y reproduzcan su poder dentro de un campo en detrimento de otros. "(...) la génesis del Estado es inseparable de un proceso de unificación de los diferentes campos sociales, económico, cultural, político, etc., que va parejo a la constitución progresiva de un monopolio estatal de la violencia física y simbólica legítima" (Bourdieu, 1997:50). Todo esto proporciona un entramado de fuerzas y luchas perfecto para que enfermería se posiciona como un colectivo absolutamente débil y dominado por el colectivo médico.

Cada uno de los campos que están interrelacionados van otorgando de forma progresiva a los médicos legitimidad, capacidad de influencia, estatus:

- El campo de género, por el hecho de ser hombres en su mayoría les posiciona en situación de poder.
- El capital simbólico que le otorga la sociedad ya que confiere un mayor valor a la medicina que a la enfermería y el propio colectivo que se percibe a un nivel superior al resto de categorías profesionales.
- El capital cultural que otorga la formación universitaria.
- El campo científico que otorga valor a sus hallazgos.



- El sistema de salud que valora la legitimidad de su práctica.

En definitiva, como podemos ver en la figura (5) cada uno de los campos les otorga poder y esa prerrogativa para ejercer una violencia simbólica a otras categorías profesionales como es el caso de enfermería.



Ese capital simbólico tan importante, es común a todos los miembros del colectivo médico y es a la vez instrumento y desafío de unas estrategias colectivas que pretenden aumentarlo y de unas estrategias individualizadas que pretende adquirirlo y conservarlo. Esto origina la cohesión de los médicos que son los poseedores de dicho capital y así se diferencian de las enfermeras que lo poseen poco o carecen de él.

Es decir, en palabras de Bourdieu, “La dominación no es mero efecto directo de la acción ejercida por un conjunto de agentes («la clase dominante») investidos de poderes de coacción sino el efecto indirecto de un conjunto complejo de acciones que se engendran en la red de las coacciones cruzadas a las que cada uno de los dominantes, dominado de este modo por la estructura del campo a través del cual se ejerce la dominación, está sometido por parte de todos los demás” (Bourdieu, 1994:51)

## 6.2.- Campo educativo

En relación a este campo hablaremos de los dos subcampos, la formación universitaria enfermera y la médica.

En relación al subcampo educativo de los médicos, recordemos que ya desde la edad media, la medicina se incorporó a la universidad y tanto el estado como la Iglesia, les otorgó la legitimidad del conocimiento científico. En aquella época, se estableció una lucha encarnizada en defensa de ese capital cultural (conocimiento) y simbólico (legitimidad). Los médicos, junto con la Iglesia y el Estado, consiguieron cambiar leyes y normas que concluyeron en la persecución y quema en la hoguera de aquellas sanadoras, ante las que la medicina se sintió amenazada. De esta forma el mismo Estado e Iglesia,

fueron los primeros en otorgar la plena legitimidad del conocimiento a la medicina, excluyendo a la futura enfermería del sistema.

Esta misma situación la estamos viviendo en la actualidad. Si recordamos lo dicho en capítulos anteriores, podemos ver que ante cualquier avance en el desarrollo de enfermería, la medicina intenta establecer las alianzas y estrategias necesarias para atajarla con contundencia.

Bourdieu hace referencia a esta situación entre campos de lucha, cuando nos dice que una de las cosas que está en juego en las luchas entre “agentes o instituciones que tienen en común el hecho de poseer una cantidad de capital específico (económico o cultural en particular) suficiente para ocupar posiciones dominantes en el seno de los campos respectivos es la conservación o la transformación de la “tasa de cambio” entre diferentes tipos de capital y, al mismo tiempo, el poder sobre las instancias burocráticas que están en condiciones de modificarlo mediante medidas administrativas” (Bourdieu, 1994:51), llegando incluso a dificultar el acceso a otros agentes que aspiran a las posiciones dominantes y depreciando el valor relativo de esas posiciones.

En el caso de la educación médica, los flujos son extremadamente fluidos y la comunicación entre Universidad y resto de instituciones es muy efectiva. Los alumnos de medicina y especialidades acceden a las empresas, dotando a estas de un reconocimiento (Hospital Universitario) y los médicos pueden realizar docencia en la Universidad sin ningún tipo de impedimento, llegando a verse mermada su dedicación asistencial debido a la labor docente que realizan. “Para el caso de la profesión médica, el supuesto básico subyacente al análisis que se realiza es que la orientación de la práctica profesional es determinante en los procesos de diseño curricular que tiene lugar en la institución universitaria” (Andrade en Jarillo 1999).

Así lo expresaba uno de nuestros informantes sindicales:

*S1. “Estos señores tienen una relación vinculada a la universidad en base al supuesto de que su conocimiento sólo lo pueden hacer ellos,... si no están ellos, no existen,... están substituyendo horas asistenciales por docentes,... no puede haber nadie más que ellos que formen a los médicos... y luego apenas hacen asistencia” (Miembro sindicato, 58 años)*

Respecto al subcampo educativo de enfermería, debemos recordar por las vicisitudes que ha pasado el colectivo. Creado inicialmente como auxiliar del médico al que se le coartaba el acceso al conocimiento y se les exigía sumisión y obediencia (lo hemos podido apreciar en los manuales analizados en capítulos anteriores). Esta situación se veía reforzada por aspectos de género, lo que origina un campo con un bajo capital cultural y simbólico. Como nos dice Alberdi, “Analizar la historia de las enfermeras y de la enfermería y de su proceso de profesionalización desde la perspectiva de género, puede ayudar a

entender los mecanismos internos (de colonización intelectual) y externos (de represión) limitadores de nuestra aportación” (1997:65)

Debemos tener en cuenta que “Los procesos de socialización y aprendizaje, están en la base de la participación laboral de hombres y mujeres, porque influyen en la forma en que las personas se integran en el mercado de trabajo modelando sus preferencias por determinadas ocupaciones; pues a pesar de las afirmaciones de que el mercado de trabajo es libre existe todo un conjunto de condicionamientos y limitaciones a las selecciones de los trabajadores” (Comas, 1995:69-73). Y estos condicionamientos encuentran en la ideología sobre el género y el trabajo uno de sus principales soportes. “Todas las cualidades que se atribuyen a las mujeres en el polo de las emociones: intuición, psicología, capacidad de escucha, menor agresividad, trato más agradable.... En base a la construcción dicotómica de los géneros, esto significa la exclusión automática de los contextos y actividades que precisan cualidades que se sitúen en el polo de la racionalidad” (Mozo, 1997:80)

La educación enfermera, como hemos visto anteriormente, se caracteriza por ser una formación en la que se inculcan valores de sumisión, una práctica no reflexiva y una falta de comunicación entre la Universidad y las empresas que concluye en una inadecuación de la formación a las necesidades de las empresas de salud. La relación que se establece es la de un flujo de estudiante en proceso de formación de la Universidad hacia las empresas. El flujo inverso, es decir, la docencia que realizan algunos profesionales desde las empresas, en el caso de enfermería, no está regulado de la misma forma en que lo está en el caso de los médicos, sino que existe una incompatibilidad de las dos prácticas (asistencial y docente), por lo que las docentes que están en la escuela lo hacen invirtiendo horas personales y sin un reconocimiento por parte de la empresa.

Como expresaba uno de nuestros informantes:

*S1. "Lo que pasa es que entre lo que les enseñan en las escuelas de enfermería y lo que tienen que hacer en realidad, hay un mundo, entonces las escuelas vehiculizan a la enfermera hacia el cuidar, más que la propia capacidad que puede tener la enfermera de aportar al sistema, salen acondicionadas de forma clara hacia la sumisión a los médicos (...) Las barreras (para el desarrollo enfermero) son claras: los médicos y la actuación de la empresa. Mira, un médico le dice a la empresa que quiere ir a EEUU para hacer un curso y la empresa se lo paga y además lo publica porque se siente orgullosa de ese médico...dile a una enfermera que pida lo mismo...je,je,je...la empresa no necesita que la enfermera esté formada...mientras había dinero...era una cosa...pero ahora que no hay dinero, la enfermera está volviendo al verdadero rol que los médicos siempre han querido para ellas...de auxiliar del médico...un ATS, no hace falta ni grado, ni especialidades,... Las especialidades... ¿para qué?... ¿para qué quiere una empresa una enfermera especialista? ¿Para que haga lo mismo que hace?" (Miembro sindicato, 58 años)*

S2. *"Yo creo que el sistema no necesita que una enfermera se forme tanto y te lo digo rotundamente...llegará el día en que las empresas se encuentren con la universidad y verán que no tiene sentido...es que se deberían reunir antes y explicar a la universidad lo que se les va a exigir a las enfermeras...y adaptar el contenido...pero eso...no se hace...están dando unas expectativas a gente, que cuando salen...dicen...¿para esto?...en la universidad les enseñan...a lo que podrían llegar a ser las enfermeras...y se lo creen, porque tienen 20 años.. (...) Enfermería, dentro de su horario laboral, no puede hacer nada que no sea el trabajo asistencial, sin embargo, los médicos, si. Porque ellos tienen la posibilidad de organizarse el trabajo...y nuestro trabajo es continuo y el de ellos es puntual. En enfermería hay gente que si le interesan estas cosas de la investigación, la docencia, de ser novedosa...pero ahora lo hacen fuera del horario laboral y a costa del tiempo personal, y la empresa no te ayuda para nada, la gente se tiene que cambiar el día para poder ir a la universidad a dar clases...ellos salen a la hora que quieren y hacen lo que quieren..."* (Miembro sindicato, 57 años)

### 6.3.- Campo profesional

En relación al Campo profesional, analizaremos las relaciones que se establecen entre los colegios profesionales y el resto de instituciones incluidas en el campo de la sanidad.

Respecto al campo profesional, Bourdieu (1997) establece que la probabilidad de subsistencia de un grupo, dependerá de que los agentes que lo componen, participen en un proyecto común y se reconozcan dentro del grupo. Por un lado tenemos al campo profesional médico compuesto por un grupo de profesionales muy corporativos y con capacidad de movilización, mientras que enfermería no es un grupo cohesionado ni con capacidad de movilización.

Los colegios de enfermería, como hemos podido ver anteriormente en los discursos aportados por sus representantes, apenas tiene relación con los hospitales y si se da, según ellas mismas dijeron, es más una escenificación teatral, sin ningún tipo de repercusión hacia los profesionales.

Las relaciones que se establecen son a nivel más macro, es decir, el Consell de la Profesió Enfermera, que está incluido dentro del Departament de salut y el Consell de Colegios de Enfermería de Cataluña, como órgano cohesionador de los diferentes colegios provinciales. Pero las aportaciones que se realizan están dirigidas a los cuidados enfermeros o a suplicar espacios donde poder aportar la visión enfermera.

Por su parte, los colegios de médicos tienen gran influencia e implicaciones en las políticas sanitarias, la misma "práctica profesional presenta una fuerte dependencia de las instituciones públicas de salud y (...) el Estado ha potenciado ese ejercicio institucional de la profesión, en concordancia con un modelo de organización social y económica" (Jarillo, 1999:75-76).

Podemos ver la estrecha relación entre el colegio y las instituciones sanitarias en la tabla (27), en la que se aprecia como algunos de los responsables médicos que están al frente de algunas instituciones del Departament de Salut tienen una vinculación con cargos del colegio.

Pero además existen diversos convenios de colaboración, que están posicionando al colegio en una situación privilegiada. Vemos algunos ejemplos:

- En 1999 se establece el Primer convenio de colaboración entre las facultades de Derecho y Medicina de la UAB y el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona<sup>92</sup>
- En el año 2000 se establece un convenio sobre Formació Mèdica Continuada entre el Colegio de médicos de Barcelona i la "Fundació Sanitas"<sup>93</sup>. Además podemos leer en la noticia "Com ja es habitual els darrers anys, el COMB, a través del Centre d'Estudis Col·legials, ha establert convenis de col·laboració amb altres institucions en matèria de Formació Mèdica Continuada (FMC); entre d'altres col·laboracions amb el Departament de Sanitat, Departament de Treball, Escola d'Administració Pública, Institut d'Estudis de la Salut, Facultat de Medicina de la UAB, Universitat Pompeu Fabra, Unió Catalana d'Hospitals i Laboratori Novartis"
- DOGC (6292 del 14/1/13) Resolución SLT/8/2013, de 2 de enero<sup>94</sup>, por la que se establece el Convenio de delegación en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de funciones públicas propias del Departament de la Generalidad competente en materia de salud en relación a la acreditación de la formació médica continuada.
- 27/11/14 según la Web de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, "El secretari de Salut Pública de la Generalitat, el doctor Antoni Mateu, i el president del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB), el doctor Jaume Padrós, han signat aquest migdia un conveni de col·laboració per a la difusió d'informacions sobre seguretat alimentària, riscos alimentaris emergents i promoció de la salut mitjançant aconsellament mèdic"<sup>95</sup>.
- DOGC (6888 del 9/6/15). Resolución SLT/1201/2015, de 25 de mayo, por la que se establece el Convenio firmado entre la Administración de la Generalidad, mediante el Departamento de Salud, y el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, para la delegación de funciones de tramitación de expedientes de autorización de determinadas consultas médicas<sup>96</sup>.

<sup>92</sup> COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (1999) *Primer conveni de col·laboració entre les facultats de Dret i Medicina de la UAB i el Col·legi de Metges de Barcelona* (1999) COMB Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/sic/sic91/sic03.htm> Consultado el 3/8/15

<sup>93</sup> COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA (2000) *Conveni sobre Formació Mèdica Continuada entre el COMB i la "Fundació Sanitas"*. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/sic/sic93/sic60.htm> Consultado el 3/8/15

<sup>94</sup> RESOLUCIÓ SLT/8/2013, de 2 de gener, per la qual es dóna publicitat al Conveni d'1 de gener de 2013, de *delegació en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de funcions públiques pròpies del departament de la Generalitat competent en matèria de salut pel que fa a acreditació de la formació mèdica continuada*. DOGC 6292 de 14.1.2013. Disponible en: [http://www.ccoo.cat/ceres/documents/recull\\_legislatiu/12016.pdf](http://www.ccoo.cat/ceres/documents/recull_legislatiu/12016.pdf) Consultado el 5/8/2015

<sup>95</sup> AGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE CATALUÑA. GENERALITAT DE CATALUNYA (2014) *Agencia de Salut Pública i el Col·legi de Metges signen un conveni per a la difusió d'informació sobre seguretat alimentària i promoció de la salut*. Disponible en: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/seguretat\\_alimentaria/notes\\_d\\_actualitat/salut-publica-i-el-collegi-de-metges-signen-un-conveni-per-a-la-difusio-dinformacio-sobre-seguretat-alimentaria-i-promocio-de-la-salut/](http://salutpublica.gencat.cat/ca/seguretat_alimentaria/notes_d_actualitat/salut-publica-i-el-collegi-de-metges-signen-un-conveni-per-a-la-difusio-dinformacio-sobre-seguretat-alimentaria-i-promocio-de-la-salut/) Consultado el 5/8/2015

<sup>96</sup> RESOLUCIÓ SLT/1201/2015, de 25 de maig, per la qual es dóna publicitat al Conveni signat entre l'Administració de la Generalitat, mitjançant el Departament de Salut, i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, per a la delegació de funcions de

- El 5 de junio de 2015 se firma un acuerdo entre el Departament de salut, el servei català de la salut, el institut català de la salut y el consell de colegios de médicos de Cataluña para el desarrollo de iniciativas que favorezcan la participación de los profesionales en el gobierno y gestión de los centros del Instituto Catalán de la Salud<sup>97</sup>

Es decir, el colegio está estableciendo desde hace años una red de convenios de colaboración con diferentes entidades y organismos del sistema sanitario, que le está permitiendo disponerse en una situación privilegiada que le está otorgando legitimidad y poder.

#### 6.4.- Campo científico.

En este apartado trataremos el tema de la investigación y su relación con las instituciones.

Investigación de enfermería. Hemos podido leer con anterioridad que la competencia investigadora es un tema pendiente en enfermería y que las aportaciones realizadas por los profesionales son escasas y en muchas ocasiones investigan de forma colaborativa con los médicos (siendo estos últimos los investigadores principales de los estudios) o vinculada a decisiones facultativas. Aunque es cierto que de forma progresiva, algunas instituciones, a nivel de Cataluña, están promoviendo la práctica de cuidados basados en la evidencia, como es el Institut Joanna Briggs y otros que potencian la investigación en enfermería como el Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol y el Institut de Salut Carles III.

Pero la investigación enfermera sigue siendo una actividad escasa entre estos profesionales. Debemos recordar el estudio de 2011 realizado por el Departament de Salut (analizado en capítulos anteriores), *"La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya"*, cuyos resultados indican que la investigación sigue siendo un tema pendiente para el colectivo enfermero que, en general, no apoya su actividad en los resultados de la investigación, ni se siente motivada a realizar estudios.

Un tema que es de gran importancia es que la producción científica enfermera, en la mayoría de las ocasiones, permanece en el propio ámbito profesional (revistas, congresos,... de carácter profesional) e incluso así, pocas veces se utiliza para modificar pautas de comportamiento práctico (la enfermería basada en la evidencia es una práctica poco generalizada entre el colectivo). En este sentido es oportuno señalar que el desarrollo de la investigación y su utilización contribuirán a crear conocimiento y, por lo tanto, poder. El reconocimiento de la experiencia de enfermería clarificará la contribución que

---

tramitació d'expedients d'autorització de determinades consultes mèdiques DOGC (6888 del 9/6/15) Disponible en: <http://legislacion.derecho.com/resolucio-slt-1201-2015-25-mayo-2015-departament-de-salut-6391195> Consultado el 5/8/2015

<sup>97</sup> ACORD entre el Departament de Salut, el Servei Català de la Salut, el Institut Català de la Salut i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya per al desenvolupament d'iniciatives que afavoreixin la participació dels professionals en la governança i gestió dels centres del Institut Català de la Salut (2015) Disponible en: <http://www.comb.cat/Upload/Documents/6167.PDF> Consultado el 10/8/2015

las enfermeras hacen al bienestar de la población. Esto ayudará a resistir la tentación de buscar en el exterior de la profesión las respuestas a las preguntas concernientes al cuidado enfermero (Goulet, Lauzón & Ricard, 2003)

En el caso de la investigación médica, la producción es muy prolífica en todos los ámbitos de la práctica. Esta se utiliza para el desarrollo de una labor basada en la evidencia científica y no sólo publican en revistas especializadas, sino que publicitan sus hallazgos a la sociedad.

Esta competencia investigadora está en gran parte influenciada y es dependiente de instituciones públicas de salud y de empresas farmacéuticas, a la vez que estos organismos dependen de las aportaciones investigadoras para la implantación de políticas de salud (recordemos el caso de la nueva vacuna contra la hepatitis).

Este mismo mes de agosto de 2015 se ha publicado en el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, el Acuerdo de Gobierno (Acord GOV/137/2015)<sup>98</sup>, por el que se declara de interés público el desarrollo de otra actividad en el ámbito de la investigación en salud por parte de los profesionales sanitarios que desarrollen una actividad asistencial en el sistema público de salud de Cataluña. Es decir, es un acuerdo para poder compatibilizar la asistencia con la investigación, evidentemente, es un acuerdo entre médicos y departamento de salud, puesto que a enfermería no se le reconoce esta competencia en las empresas.

En 2012 el Departamento de Salud definió el Pla Estratègic de Recerca i Innovació en Salut 2012-2015<sup>99</sup>, en que se reafirma la importancia de la investigación como uno de los ejes esenciales para la mejora de la salud de la población. En él se incluyen tres áreas específicas:

- Investigación básica o de laboratorio, con el objetivo de realizar estudios que permitan el desarrollo de nuevas terapias.
- Investigación clínica que tiene el objetivo de mejorar el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades.
- Investigación en salud pública que por un lado estudia como los factores sociales, culturales, medioambientales, laborales y económicos determinan el estado de salud y por otro lado, en el ámbito de los servicios sanitarios, estudia como los factores personales y sociales, los procesos

---

<sup>98</sup> ACORD GOV/137/2015, de 25 d'agost, pel qual es declara d'interès públic el desenvolupament d'un altre lloc de treball o activitat pública en l'àmbit de la investigació en salut per part dels professionals sanitaris que desenvolupen una activitat assistencial en el sistema públic de salut de Catalunya. (2015) Disponible en: <http://www.boletinesoficials.com/catalan/documentacion/norma/documento/ACORDO-GOV-137-2015-25-agost-declara-interes-publico-desenvolupament-posat-treball-activitat-publica-ambito-investigacion-salut-professionals-sanitaris-desenvolupen-assistencial-sistema-Cataluna,19,20150827,6/> Consultado el 15/9/15

<sup>99</sup> GENERALITAT DE CATALUNYA. Nota de premsa (16/10/2012) *El Govern aprova el Pla estratègic de recerca i innovació en salut 2012-2015*. Disponible en: [http://www.govern.cat/pres\\_gov/AppJava/govern/govern/consell-executiu/acords-govern/nota-premsa/165110/govern-aprova-estrategic-recerca-innovacio-salut-2012-2015.html](http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/govern/consell-executiu/acords-govern/nota-premsa/165110/govern-aprova-estrategic-recerca-innovacio-salut-2012-2015.html) Consultado el 16/9/15

y las estructuras organizativas, y las tecnologías sanitarias afectan el acceso a los servicios, la calidad y el coste de la atención sanitaria y, en definitiva, la salud y el bienestar de los ciudadanos.

En dicho plan estratégico participan diversas instituciones: Institut d'investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Institut d'investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Institut d'investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol (IGTP), Institut d'investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau). Todas ellas lideradas por médicos.

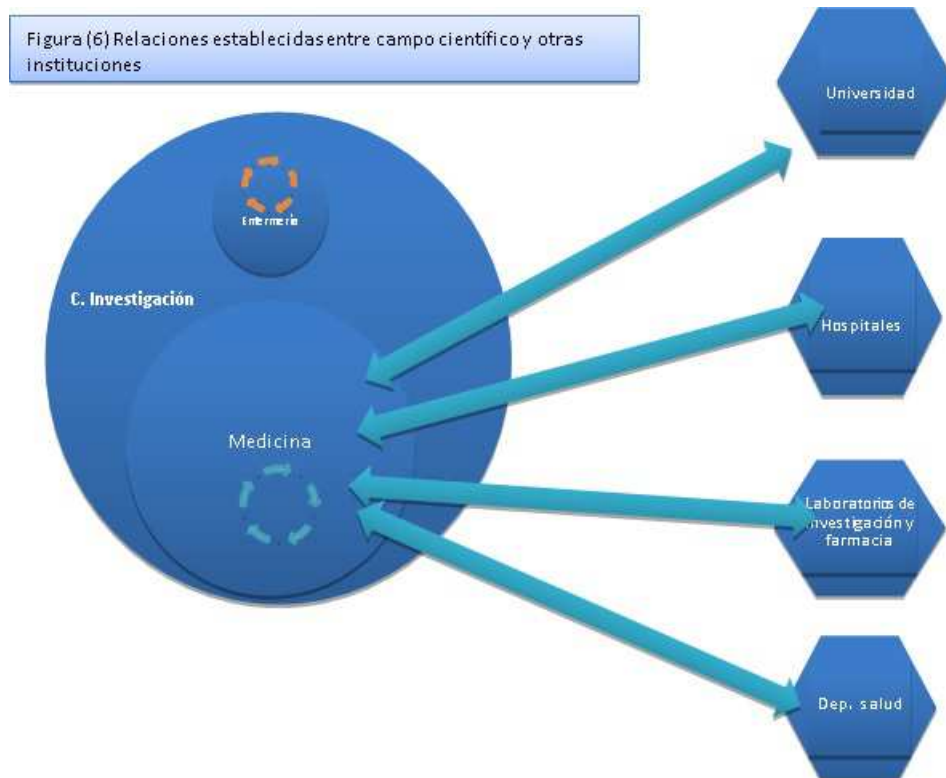
Este plan estratégico, diseñado para la actividad médica científica, permite la interrelación entre los centros de investigación, ubicados en los diferentes hospitales, con los laboratorios de investigación y el departamento de salud.

El documento hace mención a la importancia de la investigación en los hospitales y su transferencia a la práctica clínica: "A Catalunya els hospitals han tingut un paper clau en la producció de recerca i darrerament també en la translació de resultats a la pràctica clínica. Aquest paper investigador dels hospitals va fer que al seu entorn es creessin els instituts de recerca que, al cap d'uns anys, han vist reconeguda la seva qualitat mitjançant el procés d'acreditació que va portar a terme d'institut de Salut Carlos III del Govern espanyol" (Pla estratègic de recerca i innovació en salut 2012-2015:6-7)

En este campo, el de la investigación, también hemos comprobado como los médicos establecen redes sólidas que le confieren legitimidad y poder.

Hemos representado en la figura (6), la forma en que se establecen las relaciones en el campo de la investigación, tanto de médicos como enfermeras.





## 6.5.- Campo sindical

En este apartado puedo hablar desde mi propia experiencia de 3 años como presidenta del comité de empresa de uno de los hospitales participantes en el estudio y como responsable de enfermería de la UGT de Cataluña durante 2 años. El sindicato de enfermería SATSE estuvo durante años en coalición con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), que dio origen a CEMSATSE, posteriormente y ya a nivel de Cataluña, se aliaron el SATSE con el Sindicato de Médicos de Cataluña, dando lugar a AMIC (Associació de metges i Infermeres de Catalunya). En este caso enfermería quiso aliarse con los médicos para conseguir ventajas económicas y sociales en la firma de los diferentes convenios de la CCAA. En la actualidad, esa alianza se ha desintegrado y cada uno de los sindicatos negocia por su parte.

Por un lado, el sindicato "Metges de Catalunya (MC) és una organització sindical catalana, professional i integradora" según reza en su página web<sup>100</sup>, es decir, es un organismo que está en contacto directo con el colegio de médicos (de hecho en la misma web se pueden leer las actividades que realizan de forma conjunta) y con el que establece un constante feedback con el objetivo de mejorar las condiciones de los profesionales. En 2008 el Informe anual del Colegio publicaba una noticia con el título "Diàleg

<sup>100</sup> [www.metgesdecatalunya.cat](http://www.metgesdecatalunya.cat)

permanent entre el COMB (Col·legi Oficial de Metges de Catalunya) i Metges de Catalunya”<sup>101</sup> (Bruguera, 2008:21), lo cual es bastante significativo.

Desde hace años, el sindicato de médicos lucha por negociar un convenio franja exclusivo para ellos, cosa que hasta el momento han conseguido en algunas ocasiones como es el caso del Hospital Clínico de Barcelona. El 29 de octubre de 2014, el Diario Médico<sup>102</sup> publicaba “Médicos de Cataluña pide formalmente el convenio franja médico”. En el artículo podemos leer que el sindicato Médicos de Cataluña había entregado al Departamento de Salud una petición formal para la constitución de una mesa de negociación única para los facultativos y así lo corroboraba uno de nuestros informantes.

*P1. “...tiene que haber otras soluciones para poder organizar los servicios y las personas, que no limiten ni encorseten tanto las categorías...esto cambiará, pero corremos el riesgo de los convenios franja, que los médicos lo tienen ya en muchos sitios y las enfermeras están en ello”* (Ex-cargo político, 56 años)

*S1. “Históricamente los médicos en los hospitales de Cataluña han tenido acuerdos a parte de los convenios colectivos que van en función de los intereses de los propios gestores y vinculados a los contratos programa que el Departament contrata con las instituciones”* (Miembro sindicato, 58 años)

En el caso de enfermería, el sindicato SATSE, según reza en su página web<sup>103</sup>, “lucha por los derechos de los profesionales de Enfermería y Fisioterapia, y trabaja día a día por el desarrollo de la profesión”. Si vemos algunas de las noticias que destacan en sus Notas de Prensa, se puede leer por ejemplo:

- 16 julio 2014 SATSE reclama la creación de la categoría de enfermera especialista en todas las CCAA<sup>104</sup>.
- 01 abril 2014 La Mesa Enfermera pide la constitución del Foro Profesional para mejorar la atención sanitaria y la profesión<sup>105</sup>.
- 19 marzo 2014 SATSE reclama que la Enfermería sea considerada “autoridad pública” en contra de las agresiones físicas o verbales<sup>106</sup>.

---

<sup>101</sup> BRUGUERA, M. (2008) *Diàleg permanent entre el COMB i Metges de Catalunya*. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/cercador/resultats.htm?cx=002758994726520036926%3An68wuyfnrue&cof=FORID%3A11&q=2008+di%3%A0leg&sa=+++&siteurl=www.comb.cat%2F&ref=&ss=5720j3987258j14> Consultado el 17/9/15

<sup>102</sup> DIARIO MÉDICO (29/10/2014) Médicos de Cataluña pide formalmente el convenio franja médico. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2014/10/29/area-profesional/profesion/medicos-cataluna-pide-formalmente-convenio-franja-medico> Consultado el 17/9/15

<sup>103</sup> SATSE: [www.catalunya.satse.es](http://www.catalunya.satse.es) consultado el 8/9/14

<sup>104</sup> SATSE. Nota de prensa (16/7/2014). *SATSE reclama la creación de la categoría de enfermera especialista en todas las CC.AA.* Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-reclama-la-creacion-de-la-categoria-de-enfermera-especialista-en-todas-las-cc.aa> Consultado el 8/9/15

<sup>105</sup> SATSE. Nota de prensa (1/4/2014). *La Mesa Enfermera pide la constitución del Foro Profesional para mejorar la atención sanitaria y la profesión.* Disponible en: <http://madrid.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/la-mesa-enfermera-pide-la-constitucion-del-foro-profesional-para-mejorar-la-atencion-sanitaria-y-la-profesion> Consultado el 7/9/15

- 20 febrero 2014 SATSE exige el reconocimiento automático al título de grado de enfermería<sup>107</sup>

Es decir, el colegio reclama y pide, pero no se aprecian acciones concretas y de feedback entre el sindicato y las instituciones que conlleven convenios conjuntos en pro de la profesión.

Por otro lado, según he podido constatar personalmente durante el período en el que estuve como secretaria del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona, el sindicato y el colegio profesional no tienen una relación destacada y falta claramente comunicación. No preparan estrategias conjuntas o complementarias para mejorar las condiciones profesionales y laborales de las enfermeras.

Hemos querido plasmar de forma gráfica las interrelaciones de los diferentes agentes que se producen dentro del campo de la sanidad.

En la figura (7), hemos dibujado las relaciones de la medicina en el campo de la sanidad. En la figura hemos inscrito las diferentes instituciones que tienen una interrelación, imaginando el Departament de Salut como una especie de colmena, en la que hemos incorporado la presencia importante de los médicos y la exigua presencia de enfermería, un hospital en representación de la multitud de centros existentes, el subcampo educativo, científico, profesional y sindical.

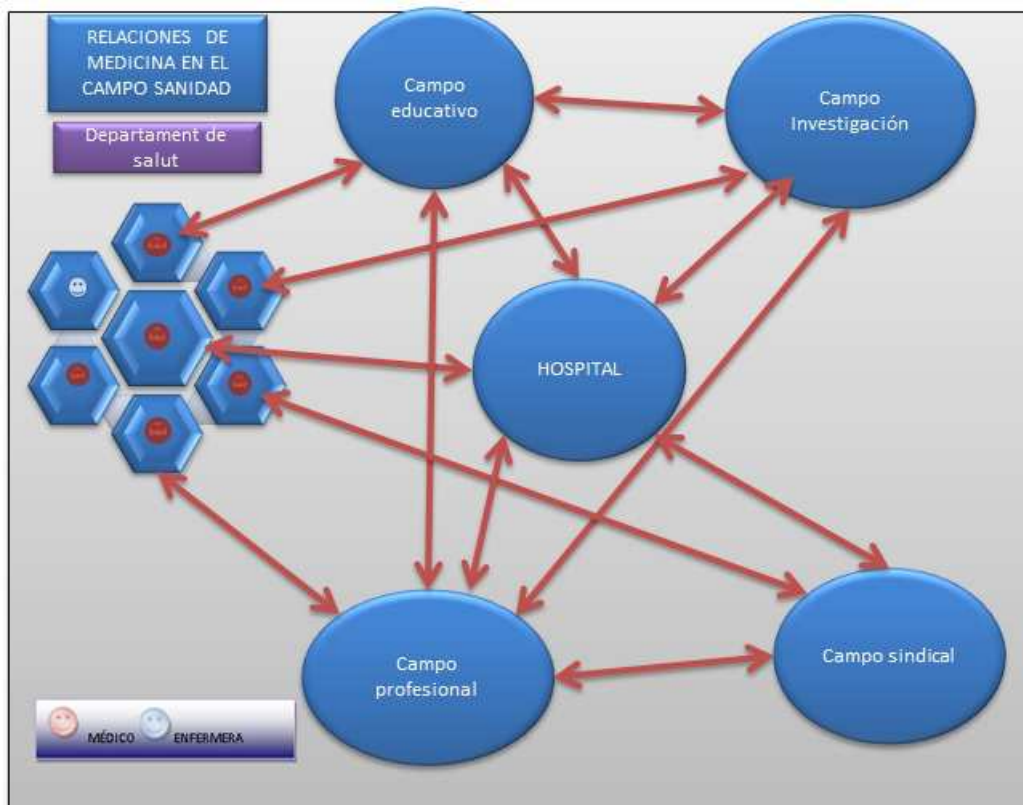
Podemos ver todas las relaciones que se establecen entre los médicos procedentes de las distintas instituciones que existen en el campo, y con una simple mirada se puede apreciar la complejidad de las relaciones. A semeja una tela de araña (y pongo este símil pensando en que la tela de araña es una de las resistentes de la naturaleza), pero a diferencia de ella (que la utiliza para capturar a sus presas), los médicos lo hacen para seguir una clara estrategia, es como dice Bourdieu un juego, que les permite mantener y acrecentar ese poder y esa legitimidad, y a su vez crear una identidad y una ideología que refuerza la estructura del grupo.

Debemos destacar que el papel que los médicos tienen en estos campos e instituciones (Universidad, investigación, colegio profesional, sindicato), no es de mero observador, sino que realiza un papel decisivo en la toma de decisiones que afectan a las políticas de salud y que posteriormente repercutirán en el resto de colectivos profesionales.

---

<sup>106</sup> SATSE. Nota de prensa (19/3/2014) SATSE reclama que la Enfermería sea considerada "autoridad pública" en contra de las agresiones físicas o verbales. Disponible en: <http://andalucia.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-reclama-que-la-enfermeria-sea-considerada-autoridad-publica> Consultado el 7/9/15

<sup>107</sup> SATSE. Nota de prensa (20/2/2014) SATSE exige el reconocimiento automático al título de grado de enfermería. Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-exige-el-reconocimiento-automatico-al-titulo-de-grado-de-enfermeria> Consultado el 7/9/15



De esta manera se entiende el blindaje creado alrededor de su espacio y la defensa a ultranza del mismo, lo hemos podido ver anteriormente en relación a la prescripción enfermera, la gestión de la demanda, las especialidades y la gestión clínica, es decir, mantienen a la enfermería asediada, sin poder moverse un milímetro fuera de su espacio competencial, o mejor dicho, del espacio competencial que los médicos han decidido cederles.

Deteniéndonos en estos pormenores, estas contiendas contra enfermería están justificadas por la lucha de capitales:

- Por un capital simbólico. La prescripción enfermera, la gestión clínica o la gestión de la demanda, conlleva un alto valor simbólico. El colectivo médico ha sido hasta ahora el que ha prescrito, el que está en los cargos directivos y el que ha diagnosticado, no puede permitir el menor escollo que le impida seguir haciéndolo.
- Por un capital cultural o de conocimiento. No pueden renunciar a la pérdida competencial que se produciría, según ellos, en el caso de que las especialidades de enfermería se pusieran en práctica.
- Por un capital económico que les otorga estatus. No pueden resignarse a perder las ventajas que les proporciona su relación con los laboratorios y con las condiciones económicas de la gestión sanitaria.

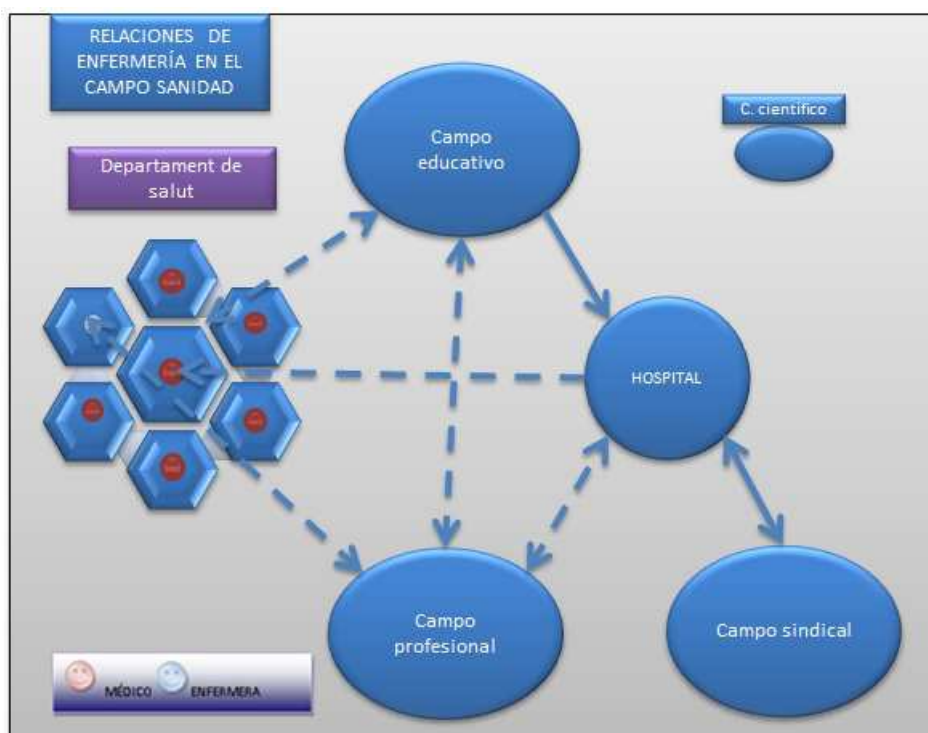
Luchan por no perder esos capitales que representan la legitimidad, el poder, el estatus, los ideales, la identidad, etc., así lo describía uno de los informantes:

*S1. "Los médicos tienen ese poder porque son los que producen el gasto. Toda la estructura sanitaria de Catalunya y de España está dominada por los médicos. Desde el Carlos III que son los que hacen los procesos, los currículums a nivel de formación de enfermería, todo son médicos y en cascada ellos controlan todos los niveles de acceso, de gasto, de las propias competencias de cada profesión y además desde que la sanidad se ha mercantilizado, con elementos de coste siempre, pues ahí los médicos han cogido las riendas y han dicho, yo soy el que produce el gasto...yo soy el que manda.(...)La enfermera es una mano de obra barata para que los médicos puedan seguir viviendo bien. (...) Todo el sistema, todas las empresas, todo el sistema está preparado y organizado para que todo dependa de los médicos y así el protagonista principal es él. La enfermera podría dar explicaciones a los enfermos sobre el diagnóstico, sobre su enfermedad, y darle más protagonismo a enfermería...lo que pasa es que el usuario no la cree de la misma forma que al médico y ese es un problema que en algún momento habrá que tratarse, porque alguien deberá decirle a la sociedad que la enfermera no es la que le lleva el cortado y la bata al médico, sino que es algo más, pero claro, a las empresas no les interesa porque se pelean con los médicos, los médicos ahora están contra toda competencia de enfermería, toda, todo lo que sea aumentar las competencias de enfermería y claro, es complicado y al final, cualquier proceso sigue siendo carísimo por la intervención del médico, si las empresas siguen manteniendo ese elemento de coste con un valor tan alto, el resto de profesionales parece que no tengan importancia, cuando la verdad es que te preguntas...¿un médico debe estar mirando crónicos o debería ser la enfermera la que los viera y el médico intervenir puntualmente? Esto en primaria sería fundamental. En hospitalaria, están acelerando las altas y enviando a los enfermos al domicilio para que los controle enfermería...y debe hacerlo con las mismas competencias que tiene ahora? En el domicilio tiene que tomar muchas más decisiones y adquirir más responsabilidad sin que se le esté dando una cobertura legal. Es decir, es más carga de trabajo, más responsabilidad civil y sin tener las competencias. Y además los médicos están totalmente en contra de que se le dé a enfermería más competencias, ha habido varias demandas, por parte de ellos, pleiteando contra las nuevas competencias que se le daban en las especialidades, la prescripción,... los médicos se sienten agredidos porque son Dios y lo que van a hacer es que la enfermera siga siendo la antigua ATS que solo hacía lo que ordenaba el médico" (Miembro sindicato, 58 años)*

Pero sigamos ahora con las relaciones que establece enfermería dentro del sistema sanitario.

En el caso de enfermería (Figura (8)), podemos ver perfectamente las escasas relaciones que se establecen entre los diferentes campos (plasmado con líneas discontinuas). Las relaciones que se

establecen en general (excepto la sindical-empresa que son relaciones de negociación colectiva) no determinan ningún tipo de modificaciones en relación a los profesionales de enfermería. Enfermería tiene un contacto mínimo con el Departament de Salut para plantear problemas del colectivo. La escasa relación se establece por medio del Consell de la profesión enfermera, pero los colegios provinciales no cuentan con dicho acceso y ni tampoco el campo educativo. No se proponen acciones decisivas, por parte de las instituciones, que influyan en la práctica enfermera. Además, con la pérdida de las direcciones de enfermería en los centros sanitarios, el colectivo no tiene capacidad legítima ni poder para influir en las políticas sanitarias, ni en las políticas del hospital.



Enfermería no tiene capacidad de decisión ya que todo le viene dado por la actividad médica, todos los programas de políticas sanitarias están diseñados por los médicos, si eso repercute en enfermería, ésta lo único que puede hacer es aceptarlo y adaptarse. No se le permite ni siquiera la posibilidad de obtener esa legitimidad, ni ese estatus, ni, por supuesto, ese poder, es una realidad que se le ha venido impuesta por otros y que aceptan con resignación.

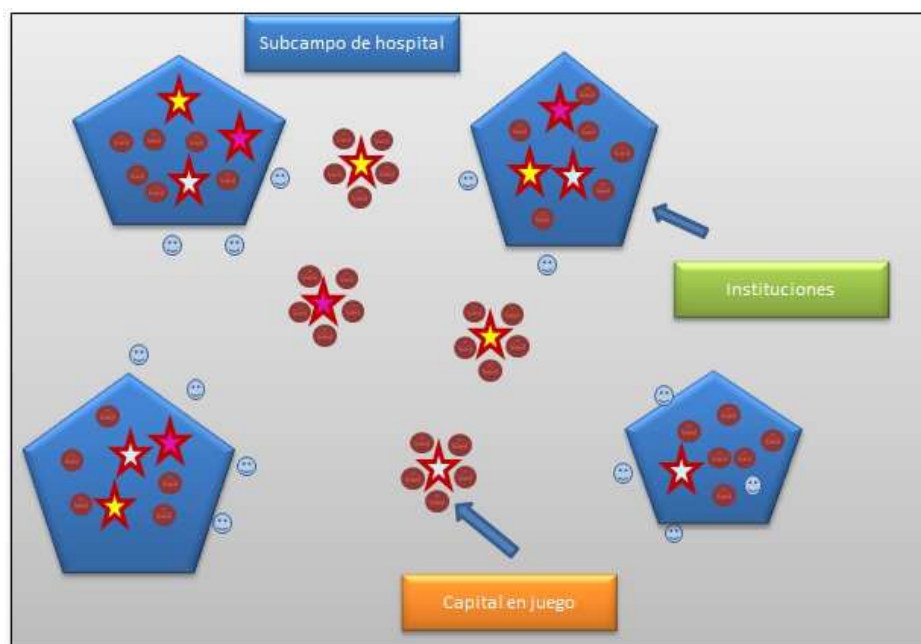
Nuestro informante ex\_cargo político nos describía así la situación de enfermería:

*P1. "cuando puedes coger una parcela de poder y encorsetarla...lo aprovechas...y eso lo hacen los médicos muy bien. Yo creo que la profesión enfermera está en peligro por arriba y por abajo...porque la formación profesional sanitaria no ha establecido un ratio intermedio como diagnóstico por la imagen o laboratorio, sino que hay un auxiliar, un ayudante y de aquí saltas al licenciado, y en medio debe haber una labor técnica, un personal más específico, más*

*vinculado con la profesión enfermera. Enfermería, o se abre su espacio, haciéndose sitio por arriba, que es difícil...o lo tiene complicado y los médicos ya te dicen..."es que si no estamos al tanto... (...) La enfermera, tiene que crecer para arriba y ese espacio de técnicas diversas (por abajo),...dejarlo...lo que pasa es que por arriba, tienen unos profesionales (médicos) a los que les estorba esto y enfermería cada vez tiene menos espacio de desarrollo (...)La enfermería tiene que llegar a sitios de poder político...en todas las reuniones en las que he estado para tratar el tema de las profesiones sanitaria...intentábamos hacer un acuerdo marco... y fracasamos porque las patronales no quisieron pactar...los propios sindicatos de enfermería y colegios profesionales...las personas que estaban delante, estaban bastante acomplexadas ante las personas que estaban delante...esto es cultura, pero es la realidad...son mujeres.... y cuando sale un hombre que quiere...tal...tampoco... es el caso del presidente del Consejo General de enfermería....que se dedica a dar conferencias...muy bien...pero tú no lo ves como tu líder ni representante.. (...) En enfermería...no podéis ir con el "pobrecitas enfermeras", tenéis que vender la profesión como una profesión de respeto y no de sumisión" (Ex-cargo político, 56 años)*

Según esto, veamos ahora el contexto que se presenta a los agentes en el subcampo hospitalario.

En la figura (9) podemos apreciar un contexto (subcampo de hospital) que está integrado por diferentes instituciones (junta facultativa, consejo de dirección,...) que es donde la mayor parte del capital existe, colonizadas y bloqueadas por los médicos y enfermería demandando participación en esas instituciones y sin posibilidad de acceso. Limitadas a realizar las tareas delegadas y burocráticas necesarias para que todo ese engranaje funcione correctamente, pero sin reconocimiento alguno por parte de la organización, y mientras los médicos pueden desarrollar todas sus competencias, enfermería está estancada.



Así lo reflejaba uno de los informantes:

*P1. "...en los grandes hospitales, ¿por qué hay más médicos de los necesarios?...porque tradicionalmente, en el ámbito público, mezclamos docencia, recerca, formación, privada,... (...) "Es verdad que a las enfermeras no se les ayuda en la puesta en marcha de otras competencias como a los médicos" (Ex-cargo político, 56 años)*

*S1. "Yo creo que lo necesitaría enfermería es recuperar la dirección de enfermería, tal y como estaba antes, que se vean reconocidas en las direcciones del hospital y eso es imposible hoy por hoy, pero sería la única forma de que enfermería pudiera coger más contenido en el hospital y poder aportar más a la empresa, pero cuando la enfermera de base llega a la dirección de enfermería, no encuentra soluciones, porque la dirección de enfermería lo único que hace son planillas y además es muy complicado porque esas planillas se basan en las agendas de los médicos y estos modulan su agenda en función a intereses de fuera, por tanto no todo el hospital está en función de los intereses de la empresa, sino en función de los intereses de los médicos. Ahora se van de congreso, hay que cerrar quirófano y por tanto el personal de quirófano hay que adaptarlo. El hospital no funciona en base a una programación concreta para atender al ciudadano de mañana y tarde, sino volumen por la mañana para que por la tarde el médico se pueda ir a otro sitio a trabajar...la privada,... cuando hay unas lista de espera de la hostia... entonces la única solución que hay es poner los médicos a turnos...pero eso...no se va a producir. Pero piensa que el grado de resolución y productividad de los médicos no ha aumentado nada en los últimos años, sin embargo su retribución sí que ha aumentado de forma tremenda. La gestión del hospital pasa por las manos del médico y siempre en función de intereses espurios que tiene fuera. Pero la empresa lo permite... la dirección de todos los hospitales de Cataluña, son médicos...y ellos hacen lo que les da la gana...los médicos son el cáncer de la sanidad catalana" (Miembro sindicato, 58 años)*

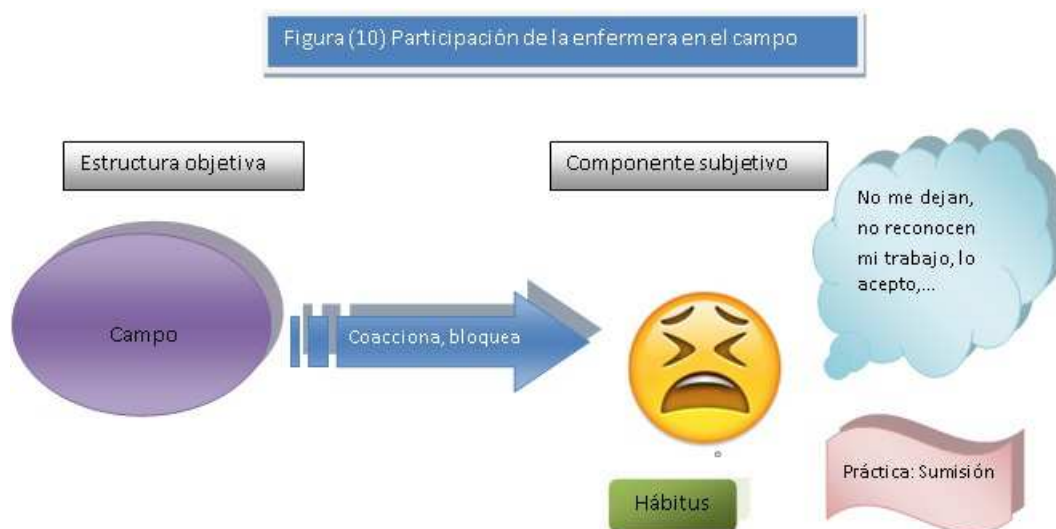
*S2. "(...) en los foros de opinión, en las reuniones decisivas, no estamos, ni se nos pide opinión" (Miembro sindicato, 57 años)*

Si volvemos a Bourdieu, y según lo visto hasta ahora, en el subcampo de un hospital, el *hábitus* de las enfermeras (conjunto de modos de ver, sentir y actuar de los individuos que están moldeados por las estructuras sociales y se aprenden), estará formado por la internalización de las normas y reglas del juego, con las que habrá aprendido las acciones esperables y permitidas dentro del campo y por el componente subjetivo (percepciones) que determinará su actuación dentro del campo, con la intención de impugnarla, recrearla, discutirla o amoldarse.

La estructura del campo, tal y como está definida en la actualidad, está coaccionando y bloqueando al colectivo enfermero, y la percepción que tiene el colectivo es de falta de reconocimiento, de ser tratadas como una simple mano de obra a las órdenes de los facultativos, ese *hábitus* (Figura 10) hace



que la práctica enfermera se realice bajo un rol de sumisión, aceptando la situación, sin capacidad de reacción.



El subcampo de la enfermería, también es un campo de lucha. Una lucha que se entabla entre las enfermeras experimentadas que tienen asumido dóxicamente el orden establecido por los médicos y las generaciones nuevas que intentan reivindicar una posición diferente de enfermería dentro del campo de la salud. Pero las nuevas generaciones, formadas mediante una metodología pedagógica en la se da por legítima la visión del profesorado, en la que según Medina (1998) y Medina (2005) inculcan valores de sumisión y de alguna forma están sometidas a una sumisión doxa en relación a las docentes; cuando entran a jugar en el campo hospitalario y perciben el *hábitus* de las enfermeras y médicos que están en él, rápidamente asumen esa sumisión *doxa* en relación a los médicos.

Además, ese discurso de las enfermeras, en el que se tienden a comparar con ese otro colectivo perceptiblemente superior a ella, que son los médicos, no hace otra cosa que reproducir de forma sistemática la jerarquía ya establecida social e institucionalmente. "Al nombrar, mediante el discurso a la diferencia, se estructura la posición (subalterna o dominante, respectivamente) sin la cual la producción y reproducción de sentido de esta relación jerárquica no es posible. (...) Percibirse como distinto supone la integración en un orden simbólico (familia, rol social, trabajo, etc.) en el cual se recibe un nombre, se ocupa un lugar" (Corti, 2000:98). Es una realidad que reafirman, que construyen y dan forma a las nuevas generaciones de enfermeras, reproduciendo esa realidad construida.

Reygadas nos dice que "La eficacia simbólica del trabajo y la eficacia laboral de la cultura dependen de las relaciones de poder que se establecen entre los actores productivos. (...) los centros productivos serían espacios de confrontación, arenas de lucha o campos de batalla en los que dos o más ejércitos lucharían por hacer prevalecer sus intereses sobre los de sus adversarios" (2002:117-118)

Ante esta situación, nos planteamos ¿cómo es posible que existan estas luchas? ¿Por qué enfermería está inmóvil ante esta situación de dominio y la acepta? ¿Cómo puede ser que la clase médica haya conseguido esa carga de capital y enfermería se sienta atrapada en el sistema sin poder tener ese “margen de maniobra” del que habla Bourdieu para cambiar el subcampo?

Pero realmente enfermería ¿está conforme con esta situación? Algunos autores así lo expresan: “Ella misma, en muchas ocasiones, se siente más cómoda en ese papel en la penumbra de la atención, gozando en todo caso, del reflejo que le proporciona la labor médica, a la que acompaña indisolublemente. La idea misma de la autonomía enfermera entra a veces en colisión con el tradicional reparto de competencias entre médicos y enfermeras y encuentra en aquellos unos de sus detractores más definitivos, probablemente por escasa discusión interprofesional de cuál han de ser los límites de cada una de las profesiones y cual pudiera ser la relación más productiva entre ellas...” (Mompart, 2004:8)

#### **6.6.- ¿Es enfermería un colectivo oprimido?**

Para ayudarnos a esclarecer esta situación debemos echar mano de otro de los autores, Paulo Freire. Él nos aportará la explicación que nos permita entender ese miedo a la libertad que tiene el colectivo enfermero, esa capacidad de responsabilizar a otros de sus problemas, a los colegios profesionales, a las universidades, a las instituciones en general, esa incapacidad de movilizarse en favor de la profesión refugiándose en ese victimismo que no conduce a ninguna parte.

¿Es enfermería un colectivo oprimido? ¿Necesita enfermería liberarse de esa opresión o prefiere seguir subyugada a ella? ¿Tiene miedo a la libertad<sup>108</sup>? Para ello deberíamos empezar por el “conocimiento y reconocimiento de la necesidad de luchar por esa liberación” (Freire, 2005:26)

Leyendo el trabajo de Freire (2005), encontramos muchas respuestas a ciertas situaciones, percepciones y acciones (*hábitus*) que se dan en el colectivo enfermero. Vamos a intentar ver y analizar a las enfermeras, desde la teoría de Freire y por tanto, vamos a hacernos algunas preguntas: ¿está la enfermería oprimida por la clase médica y por el propio sistema de salud?

Para ello, hemos seleccionado algunos de los discursos aportados por nuestros informantes y hemos intentado buscar alguna correspondencia con el discurso de Freire.

---

<sup>108</sup> En la misma línea de Freire, Erich Fromm (1977), nos habla de ese “*Miedo a la libertad*” y define la adaptación dinámica del ser humano y el mecanismo de conformidad automática para analizar y entender las relaciones estructurales y psicosociales. Entiende a los hombres como actores y autores de la historia y explica la dinámica social en función de fuerzas interpersonales, económicas u otras y del psicologismo.

“Mientras la violencia de los opresores hace de los oprimidos hombres a quienes se les prohíbe ser, la respuesta de éstos a la violencia de aquellos se encuentra infundida del anhelo de la búsqueda del derecho de ser” (Freire, 2005:37)

*DUI11. “No, la verdad es que no podemos desarrollar nuestras competencias dentro del horario laboral, pero el que algo quiere, algo le cuesta y yo hago muchas cosas fuera de mi horario, si quieres algo, tienes que esforzarte... no entiendo a esas que hacen su horario y se marchan a casa, sin más... hay que moverse” (Enfermero asistencial, 28 años)*

“Los oprimidos, acomodados y adaptados, inmersos en el propio engranaje de la estructura de dominación, temen a la libertad, en cuanto no se sienten capaces de correr el riesgo de asumirla. (Freire, 2005:28)

*D1. “La invisibilidad en las empresas de la que se quejan las enfermeras, la invisibilidad es que yo la haga visible, y las enfermeras lo pueden hacer, pero hacer visible escribiendo, este enfermo está muy ansioso, no puede dormir, no puede comer...por su pronóstico, entonces no absorbe nutrientes, adelgaza...todo esto es medible... si la enfermera le da valor y la institución le da valor a esto...es fácil... pero la enfermera no le da valor a esto. (Enfermera docente, 63 años)*

*DUI2. “No me siento muy satisfecha de mi trabajo, pero también considero que... si te organizas de una manera diferente... no sé, es que también me he dado cuenta que el personal que hay, son personas... como que están un poco cansadas de la faena que hacen, entonces es ya todo como muy...entro...voy... salgo...muy rutinario. Yo intento trabajar de otra manera, de no hacer sólo técnicas, pero te dejas llevar por la dinámica de la planta,... por eso no me acaba de gustar” (Enfermera asistencial, 22 años)*

“Praxis, que es reflexión y acción de los hombres sobre el mundo para transformarlo. Sin ella es imposible la superación de la contradicción opresor-oprimido”. (Freire, 2005:32)

*Colegio1. “Yo lo veo complicado, hay demasiadas incertezas y barreras para el desarrollo de la profesión. La prescripción, la crisis, las competencias,...lo veo mal” (Tesorera colegio, 58 años)*

*S2. “El futuro de la enfermería...puede haber una revolución y que esto cambie...pero si no...y además no creo que estemos por la labor y menos la gente joven...aquí se juntan dos problemas, la gente tiene miedo de perder su trabajo y la gente no se moverá...incluso si en otoño nos vuelven a tocar alguna cosa más del sueldo...la gente no hará nada” (Miembro sindicato, 57 años)*

*DUI1. “Ellos, según su categoría profesional, que son licenciados, están en un nivel superior, básicamente en el sueldo, que cobran infinitamente más que nosotras, pero a nivel de trabajo,... no son superiores, cada uno debería tener su trabajo y todos nos complementamos, todos*

*somos importantes en la asistencia al paciente... que al fin y al cabo es el objetivo final... pero parece que perdemos de vista ese objetivo y nos dedicamos a luchas de poder y de ver quien manda a quien... y siempre ganan ellos... es que la empresa ya se lo permite y lo potencia... la empresa cuenta con ellos para hacer protocolos nuevos, para poner en marcha proyectos, para hacer cosas... y nosotras, que sabemos mejor que nadie lo que necesita el paciente... pues pasan de nosotras,... como te decía antes, somos invisibles... en fin que la enfermería lo tenemos crudo..."(Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI7. "Somos básicas para el proceso de curación del paciente, somos importantísimas e imprescindibles, aunque el poder lo tengan los médicos" (Enfermera asistencial, 47 años)*

"Sufren una dualidad que se instala en la "interioridad" de su ser. Descubren que, al no ser libres, no llegan a ser auténticamente. Quieren ser, mas temen ser. Son ellos y al mismo tiempo son el otro yo introyectado en ellos como conciencia opresora. Su lucha se da entre ser ellos mismos o ser duales. Entre expulsar o no al opresor desde "dentro" de sí. Entre desalienarse o mantenerse alienados. Entre seguir prescripciones o tener opciones. Entre ser espectadores o actores. Entre actuar o tener la ilusión de que actúan en la acción de los opresores. Entre decir la palabra o no tener voz, castrados en su poder de crear y recrear, en su poder de transformar el mundo. (Freire, 2005:29)

*Colegio2. "Sí que hay diferencia (jerárquica entre médicos y enfermeras), pero también es responsabilidad nuestra que nos dejamos ningunear por ellos, tenemos que tener las cosas muy claras para no dejarse pisar." (Presidenta colegio, 63 años)*

*D3. "Lo que nos falta es creernos el valor de lo que estamos haciendo, si fuéramos hombres...bueno...bombo y platillo a todo lo hiciera...hay muchas técnicas novedosas que estamos haciendo y que aporta al enfermo muchas mejoras... y esto serían las direcciones de enfermería las que deberían explicitarlo y darlo a conocer al resto de enfermeras y a la gente de la calle, lo que pasa es que esto necesita hacer estudios de investigación y sacar una noticia en prensa,...es ese espíritu investigador que nos falta a nivel asistencial para visibilizar la profesión. También el colegio debería implicarse y la universidad... deberían abrir camino" (Enfermera docente, 58 años)*

"En tanto se mantiene nítida su ambigüedad, los oprimidos difícilmente luchan y ni siquiera confían en si mismos, Tienen una creencia difusa, mágica, en la invulnerabilidad del opresor. En su poder, del cual siempre da testimonio" (Freire, 2005:44)

*DUI6. "Yo creo que hasta la directora de enfermería es un mandada, no creo que tengamos voz ni voto. El hospital es médico, el gerente, médico, el director, médico y ellos son los que cortan y deciden y los responsables de enfermería nos informan de las decisiones impuestas por los demás, no tenemos ese poder, ese poder no es nuestro y es una pena porque somos 750 y los médicos son menos" (Enfermero asistencial, 32 años)*

G2. *"todo lo que es hospitalización tiene mucho poder el médico, además el director de centro es médico y ya les da ese poder de primera mano, siempre se hace lo que piden, ¡Hay que mimarlos!, enfermería está en un segundo plano"* (Directora enfermería, 49 años)

G1. *"Tiene más legitimidad el médico, por mucho que tú les cuentes y les expliques y justifiques tus explicaciones, si el médico dice otra cosa, siempre prevalece lo que dice el médico. Para conseguir esa legitimidad necesita actitud, más que conocimiento, nos faltan elementos de discusión...que justifique...creo que es problema de habilidad y actitud y a veces de falta de competencias del puesto de trabajo"* (Enfermera responsable calidad, 53 años)

DUI1. *"... los médicos se sienten por encima de nosotras, ellos son los que mandan y no sólo en la planta, son los que mandan en el hospital, se les ha dado ese poder desde siempre, la empresa siempre los mima y tiene en cuenta su criterio para gestionar el hospital y nosotras pues, como somos así...mujeres!, pues nos dejamos hacer sin rechistar. Y ellos se lo creen y por eso van con esos aires de superioridad"* (Enfermera asistencial, 52 años)

"Esta violencia, entendida como un proceso, pasa de una generación de opresores a otra, y ésta se va haciendo heredera de ella y formándose en su clima general" (Freire, 2005:39)

D3. *"Necesita un compañero/a, una complicidad y una buena profesional que sepa lo que tiene que hacer, que sepa muy bien cuál es su papel y que en un momento determinado sea esta aportación complementaria a la visión que él tiene. Eso es lo ideal...Y la pena es que la propia enfermería no sabe lo que necesita el médico...y es una pena, esto yo lo viví en Suiza porque allí me pedían esto...y yo alucinaba, llegábamos a la habitación y me preguntaba cómo veía al enfermero y que era lo que necesitaba. Ese es el rol autónomo que yo aprendía...el problema es que cómo cambias esto...no lo puedes cambiar, Es un proceso lento... y las alumnas hacen lo que ven, yo estoy cansada de decirles a las enfermeras, sois su modelo y ejemplo para las alumnas"* (Enfermera docente, 58 años)

"La autodesvalorización es otra característica de los oprimidos. Resulta de la introyección que ellos hacen de la visión que de ellos tienen los opresores (Freire, 2005:43)

DUI2. *"No, yo creo que no, yo creo que no, yo creo que enfermería podríamos... es que no se... lo que yo pienso,... mis sensaciones...que somos como personas limitadas (intelectualmente)...y no es así, o sea...es que ¡no podemos! (...) La empresa debería formar a las enfermeras, pero muchas veces(la formación) te lo da un médico...y sí que es una persona de la que puedes aprender...pero ...pero ya estás partiendo de que esos conocimientos solo los sabe él (...)a diferencia de que nos juntáramos unas enfermeras de un centro y cada semana pues haces....no sé, sería diferente...pero...no sé si es el sistema el que... el que te impide hacer más... formaciones y...a lo mejor ya les va bien que no sepamos más (sonríe) ...no sé (...)"Que nos tienen como...yo tengo que saber MÁS que tú, un médico, no? él, tiene que saber mucho más que una enfermera y en realidad no es así, porque yo a veces pienso en mi misma y bueno soy enfermera, como en su momento podía haber hecho medicina y no hice medicina, o sea, no es*

*que yo no haya hecho medicina porque a nivel intelectual no llegue ni tenga la capacidad de adquirir todos esos conocimientos, pero muchas veces, a lo mejor se piensan eso, no? que... que es... bueno... no llegas a más y te limitas a esto y haces esto y como que el médico es el que tiene que estar buscando y investigando y "d'esto" pues le dan más posibilidades, a lo mejor, bueno yo no es que tenga nada contra ellos..." (Enfermera asistencial, 22 años)*

*DUI10. "Aquí no pintamos nada, solo quieren que hagamos la faena y nada más"(Enfermera asistencial, 36 años)*

*E2. "El estar siempre en un segundo plano hace que no se nos dé valor,... pero deberían darlo, porque ellos mandan, dijéramos ¿no?, pero nosotras... tenemos que valorar lo que hacemos, no podemos simplemente... vale tu me dices esto y yo lo hago y ya está, o sea, aportamos... aportamos más de lo que ellos dicen..." yo creo que primero deberíamos valorarnos nosotras más, no?... "...deberíamos valorar más nuestro trabajo y no sé... (...) Pues la verdad es que no sé qué interés puede tener la empresa en que no nos desarrollemos en algo tan importante"... "a lo mejor es que para ella ya estamos bien así y no esperan más"(Estudiante enfermera, 23 años)*

"Los oprimidos, como objetos, como "cosas", carecen de finalidades. Sus finalidades son aquellas que les prescriben los opresores". (Freire, 2005:41)

*G4. "Los médicos no sé qué más necesitan de las enfermeras...ellos piden y nosotras hacemos, ellos necesitan que nosotras hagamos lo que ellos ordenan, yo no veo que ellos vean de otra forma a la enfermera... (Supervisora, 53 años)*

*DUI11. "Ellos (los médicos) prescriben el tratamiento y nosotros somos los ejecutores. (Enfermero asistencial, 28 años)*

"De ahí la necesidad que se impone de superar la situación opresora. Esto implica el reconocimiento crítico de la razón de esta situación, a fin de lograr, a través de una acción transformadora que incida sobre la realidad, la instauración de una situación diferente, que posibilite la búsqueda del ser más" (Freire, 2005:28)

*DUI1. "Pues respeto... me gustaría que respetaran mi trabajo y mi buen hacer, que reconocieran cuando hago las cosas bien, cuando detecto algo en los pacientes que a ellos se les ha pasado por alto, que respeten mi criterio, porque piensan que no tenemos criterio, que no pensamos,... eso quiero (dice tajante)"... "yo espero de los médicos, respeto por mi trabajo y por mi criterio, ellos van a lo suyo y no escuchan a nadie y menos a una vulgar enfermera" (Enfermera asistencial, 52 años)*

*DUI4. "Echo de menos la comunicación con el médico, yo me tengo que enterar de lo que el médico ha visto y pensado, o ha pedido por el curso clínico. Ellos van a pasar visita solos, escriben su parte y a ti no te dicen nada, he visto a este mejor y mañana tiene una analítica y una radiografía y si está bien marcha a casa, no, esto lo leo yo por Internet. Solo si hay que hacer alguna cosa y es en el momento, como poner una sonda, te viene y te dice, pon una*

*sonda. Si hay cambios en el tratamiento, no te dicen nada lo ves por Internet. No hay comunicación en ese aspecto, y eso sí que se echa de menos porque tienes que estar con los 5 sentidos, porque si no ves algo, la culpa es tuya. Es como que somos las criaditas y ya nos iremos enterando” (Enfermera asistencial, 27 años)*

*DUI8. “que confien más en enfermería, porque estamos suficientemente preparados”(Enfermero asistencial, 48 años)*

*“(…) ser es tener casi siempre a costa de los que no tienen, para los oprimidos, ser ni siquiera es parecerse al opresor, sino estar bajo él. Equivale a depender” (Freire, 2005:45)*

*DUI10. “Nuestro papel no está claro, y la sociedad y la sanidad nos inculca que dependes de él y es verdad que para hacer tu trabajo dependes de él...” (Enfermera asistencial, 36 años)*

*DUI8. “Para hacer su trabajo, trabajo que viene en parte delegado de los médicos, es un rol que depende de lo que mande el médico” (Enfermero asistencial, 48 años)*

*E1. “La enfermera tiene un papel dependiente del médico (dar la medicación, hacer analíticas,...todo eso)” (Estudiante enfermera, 32 años)*

*“Hasta el momento en que los oprimidos no toman conciencia de las razones de su estado de opresión, “aceptan” fatalistamente su explotación. Más aún, probablemente asuman posiciones pasivas, alejadas en relación a la necesidad de su propia lucha por la conquista de la libertad y de su afirmación en el mundo”. (Freire, 2005:44)*

*DUI1. “Pues porque nosotras estamos día a día al lado del paciente y en la planta, sabemos los entresijos mejor que ellos, podríamos aportar otro punto de vista en los proyectos, el punto de vista más real y no tan pragmático que dan ellos y que después no se puede poner en práctica y si se pone, siempre es con la actuación médica como protagonista y nosotras como ayudantes... es que en realidad somos las protagonistas, las que hacemos todo el trabajo y después son ellos los que se llevan los méritos y las palmaditas en la espalda... no nos dejan que se nos reconozcan los méritos...con esta situación te frustras, te enfadas,...lo asumes y al final aunque por un lado piensas...que le den!...voy a hacer mi trabajo y me voy a casa sin implicarme más,... pero por otro lado te sabe mal por el enfermo y acabas haciendo lo que te ordenan y más, y te vas a casa y sigues dándole vueltas a la situación...no desconectas...(…) a nadie le interesa que hagamos más cosas que trabajar...me refiero a la asistencia...el resto no les importa...si un médico pide ir a un congreso en EEUU, se lo pagan, porque da prestigio decir que los médicos del hospital se forman en el extranjero, si yo pido eso....buf! se parten el pecho de la risa...piensan que voy a EEUU a hacer turismo...ves la diferencia? Es otra percepción la que tienen de nosotras...la empresa no apuesta por nosotras, solo por los médicos...pero la culpa es nuestra...somos un colectivo conformista, si te dicen “es que no hay dinero para que vayas a tal congreso”, pues piensas, vale...te callas, lo entiendes y cuando luego ves que para el médico sí*

*que hay dinero, te enfadas, te frustras y al final...pues pasas de todo, vienes, haces tu trabajo, que es lo que quieren y te vas a casa a disfrutar de la familia” (Enfermera asistencial, 52 años)*

“Aun cuando un grupo de individuos no llegue a expresar concretamente una temática generadora, o lo que puede parecer inexistencia de temas, sugiere, por el contrario, la existencia de un tema dramático: el tema del silencio. Sugiere una estructura constitutiva del mutismo ante la fuerza aplastante de las “situaciones límites” frente a las cuales lo obvio es la adaptación”. (Freire, 2005:89)

*DUI1. “Que haga mi trabajo (que de la medicación, que pinche, que sonde, que pase visita,...) y no me queje, que no piense demasiado, que no dé problemas, que diga amén a todo, que aunque cada vez seamos menos trabajando y tengamos que encargarnos de más enfermos, que cada vez están peor, pues que no digamos nada...es muy triste, te sientes invisible dentro de la empresa, aquí solo cuentan los médicos, aunque no pares de trabajar en todo el día, aunque te llamen un día que tienes fiesta y te pidan que suplas a otra compañera que ha faltado al trabajo,...no eres nadie en la empresa, los médicos hacen el horario que quieren, hacen lo que les parece y están bien considerados,...nosotras nos partimos el lomo trabajando y no somos nadie” (Enfermera asistencial, 52 años)*

“La única armonía viable y comprobada es la de los opresores entre sí. Estos, aunque divergiendo e incluso, en ciertas ocasiones, luchando por intereses de grupos, se unifican, inmediatamente, frente a una amenaza a su clase en cuanto tal” (Freire, 2005:130)

*DUI5. “Ellos individualmente saben que son fuertes y colectivamente piensan y lo son, muy, muy fuertes, nosotras individualmente reconocemos la importancia de nuestra profesión, pero en una esfera privada, pero colectivamente es que no somos ni colectivo. (...) Hay un montón de cosas que te demuestran que el médico es más y la enfermera es menos y que ellos piensan fíjate la pobre enfermera, pero es que llega un momento que te cansas, ellos son un colectivo que se resguardan más, si cometen un fallo entre ellos se tapan, hacen una piña, se defienden unos a otros y nosotras no somos así...si has de caer, mejor que caigas tú, es que somos mujeres y somos diferentes a los hombres” (Enfermera asistencial, 43 años)*

*Colegio1 “En un centro, ves a los médicos corporativos, todos a una y las enfermeras creo que por el hecho de ser mujeres somos más cotillas y más cabronas, antes de que una suba, le ponemos la zancadilla, somos tan imbéciles...(...) Pues claro que hay diferencia entre unos y otros (médicos y enfermeras), ellos siempre estarán por encima de nosotras...desde siempre ha sido así...y además la empresa permite y colabora en que esto sea así” (Tesorera colegio, 58 años)*

“(...) cuando a las grandes mayorías se les prohíbe el derecho de participar como sujetos de la historia que éstas se encuentran dominadas y alienadas” (Freire, 2005:117)



DUI7. *"En las sesiones diarias de servicio no participamos, ellos hacen cada día sesión, pero de la planta no vamos nadie, ni siquiera la super. Hacemos sesiones de enfermería pero esto ya....bueno...."* (Enfermera asistencial, 47 años)

DUI8. *"Las barreras no sé lo que lo impide, creo que la empresa no te da espacios para participar, según qué cosas vienen impuestas y entonces... si no participas, no se te escucha, no hay reconocimiento,... pues... yo creo que hay pocos espacios para participar... a nivel de comisiones van supervisoras, pero enfermería de base, bien poca y también a nivel de servicio, por ejemplo que se haga una sesión mensual donde puedas participar y hacer propuestas...no hay ese espacio. Hacíamos sesiones hace años, pero ahora no"* (Enfermero asistencial, 48 años)

G4. *"Aquí no hay trabajo en equipo, es una pena, es lo que siempre les explico a la dirección que tenemos que mejorar esto. Aquí los médicos se hablan con las enfermeras, claro, pero "hay que hacer esto, hay que hacer lo otro" pero nunca se sientan a hablar sobre aquel paciente, dar su opinión, no se hacen sesiones conjuntas, sino que ellos hacen el pase de visita solos, pasan los tratamientos y a veces ni te dicen si han cambiado el tratamiento y tú te enteras, a lo mejor, por la tarde cuando miras en la historia, sino, ni esto, me sabe mal hablar así, porque yo me siento mal,...Es por parte de ellos que no hay predisposición, ellas quieren, pero no..."* (Supervisora, 53 años)

"Para dominar, el dominador no tiene otro camino sino negar a las masas populares la praxis verdadera. Negarles el derecho de decir su palabra, de pensar correctamente. Las masas populares no deben "admirar" el mundo auténticamente; no pueden denunciarlo, cuestionarlo, transformarlo para lograr su humanización, sino adaptarse a la realidad que sirve al dominador" (Freire, 2005:112-113)

DUI1. *"Los médicos esperan de las enfermeras que hagan lo que ellos ordenan y sin rechistar. Si se te ocurre cuestionar alguna decisión que tomen, te miran como a un bicho raro...algo que les cabrea mucho es cuando se equivocan en una pauta de un tratamiento y vas y le dices: "Te has equivocado"...bufffff eso es una bomba, en general, se lo toman mal... Ellos esperan que tú estés alerta, que observes y le informes de las incidencias que sufre el paciente. Pero no quieren que aportes tu criterio, (...). Ellos quieren mandar. Quieren enfermeras sumisas que obedezcan y no molesten demasiado"* (Enfermera asistencial, 52 años)

DUI4. *"En este hospital es como antes, hay poca comunicación entre los médicos y nosotras, aquí meres la enfermera y te digo que hagas esto, no me lo cuestiones."* (Enfermera asistencial, 27 años)

G4. *"Me sabe mal decir esto, es que lo médicos que tengo aquí... igual que en la otra planta puedes proponer cosas, das tu opinión "esto se podría hacer así..." y te escuchan, aquí es como que tú te vas a meter en su terreno y tú no le tienes que decir lo que tiene que hacer. No les gusta que yo les aconseje y me miran como diciendo "como que una enfermera me tiene que decir a mí si está llevando demasiados sueros o si es el momento de quitar una vía", claro las enfermeras ya ni se atreven a decir nada, y yo alguna vez lo he dicho y me han mirado como si.... Y yo digo, pues bueno...yo ya he desistido de ese tema. Y son gente joven, no te creas,*

*porque en los médicos más antiguos, lo puedes entender, pero los jóvenes...tampoco podemos entrar” (Supervisora, 53 años)*

Según hemos podido ver, son muchas las correlaciones que nos muestran a una enfermería oprimida o dominada, según Bourdieu, por la medicina y también por la misma organización sanitaria en la que trabajan.

Llegados a este punto, podemos decir que la lógica de la práctica no se encuentra en el análisis exclusivo de la estructura del campo, ni en el del agente, sino en la relación dialéctica entre la estructura y el agente (Mayoral, 2010), por lo que creemos que la opresión/dominación de la enfermería se explica como una práctica, resultado de la interrelación entre estructura y agentes.

### **6.7.- Situación de la enfermería y la medicina en la estructura del campo. Violencia simbólica**

Hasta ahora hemos conocido el campo en el que enfermeras y médicos actúan en la búsqueda de un capital. El campo no es una estructura estable, sino dinámica, y las luchas que se establecen en él, son con el objetivo de mantener la relación de fuerzas o por desequilibrarlo, por lo tanto podríamos decir que la opresión/dominación de enfermería es una táctica de quienes tienen el poder (médicos) para mantener su posición eliminando a quienes creen que la amenaza (enfermeras), es decir, es una práctica para mantener intacta la estructura de ese campo.

Queda muy clara la posición de poder absoluta e incuestionable de los médicos y de absoluta subordinación y opresión de las enfermeras; el poder de los unos y la absoluta falta de poder de las otras. Siendo esto así, podemos preguntarnos, ¿por qué los médicos, en su atalaya poderosa y engrdeída y conscientes de la menudencia de las enfermeras, deberían ver a las enfermeras como una amenaza? Pues la respuesta está en Bourdieu. Enfermería es una amenaza porque su desarrollo profesional desestabilizaría la estructura del campo actual.

Otro aspecto que debemos tener en cuenta dentro del juego en un campo es que la lucha entre los agentes queda disimulada por la connivencia entre quienes allí juegan para jugar así (“las cosas son así”) naturalizando el juego y ocultando que este juego es resultado de un acuerdo implícito entre jugadores, son unas reglas de juego, que no están explícitas, pero que son igualmente efectivas.

Por un lado, el *hábitus*, según Bourdieu, funciona como una estructura estructurada, es decir, ese conjunto de disposiciones que llevan a las personas a percibir, pensar, sentir y actuar de una forma determinada, que se adquieren mediante la socialización y por lo tanto podemos decir que es un producto social, y por otro lado el *hábitus* es una estructura estructurante, es decir, es una producción social que nos permite saber lo que debemos hacer en cada momento. Por lo tanto, los *hábitus* de los

agentes, médicos y enfermeras, actúan dependiendo de la estructura del campo y a la vez pueden hacer que esa estructura cambie.

Pero ¿por qué no hace nada enfermería por cambiar esa estructura? Freire nos ayuda a entender un poco más la situación de enfermería:

“Tener es condición para ser”. Los médicos quieren tener más poder, se entienden poseedores del saber legítimo y enfermería es vista como “enemigo potencial al que se debe observar y vigilar” (Freire, 2005:39-40)

Y así es como la medicina percibe a la enfermería, como un enemigo amenazante que puede arrebatarse su poder, y para evitarlo utilizará cualquier forma de dominación:

1.- El menosprecio a la profesión enfermera que hemos visto en algunos discursos aportados por los informantes:

“El acto de decretar implica, para quien lo realiza, el reconocimiento de los otros como absolutamente ignorantes, reconociéndose y reconociendo a la clase a que pertenece como los que saben o nacieron para saber. Al reconocerse en esta forma tienen sus contrarios en los otros. Los otros se hacen extraños para él. Su palabra se vuelve la palabra “verdadera”, la que impone o procura imponer a los demás. Y éstos son siempre los oprimidos, aquellos a quienes se les ha prohibido decir su palabra”. (Freire, 2005:120)

2.- Mantenerla al margen o dificultando la comunicación:

“Obstaculizar la comunicación equivale a transformar a los hombres en objetos, y esto es tarea y objetivo de los opresores, no de los revolucionarios” (Freire, 2005:114).

3. - La enfermería se caracteriza por ser un colectivo dividido, poco cohesionado y nada corporativista, como algunas de ellas han afirmado:

“En la medida que las minorías, sometiendo a su dominio a las mayorías, las oprimen, dividir las y mantenerlas divididas son condiciones indispensables para la continuidad de su poder (...) No pueden darse el lujo de aceptar la unificación de las masas populares, la cual significaría, indiscutiblemente, una amenaza seria para su hegemonía” (Freire, 2005:127)

4.- Esa marginación a la que están llevando a la enfermería y el acoso que realizan hacia cualquier intento de desarrollo profesional, hace de enfermería un colectivo débil y manipulable:

“Lo que interesa al poder opresor es el máximo debilitamiento de los oprimidos, procediendo para ello a aislarlos, creando y profundizando divisiones a través de una gama variada de métodos y procedimientos. Desde los métodos represivos de la burocracia estatal, de la cual disponen libremente,

hasta las formas de acción cultural a través de las cuales manipulan a las masas populares, haciéndolas creer que las ayudan” (Freire, 2005:127)

Y ese mutismo profesional, ese silencio de las enfermeras, no indica la falta de necesidades por parte de ellas, sino “una estructura constitutiva del mutismo ante la fuerza aplastante de las “situaciones límites” frente a las cuales lo obvio es la adaptación” (Freire, 2005:89)

Todo este contexto no hace más que mostrarnos, que enfermería se encuentra en una situación de sumisión, opresión y dominación por parte del colectivo médico, en esa lucha por un capital que es el poder, “un poder legitimador que suscita el consenso, tanto de opresores como de los oprimidos, y supone la capacidad de imponer una visión legítima del orden social” (Acebedo, 2012:217).

Y en esa lucha por el poder utilizan la violencia simbólica como “mecanismo diferenciador y legitimador de acuerdos desiguales y jerárquicos entre los individuos y los grupos” (Fernández, 2005:12) y con ella se pretende acentuar la manera en que los dominados aceptan como legítima su propia condición de dominación, es un poder legitimador que construye una realidad, ya que supone la capacidad de imponer una visión legítima del mundo social y la capacidad de imponer los medios para comprender y adaptarse al mundo social.

La violencia simbólica se ejerce sin coacción a través de prácticas simbólicas que reproducen en las mentes de los dominados una interpretación del mundo. Esto implica un conocimiento y desconocimiento de su carácter de violencia o imposición, aceptando un conjunto de presupuestos implícitos en las prácticas, como si el universo social fuese algo natural, “ya que las estructuras cognitivas que aplican para interpretar el mundo nacen de las mismas estructuras de este mundo” (Fernández, 2005:15).

Por lo tanto la dominación médica no puede ejercerse sin la complicidad activa de quienes lo padecen, las enfermeras, aunque esto no signifique que sea voluntaria, sino que es la propia estructura del campo, el entramado de redes establecidas por los médicos, la que regula sus *hábitus*, siendo incapaces de cambiar esa estructura, por lo tanto el único margen de maniobra que les queda es la adaptación.

Y esa estructura de dominación es el producto de la reproducción de esta situación a lo largo del tiempo. A ella contribuyen los médicos, por medio de la violencia simbólica, pero también debemos incorporar en esta estructura a las instituciones, que refuerzan ese esquema de dominación potenciando y otorgando un poder y legitimidad a los médicos, y por último tampoco debemos olvidar la contribución de las enfermeras que aplicando, a la relación de dominación, unos esquemas mentales que son producto de esa asimilación de las relaciones de poder, les conducen a construir esta relación como algo natural. Recordemos que una de las características principales de la violencia simbólica es “que se ejerce al margen de los controles de la conciencia y de la voluntad, mediante una coerción

paradójicamente consentida, una presión sutil sobre los cuerpos y las mentes, no percibida como tal sino como el orden natural de las cosas” (Bourdieu en Fernández, 2005:24)<sup>109</sup>, y se reproduce mediante la socialización.

Por otro lado, Berger y Luckmann, en su obra *“La construcción social de la realidad”*, establecen que “La sociedad es un producto humano. La sociedad es una realidad objetiva. El hombre es un producto social” (2003:82), es decir, el orden social, es un producto humano. La actividad humana está sujeta a la habituación y estas acciones repetitivas, se incrustan como rutinas tipificadas que quedarán establecidas como pautas a reproducir posteriormente. Estas acciones de habituación son los que dan origen a las instituciones y son conocidas por los miembros de un determinado grupo social.

Si tomamos como ejemplo el colectivo enfermero, podemos apreciar como la realidad percibida por las antiguas ATS, ese *hábitus*, de profesión sumisa a las órdenes de la medicina, se reproduce generación tras generación hasta las actuales enfermeras de grado que siguen teniendo los mismos roles aprendidos de sus colegas. Es el resultado de todo un proceso de socialización enfermera y de la relación que se establece entre la estructura del campo sanitario y sus agentes.

Las nuevas generaciones toman como realidad legitimada las actuaciones, percepciones y valores de las enfermeras expertas y no tanto el discurso nuevo que ofrece la universidad. “El cuerpo de conocimiento se transmite a la generación inmediata, se aprende como verdad objetiva en el curso de la socialización y de ese modo se internaliza como realidad subjetiva” (Berger y Luckmann, 2003:88). Parece entonces, que lo legítimo, no es lo aprendido en las aulas, donde estimulan a la adquisición de nuevas competencias y roles, sino que cuando llegan a las prácticas asistenciales, dan más valor legitimador a los comportamientos y acciones que observan y aprenden de las enfermeras expertas. La realidad es aprehendida por las enfermeras noveles mediante la socialización que realizan dentro de la institución sanitaria, en la que se entremezclan la cultura profesional y la cultura organizacional.

Ese orden establecido por normas y valores que rigen la práctica enfermera y que en la actualidad se caracteriza por un rol secundario en el ámbito de la salud y por actividades delegadas de la profesión médica, es un producto creado por ellas mismas, como resultado de una habituación que se incrustan como rutinas que quedan establecidas para el futuro. Y es la misma institución, la enfermería, “la que tipifica tanto a los actores individuales como a las acciones individuales” (Berger y Luckmann, 2003:74), es decir la enfermería es la que establece que las enfermeras realicen unas acciones concretas y no otras. De todas formas, aunque las prácticas, una vez establecidas, tienen una tendencia a persistir, siempre existe en la conciencia la posibilidad de cambiarlas.

---

<sup>109</sup> Es el mismo planteamiento que hace M. Godelier (1989) en su obra *Lo ideal y lo material*. Este autor diferencia dos fuerzas indisolubles y contrapuestas, en las relaciones de dominación. Por un lado la violencia y por otro el consentimiento de los dominados a su dominación.

Por tanto, esas funciones, esas prácticas estructuradas dentro del campo hospitalario, se han institucionalizado, de tal forma que son comunes a todos los profesionales de enfermería y cualquier profesional que pretenda salirse de esa norma institucionalizada, será penalizado, puesto que la práctica institucionalizada está realizando un control para mantener el orden establecido. Un orden establecido por la cultura, la historia y el contexto, en el que han influido médicos, instituciones y las propias enfermeras. Ese orden que exige de enfermería una práctica sumisa y secundaria en el campo del hospital, siempre ha sido así, de tal forma que se ha “naturalizado” y se percibe como “normal”. A veces, esta situación, puede hacer que perdamos la noción de que ese mundo social de significados es ajeno a las enfermeras que lo perciben como algo impuesto, pero la realidad es que esta situación es resultado del acumulo de diferentes acciones llevadas a cabo por ellas mismas, que sin darse cuenta, están reproduciendo una y otra vez esa realidad.

En el momento que dentro de un campo existen diferentes agentes, con diferentes *hábitus* y prácticas, es cuando aparece un conflicto entre ellos y “rivalizan porque cada una trata de afirmarse y desacreditar, cuando no de liquidar, al cuerpo de conocimiento competidor” (Berger y Luckmann, 2003:110). En nuestro caso, la medicina, una profesión con legitimidad y poder, será la que establezca el orden en las instituciones y esta legitimidad es la que le ha concedido la sociedad, la misma profesión al tener un cuerpo de conocimiento diferenciado, las instituciones al otorgarles el poder y la autonomía, y también las enfermeras al percibirse desde esa diferencia “nosotras”/“ellos”.

La clase médica ha creado un universo simbólico que proporciona la legitimidad del orden institucional y ha creado una jerarquía claramente establecida entre médicos y enfermeras. En el momento que existe la amenaza de un cambio dentro de ese orden, es cuando aparecen las acciones correctoras determinantes para proceder a su eliminación y reestablecer el orden. No es más que un mecanismo de control social.

Pero este sistema de control también existe en el seno de la propia enfermería que se revela contra cualquier intento de modificar el orden establecido de enfermera sumisa. Hemos podido contemplar en algunos de los discursos de nuestros informantes, cómo en el momento que una enfermera despunta a nivel técnico, de investigación, etc., es tratada por el resto de profesionales, como de no pertenecer al colectivo de las “buenas enfermeras”.

Es la realidad que viven las enfermeras, una realidad que se mantiene porque se concreta en rutinas y prácticas que constituyen la esencia de la institucionalización y esta realidad se reafirma continuamente en las relaciones que se establecen entre los diferentes agentes.

## 6.8.- ¿Cómo podríamos cambiar esta realidad de las enfermeras?

Entendemos que para modificar la realidad enfermera, se deberían cambiar las condiciones estructurales del campo de poder. Es decir, tenemos un campo sanitario en el que los médicos se han situado estratégicamente como los agentes legitimados para imponer su visión de la realidad, visión, por otro lado, que es corroborada y aceptada históricamente como óptima, por las distintas instituciones del sistema y por la propia enfermería que percibe como “normal” esa realidad impuesta. De alguna forma las enfermeras han decidido “vivir las vidas que ellas mismas han escogido” puesto que se lo deben a la “amnesia de la génesis que les permite vivir su cultura como un don de la naturaleza” (Bourdieu, 2000:33).

El campo está en continuo movimiento debido a las tensiones producidas por la misma estructura constitutiva del campo que tiende a reproducir esta estructura. Los agentes, con sus acciones, no tienen más remedio que luchar para conservar o mejorar su posición, contribuyendo así a que caiga sobre los demás sus imposiciones, es decir, los médicos son los que expresan las formas constantes del campo, mediante las prácticas y las relaciones. Por tanto los campos solo pueden funcionar mientras haya agentes que intervengan en el juego con el objetivo de alcanzar sus capitales (Bourdieu, 2000). Una de las características del juego en un campo es “que la lucha de los agentes implicados queda disimulada por la confabulación entre quienes allí juegan para jugar de esa manera” (Mayoral, 2010:384), es decir, naturalizando el juego y ocultando que este juego es el resultado de un pacto entre jugadores.

Planteémonos por un momento que tomamos como práctica dentro del campo, a la que denominaremos “domim”, a la relación de dominación e imposición de la visión del mundo por parte de los médicos hacia las enfermeras y veamos algunas conclusiones:

- 1.- La diferente posición de poder que ocupan médicos y enfermeras en la estructura del campo son un factor para el desarrollo de domim.
- 2.- El domim es una práctica desarrollada por los médicos (con poder) para mantener su posición en la estructura del campo.
- 3.- El domim es el medio usado por los médicos para mantener su posición de poder en el campo y así mantener la estructura.
- 4.- Los líderes de las instituciones, forman parte de los dominantes (tienen poder en la institución) y por tanto con su pasividad, están defendiendo la estructura del campo y su propia posición de poder en la misma.
- 5.- Las enfermeras contribuyen al mantenimiento de la estructura del campo, puesto que en el momento que alguna de ellas se sale fuera de la norma establecida, está expuesta a la recriminación de sus propias compañeras.

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

6.- La existencia de protocolos, circuitos, normativas, incluso los valores de la empresa que pretenden conseguir como la implicación y participación de “todos” los profesionales mediante políticas flexibles, trabajo en equipo,... que indican la necesidad de un trabajo colaborativo, posteriormente no son aplicados, porque aplicarlos supone modificar las relaciones de poder en la empresa y por lo tanto modificar la estructura del campo.

7.- Las prácticas realizadas por los agentes dentro del campo en relación a la organización del trabajo y relaciones interprofesionales, son el escenario perfecto para la reproducción del domim.

8.- La lucha por el capital, por el poder es el principal causante del domim.

9.- El *hábitus* en su dimensión de estructura estructurada, permite identificar que la cultura de empresa puede fomentar la existencia de domim.

10.- El *hábitus* en su dimensión de estructura estructurante permite detectar los mecanismos por los que el domim se produce en la empresa (encubrimiento, negación o insensibilización del domim)

Por tanto, existen diferentes soluciones:

1.- El domim se produce y reproduce en la empresa porque es práctico (según denomina Bourdieu) para aquellos que lo ejercen (médicos, gestores,...), ya que sin demasiado coste obtienen grandes beneficios, una de las intervenciones posibles sería que el domim dejara de ser práctico y de aportar esos beneficios. El sistema, las instituciones y los médicos no lo permitirían.

2.- Una disminución de poder de los médicos, dejarlos sin ese capital, supondría una nueva reestructuración del campo y menor práctica del domim por parte de estos. El sistema, las instituciones y los médicos no lo permitirían.

3.- Incrementar el poder de las enfermeras, dotarlas de capital, también supondría una reestructuración del campo y menor práctica del domim. El sistema, las instituciones y los médicos no lo permitirían. No sabemos si las enfermeras estarían dispuestas a asumir ese capital.

4.- Aplicación de las normas, protocolos,... existentes en la organización también supondría una reestructuración del campo. El sistema, las instituciones, los líderes y los médicos no lo permitirían.

5.- Modificar la cultura de empresa, podría ser una alternativa a la existencia del domim. El sistema, las instituciones y los médicos no lo permitirían.

En resumen, podemos decir, sin ánimo de ser pesimistas y después de haber podido analizar todo el campo de la sanidad y del hospital, que la situación de enfermería es muy complicada y difícilmente susceptible a cambios, entre otras cosas, porque el mismo colectivo reproduce la situación con sus prácticas y penaliza a las que intentan cambiarlas.

El colectivo enfermero está inmerso en una realidad en la que todo el protagonismo es médico, mientras que las enfermeras se mantienen en un papel secundario en el sistema, una realidad que han construido los médicos, las instituciones y ellas mismas.



Cambiar la situación pasa por un cambio profundo del sistema con la connivencia de las instituciones, como ocurrió con la reforma de atención primaria de 1984, en la que enfermería adquirió nuevas competencias que le otorga un rol más protagonista.

Implantar nuevamente las direcciones de enfermería en los hospitales, situándola al mismo nivel que la dirección médica, sería decisivo para un cambio.

Mejorar las relaciones entre los diferentes campos (educativo, científico, profesional, sindical, hospital), procurando una comunicación proactiva en base a los intereses de cada ámbito y en pro de los intereses del colectivo.

Dotar a estas instituciones de una comunicación eficiente y eficaz con el Departamento de salud que les permita la posibilidad de influir en las políticas de salud.

Modificar progresivamente la imagen estereotipada de la enfermera. Superar la imagen de profesión sumisa a los intereses de los facultativos y de profesión dependiente a la medicina, por la de profesional autónomo. Las modificaciones de los roles de género en el ámbito doméstico pueden constituir una referencia para los cambios esperados en enfermería.

Poner en valor la profesión enfermera, no sólo por medio de palabras o normativas que despiertan las expectativas de los profesionales y luego son incumplidas, sino con propuestas reales y plausibles que se lleven a cabo con el respaldo de las instituciones.

Siendo realistas, nos sentimos ciertamente escépticos ante todas estas potenciales soluciones. Sólo entendemos una posible vía de solución a la situación actual de la enfermería. Desde hace un tiempo se escucha en diferentes foros el discurso de la futura e inminente quiebra del sistema público y de la necesidad de reformar la estructura del sistema. El envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas, recursos cada vez más escasos con tratamientos cada vez más costosos, un aumento exponencial de la demanda de atención, son algunos de los factores que impactan en el sistema y que lo hacen insostenible. En este contexto es donde una enfermería bien preparada y con menor coste para el sistema puede tener cabida.

A pesar de haber finalizada esta tesis ha llegado un correo a mi ordenador que no he podido evitar incorporar en ella.

## TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN

---

Con fecha de 9 de octubre el Diario Enfermero publica<sup>110</sup>: “La organización colegial plantea un nuevo sistema sanitario centrado en cuidar”. Según podemos leer: “Para Máximo González Jurado, “el sistema sanitario actual está agotado, por lo que si queremos tener una sistema sanitario que dé respuesta a las necesidades de salud de la población no hay otro camino que pasar de una sanidad actual centrada en el CURAR a otra donde el verdadero peso se centre en CUIDAR. En los últimos años, la esperanza de vida de hombres y mujeres ha aumentado muchísimo hasta superar los 80 años en ambos sexos. Una realidad aún mayor en España, segundo país con mayor esperanza de vida de Europa”. Ante esta situación, “la estrategia sanitaria no debe centrarse en darle más años a la vida, sino en dar más y mejor vida a los años”, ha subrayado el presidente de la organización colegial”.

Tal vez este es el inicio del cambio que necesitan las enfermeras para modificar la estructura del campo.

---

<sup>110</sup> DIARIO ENFERMERO (9/10/15) *La organización colegial plantea un nuevo sistema sanitario centrado en cuidar*. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/la-enfermeria-espanola-plantea-un-nuevo-sistema-sanitario-centrado-en-cuidar/> Consultado el 20/10/15



## 7.- BIBLIOGRAFÍA

ABEL-SMITH, B. (1960). *A history of the nursing profession*. Londres. Heinemann.

ABBOTT, A. (1988). The system of profession. *An Essay On The Division Of Expert Labour*. Chicago.

ACEBEDO, M. S. (2012) *Narrativa y conocimiento práctico. Experiencias y prácticas de las enfermeras "expertas" en UCI*. Tesis doctoral. Departament d'Infermeria. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/96268> Consultada el 12/2/15

ADAM, E. (1982). *Hacia dónde va la enfermería*. Madrid. Interamericana.

AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (ANECA) (2005) *Libro Blanco. Título de grado de enfermería*. Disponible en: [http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco\\_jun05\\_enfermeria.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf). Consultado el 26/7/14

AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (ANECA) (2009) *Informe sobre el estado de la evaluación externa de la calidad de las universidades españolas*. Disponible en: <http://www.aneca.es/Documentos-y-publicaciones/Informes-sobre-calidad-universitaria>. Consultado el 18/08/14

AIKEN, L. H., CLARKE, S. P., SLOANE, D. M., SOCHALSKI, J., & SILBER, J. H. (2002) "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction", *Jama*, 288(16), 1987-1993.

ALBERDI, R.M. (1995) "Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis (II). Motivación y desarrollo profesional", *Revista ROL de Enfermería*. 198, 13-16

ALBERDI, R. M. (1997) "Mujeres enfermeras en España. Una historia de márgenes", *Revista ROL de Enfermería*, 223, 64-70

ALBERDI, R. M. (1999) "La profesión enfermera en España", *Revista Metas*, 11, 10-15.

ALBERDI, R. M. & CUXAR, N. (2005) "Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional", *Presencia, Revista de enfermería de salud mental*. 1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php> Consultado el 27/9/14

ALONSO, L. E., FERNÁNDEZ, C. J., & NYSSSEN, J. M. (2009). *El debate sobre las competencias. Una investigación cualitativa en torno a la educación superior y el mercado de trabajo en España*. Madrid: ANECA.

AMARO, T. (2009) "Relación ratio enfermera/enfermo y la experiencia profesional con los eventos adversos de los cuidados enfermeros: caídas, uso indebido del pañal y úlceras por presión", *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 1(2), 22-34

AMEZCUA, M. (1997) "Barberos y sangradores flebotomianos en Granada: Norma y sociedad en los siglos XVII y XVIII", *Cultura de los cuidados*, 1 (1), 31-36.

AMEZCUA, M. & GÁLVEZ, A. (2002) "Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta", *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.

APARICIO, E. (2010). *Innovación y enfermería: Análisis para un cambio*. Tesis doctoral. Facultat d'Economia i Empresa. Departament de Sociologia i Anàlisi de les Organitzacions. Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/43018> Consultada el 23/5/15

ARRECIADO, A. (2013) Identidad profesional enfermera; construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria. Tesis doctoral. Escola Universitaria d'Infermeria. Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/49181> Consultada el 15/9/14

ARROYO, M. P. & MOMPART, M. P. (1998) "La reforma de las Escuelas de Enfermería", *Ortega, F.; Lamata, F. La década de la reforma sanitaria, Madrid: Exlibris Ediciones SL*.

BÁÑEZ, T. (2003) *El trabajo social en Aragón. El proceso de profesionalización de una actividad feminizada*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Departament d'antropologia, Filosofia i Treball Social. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/8412> Consultada el 23/8/14

BARROSO, Z. & COLOMER, E. (2007) "Las Competencias: su importancia para la planificación de los programas de capacitación de Enfermería", *Revista Cubana de Enfermería*, 23(4), 0-0 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000400005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400005&lng=es&nrm=iso) Consultado el 17/10/14

BATISTA, L. (2006) "¿Es la enfermería una representación simbólica de la exclusión social y de género?" *Rev. Enfermería en Costa Rica*. 27(2), 35-37

BAUMAN, Z. (2004) *Modernidad líquida*. (3<sup>a</sup> reimpresión). Argentina. Fondo de Cultura Económica de Argentina SA.

BERCEBAL, B. D. (1734). *Recetario medicinal espagirico: Obra posthuma*. Zaragoza. L. de Cueto, Impresor de la Universidad.

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

BERGER, P. L. & LUCKMANN, T. (2003/1968) "La construcción social de la realidad", En Berger, P. (comp.) *Marxismo y sociología. Perspectivas desde Europa Oriental*. Buenos Aires. Amorrortu editores.

BERTRAN, C. (2005) *La feminització de la infermeria, cusalitat i estratègies per a la formació de professionals*. Tesis doctoral. Departament de Pedagogia. Universidad de Girona. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/7971> Consultada el 22/7/14

BLASCO, R. (1988) *Conferencia de presentación de la Dra. Virginia Henderson, con motivo de su nombramiento de Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona*. Universidad de Barcelona.

BOLETINES OFICIALES. ACORD GOV/137/2015, de 25 d'agost, pel qual es declara d'interès públic el desenvolupament d'un altre lloc de treball o activitat pública en l'àmbit de la investigació en salut per part dels professionals sanitaris que desenvolupen una activitat assistencial en el sistema públic de salut de Catalunya. (2015) Disponible en: <http://www.boletinesoficials.com/catalan/documentacion/norma/documento/ACORDO-GOV-137-2015-25-agost-declara-interes-publico-desenvolupament-posat-treball-activitat-publica-ambito-investigacion-salut-professionals-sanitaris-desenvolupen-assistencial-sistema-Cataluna,19,20150827,6/> Consultado el 15/9/15

BONILLA, L. (2013) *La medicina té cara de dona*. Ara.cat (7/4/2013). Disponible en: [http://www.ara.cat/premium/societat/medicina-rostre-dona\\_0\\_896910365.html](http://www.ara.cat/premium/societat/medicina-rostre-dona_0_896910365.html) Consultado el: 23/9/15

BOURDIEU, P. (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona. Anagrama

BOURDIEU, P. & PASSERON, J. C. (1967) *Los estudiantes y la cultura*. Barcelona. Labor

BOURDIEU, P. & PASSERON, J. C. (2001) *Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica*. En: Bourdieu, Pierre y Passeron, Jean-Claude. La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza, Libro 1, Editorial Popular, España, 2001. pp. 15-85

BOURDIEU, P. & PASSERON, J. C. (2003) *Los herederos. Los estudiantes y la cultura*. Buenos Aires. Siglo XXI.

BRIM, O. G. J. (1966). *Socialization Through the Life Cycle, Socialization, After Childhood: Two Essay*, Ed.: Orville G. Jr. Brim, New York: John Wiley and sons., Inc.

BRUGUERA, M. (2008) *Diàleg permanent entre el COMB i Metges de Catalunya*. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/cercador/resultats.htm?cx=002758994726520036926%3An68wuyfnrue&cof=FORID%3A11&q=2008+di%C3%A0leg&sa=+++&siteurl=www.comb.cat%2F&ref=&ss=5720j3987258j14>  
Consultado el 17/9/15

BURGUETE, M. D., ÁVILA, J.A. & VELASCO, J. (2005) "La imagen pública de las enfermeras. Cómo ven la profesión los estudiantes de enfermería". *Educare* 21, 17-28. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/educare17/ensenando/ensenando1.htm> Consultado el 23/7/14

BURGUETE, D., MARTÍNEZ, J. R. & MARTÍN, G. (2010) "Actitudes de género y estereotipos en enfermería". *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (28), 39-48.

CALVO, J. (1866) *Manual para el uso de practicantes*. Madrid Imprenta Nacional.

CANO-CABALLERO, M. D. (2004) "Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio". *Index de Enfermería*, 13(46), 34-39.

CÁNOVAS, M.A. (2004) "Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia", *Rev. Enferm. Global*, 7. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/550/0>. Consultado el 2/10/14

CANTERO, M. L. (2010) "La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957)", *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2(1).

CARBÓN, D. (1541) *Libro del arte de las comadres o madrinas y del regimiento de las preñadas y paridas y de los niños*. Mallorca. Disponible en: <http://www.codem.es/> Consultado el 15/7/14

CARMONA FJ, SANZ LJ. & MARÍN D. (2002) Relaciones entre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. *Enfermería Clínica*. (238-239):33-9.

CARO, F. J. & JIMÉNEZ, G. (2006). Periodistas: El acceso al mercado laboral. *Ámbitos*, (15), 313-324

CARRASCO, M. D., MÁRQUEZ, M. & ARENAS, J. (2005) Antropología-enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (18), 52-59.

CARRÈRE, J. B. (1786) *Manual para el servicio de los enfermos o Resumen de los conocimientos necesarios a las personas encargadas de ellos y de las paridas, recién-nacidos*. Por la Viuda Piferrer. Madrid. Disponible en: <http://www.codem.es/> Consultado el 15/7/14

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

CARTA MAGNA DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA (1988). Disponible en: <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%2%BA9/Carta%20Magna%20y%20Declaraciones%20conjuntas%20europeas%20sobre%20la%20universidad.pdf>. Consultado el 18/7/14

CASTELLS, M. (2003/1996) *La era de la información*. Madrid. Alianza

CASTILLO, J.J., CARAVANTES, R, GARCÍA, D., GONZALEZ, C. & LLEÓ, R. (2013) *Que hacemos para que las diversas formas de trabajar sean coherentes con nuestras necesidades y no sea el mercado quien decide que y como es el trabajo*. Madrid. Akal, SA.

CASTRO, J. (1993) *Identidad de la Enfermería como Profesión*. Ed.: Organización Colegial de Enfermería. Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, Granada.

CELMA, M. & ACUÑA. Á. (2009) "Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional", *Rev. Antropología Experimental*, 9(9), 119-136.

CHEERS PROJECT (1998) *Careers after higher education: a European Research Study. Higher Education and Graduate Employment in Europe-European Graduate Survey*. Disponible en: [http://www.uni-kassel.de/wz1/TSEREGS/goals\\_e.htm](http://www.uni-kassel.de/wz1/TSEREGS/goals_e.htm). Consultado el 02/08/14

COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB). (2009) SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA. Sala de lo contencioso Administrativo CGCOM demanda a la Consejería de Salud. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/194091.PDF>

COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) Y ASSOCIACIÓ DE DIRECTORES D'ESCOLA D'INFERMERIA DE CATALUNYA (ADEIC) (2012) *Conclusiones de la Jornada Técnica de Debate: De la Diplomatura al Grado de Enfermería y Desarrollo Profesional*. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/DE%20LA%20DIPLOMATURA%20AL%20GRAU%20DEF%20CAST.PDF> Consultado el 17/11/14

COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (COIB) (2013) SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA ILLES BALEARS Sala de lo contencioso administrativo. CGE demanda al Consell de Salut. Disponible en: <http://www.coib.cat/uploadsBO/Generica/Documents/SENT%3%A8NCIA%20DEL%20TRIBUNAL%20SUPERIOR%20DE%20JUST%3%ADICIA%20DE%20LES%20ILLES%20BALEARS%20N%3%BAMERO%20500%20DE%2012%20DE%20JUNY%20DE%202013%20ON%20ES%20DESESTIMA%20EL%20RECURS%20PRESENTAT%20PEL%20CONSEJO%20GENERAL%20DE%20COLEGIOS%20OFICIALES%20DE%20ENFERMER%3%AD%20DE%20ESPA%3%B1A.PDF> Consultado el 2/7/15



COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA (2015) *Les infermeres catalanes reclamen al Parlament que es reconegui la seva aportació en el sistema de salut*. Disponible en: <http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=1492&idMenu=651> Consultado el 18/9/15

COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA PALENCIA (2013) SENTENCIA DEL TSJ DE BALEARES RECURSO DE LA OMC SOBRE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA. Disponible en: <http://www.enfermeriapalencia.com/modules.php?name=News&file=article&sid=7864> <sup>1</sup>

COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE TARRAGONA (2012) "Anàlisi de satisfacció i motivació dels professionals d'infermeria de Tarragona". *Revista Fem Camí*. Nº 47 Octubre-diciembre 2012

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (COMB) (1998) *El col·legi de metges de Barcelona i els seus presidents. 1894-1994*. Disponible en: <http://www.galeriametges.cat/galeria-bibliografia.php?icod=EDG> Consultado el 3/2/15

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (COMB) (1999) *Primer conveni de col·laboració entre les facultats de Dret i Medicina de la UAB i el Col·legi de Metges de Barcelona* (1999) COMB Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/sic/sic91/sic03.htm> Consultado el 3/8/15

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (COMB) (2000) *Conveni sobre Formació Mèdica Continuada entre el COMB i la "Fundació Sanitas"*. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/sic/sic93/sic60.htm> Consultado el 3/8/15

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA (COMB) (2015) ACORD entre el Departament de Salut, el Servei Català de la Salut, el Institut Català de la Salut i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya per al desenvolupament d'iniciatives que afavoreixin la participació dels professionals en la governança i gestió dels centres del Institut Català de la Salut. Disponible en: <http://www.comb.cat/Upload/Documents/6167.PDF> Consultado el 10/8/2015

COLLIÈRE, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España.

COMAS, D. (1995) *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona, Icaria.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2002) *Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales*. Disponible en: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2002/ES/1-2002-119-ES-F1-1.Pdf> Consultado el 15/5/14

COMISIONES OBRERAS. RESOLUCIÓN SLT/8/2013, de 2 de gener, per la qual es dóna publicitat al Conveni d'1 de gener de 2013, de *delegació en el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya de funcions públiques pròpies del departament de la Generalitat competent en matèria de salut pel que fa a acreditació de la formació mèdica continuada*. DOGC 6292 de 14.1.2013. Disponible en: [http://www.ccoo.cat/ceres/documents/recull\\_legislatiu/12016.pdf](http://www.ccoo.cat/ceres/documents/recull_legislatiu/12016.pdf) Consultado el 5/8/2015

COMISIÓN EUROPEA (1995) *Livre blanc sur l'éducation et la formation. Enseigner et Apprendre. Vers la Société Cognitive*. Disponible en: [http://europa.eu/documents/comm/white\\_papers/pdf/com95\\_590\\_fr.pdf](http://europa.eu/documents/comm/white_papers/pdf/com95_590_fr.pdf) Consultado el 12/6/14

COMUNICADO DE PRAGA (2001). *Comunicado de la Conferencia de ministros Europeos responsables de la Educación Superior*. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion>. Consultado el 19/08/14

COMUNICADO DE BERLÍN. *Comunicado de la conferencia de ministros responsables de la Educación Superior, mantenida en Berlín el 19 de Septiembre de 2003*. Disponible en: <http://tecnologiaedu.us.es/mec2011/htm/mas/2/21/3.pdf> Consultado el 19/8/14

COMUNICADO DE LONDRES (2007) *Comunicado de la Conferencia de ministros Europeos responsables de la Educación Superior*. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion> Consultado el 20/08/14

CONGREGACIÓN DE BERNARDINO DE OBREGÓN (1625). *Instrucción de enfermeros para aplicar los remedios a todo género de enfermedades y acudir a muchos accidentes que sobrevienen en ausencia de los médicos*. Imprenta Real. Madrid Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 13/5/14

CONSEJO EUROPEO DE LISBOA 23 Y 24 DE Marzo (2000) *Conclusiones de la Presidencia* Disponible en: [http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1\\_es.htm](http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm) Consultado el 12/06/14.

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA (2014) *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. Disponible en: [www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1565-enfermeria-facultativa-numero-197](http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1565-enfermeria-facultativa-numero-197) Consultado el 2/7/15

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA (2014) *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. Disponible en: [www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1565-enfermeria-facultativa-numero-197](http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1565-enfermeria-facultativa-numero-197) Consultado el 22/2/15

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. Sala prensa (junio 2014) *“La mesa estatal de la profesión responde a Francisco Miralles, de CESM, que calificó la enfermería como “profesión de rango inferior”* Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/5327-la-mesa-estatal-de-la-profesi%C3%B3n-responde-a-francisco-miralles-de-cesm-que-calific%C3%B3-la-enfermer%C3%ADa-como-profesi%C3%B3n-de-rango-inferior#.ViSx5W7D2BM> Consultado el: 16/7/15

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. Nota de prensa (Marzo 2015) *La prescripción enfermera llega este jueves al Consejo Interterritorial.* Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/14752-la-prescripcion-enfermera-llega-al-consejo-interterritorial#.ViEV-Xrtmko> Consultado el 2/7/15

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA. (29/10/15) Carta de la Mesa de la Profesión Enfermera. Disponible en: <https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/150b55d9bc69580a> Consultado el 29/10/15

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERIA. (26/10/15) Carta de la Mesa de la Profesión Enfermera. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/notas-prensa/finish/44-notas-de-prensa/2382-el-gobierno-del-pp-provoca-la-involucion-de-la-profesion-enfermera> Consultado el 26/10/15

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA (CIE) (2003) *Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista.* Disponible en: [http://www.cnde.es/cms\\_files/Marco\\_Competencias\\_CIE\\_Enfermera\\_Generalista.pdf](http://www.cnde.es/cms_files/Marco_Competencias_CIE_Enfermera_Generalista.pdf) Consultado el 23/5/14

CONSELL INTERUNIVERSITARI DE CATALUNYA (CIC) (2009) *Acord de la Junta del CIC per a l'accés d'estudiants que ja estan en possessió d'una titulació universitària oficial no adaptada a l'espai europeu d'educació superior a un Grau que doni accés a la mateixa professió.* Generalitat de Catalunya. Disponible en: [http://www.cndcue.com/documentacion/general/AC\\_Interuniversitario\\_Catalunya.pdf](http://www.cndcue.com/documentacion/general/AC_Interuniversitario_Catalunya.pdf) Consultado el 16/10/14

CONSELL CATALÀ DE LA PROFESSIÓ INFERMERA (2009) Informe executiu: *L'impacte de la precarietat laboral del personal d'Infermeria en els resultats clínics i de productivitat.* Comissió de l'exercici. Barcelona. Disponible en: [http://www.saveva.com/domamIES/pub/cpic/html/ca/dir3527/informe\\_dotacions\\_minimes\\_infermereg\\_s\\_unitats\\_hospit\\_aguts\\_ple\\_2009\\_cpic.pdf](http://www.saveva.com/domamIES/pub/cpic/html/ca/dir3527/informe_dotacions_minimes_infermereg_s_unitats_hospit_aguts_ple_2009_cpic.pdf) Consultado el 23/9/14 Consultado el: 17/7/15

CONSELL DE COL·LEGIS D'INFERMERES I INFERMERS DE CATALUNYA. DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA (DOGC) (25/6/13) RESOLUCIÓ per la qual es dóna publicitat a l'Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya pel qual s'estableixen directrius per a l'exercici de les

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

actuacions infermeres en l'anomenada gestió de la demanda. Disponible en:  
<http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idpagina=1868> Consultado el 15/7/15

CONSELL DE COL·LEGIS D'INFERMERES I INFERMERS DE CATALUNYA (2013) *Acord del Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya sobre la Gestió de la Demanda*. Disponible en:  
<http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idpagina=1868> Consultado el 15/7/15

CONTRERAS, M. (2014) "Formación universitaria e inserción laboral. El caso de los graduados por la Escuela Universitaria de Magisterio "Sagrada Familia" de Úbeda (Jaén)", *Revista electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, 8, 73-92 Disponible en:  
<http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/1275> Consultado el 2/1/15

CORTI, A.M. (2000) "Socialización e integración social", *Fundamentos en humanidades*. Universidad Nacional de San Luís, 2, 129-152

CREUS, M. (2002a) "Los conflictos interprofesionales", *Rev. ROL Enf*, 25(6), 416-418

CREUS, M. (2002b) "Cambio social y profesión enfermera", *Rev. ROL Enf*, 25(11), 734-736

CRUZADO, C., JAIME, F. & SÁNCHEZ, Y. (2012) "Principales problemas de los recursos humanos sanitarios en la Unión Europea y España", *Enfermería Docente*, 97,20-24

CUIXART, N. (2005) *La presencia enfermera en el siglo XXI*. Conferencia inaugural del 7è Congrés de l'Associació Catalana d'Infermeria. Tarragona, 23 de noviembre. Disponible en:  
[http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/CONF%20NC%20ACI\\_CASTELL%C3%A0.PDF](http://www.coib.cat/uploadsBO/Noticia/Documents/CONF%20NC%20ACI_CASTELL%C3%A0.PDF)  
Consultado el 4/1/15

DEAL, T.E. & Kennedy, A. A. (1985) *Culturas corporativas. Ritos y rituales de la vida organizacional*. México. Fondo Educativo Interamericano.

DECLARACIÓN DE BOLONIA (1999) *Comunicado de la Conferencia de ministros Europeos responsables de la Educación Superior*. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion> Consultado el 12/06/14

DECLARACIÓN DE GRANADA SOBRE EL CONOCIMIENTO ENFERMERO (DEGRA) (2013) Disponible en:  
<http://www.index-f.com/declaracion/documentos/DEGRA.pdf> Consultado el 10/8/14

DECLARACIÓN DE MADRID. (2011) *Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería* (CNDCUE). Disponible en:  
[http://www.cndcue.com/documentacion/general/Declaracion\\_Madrid2011.pdf](http://www.cndcue.com/documentacion/general/Declaracion_Madrid2011.pdf) Consultado el 10/8/14

DECLARACIÓN DE MUNICH (2000) *Enfermeras y matronas: una fuerza de salud*. Oficina Regional Europea de la OMS. Disponible en: [http://aesmatronas.com/descargas/doc\\_otros/DECLARACION\\_DE\\_MUNICH.pdf](http://aesmatronas.com/descargas/doc_otros/DECLARACION_DE_MUNICH.pdf) Consultado el 12/8/14

DECLARACIÓN DE VALENCIA (2009) *Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería* (CNDCUE). Disponible en: [http://www.cnde.es/cms\\_files/Declaracion\\_Valencia.pdf](http://www.cnde.es/cms_files/Declaracion_Valencia.pdf) Consultado el 12/8/14

DECLARACIÓN DE LA SORBONA (1998) Disponible en: <http://ees.umh.es/contenidos/Documentos/DeclaracionSorbona.pdf> Consultado el 18/7/14

DEL ARCO, I. & ENCISO, P. (2011). Valoración de las competencias instrumentales de los titulados universitarios: estudio comparativo. *Bordón. Revista de la Sociedad Española de Pedagogía*. 63, 91-105

DE MENDOZA, J. H. (2004) "Absentismo asociado al síndrome de Burnout. Coste económico del estrés laboral asistencial en un hospital", *Mapfre medicina*, 15(3), 193-198.

DIARIO ENFERMERO (7/3/2014) *2013, récord histórico de paro: 19.639 enfermeros desempleados*, Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/revista-colegial/finish/80-revista-enfermeria-facultativa/1414-enfermeria-facultativa-numero-181> Consultado el 23/8/14

DIARIO ENFERMERO (27/11/2014) *Ana Mato presenta su dimisión cuando el pacto con la enfermería agoniza*. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/ana-mato-presenta-su-dimision-cuando-el-pacto-con-la-enfermeria-agoniza/> Consultado el 17/6/15

DIARIO ENFERMERO (28/11/2014) *Los enfermeros esperan que el próximo ministro cumpla los compromisos adquiridos con la profesión*. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/los-enfermeros-esperan-que-el-proximo-ministro-cumpla-los-compromisos-adquiridos-con-la-profesion/> Consultado el 17/6/15

DIARIO ENFERMERO (28/1/2015) *Alfonso Alonso reafirma su compromiso con los enfermeros*. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/alfonso-alonso-reafirma-su-compromiso-con-los-enfermeros/> Consultado el 17/6/15

DIARIO ENFERMERO (14/7/15) *El Supremo anula el decreto de prescripción enfermera de Baleares y exige la acreditación de profesionales contemplada por la Ley del Medicamento*. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/el-supremo-anula-el-decreto-de-prescripcion-enfermera-de-baleares/> Consultado el 2/7/15

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

DIARIO ENFERMERO (9/10/15) *La organización colegial plantea un nuevo sistema sanitario centrado en cuidar*. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/la-enfermeria-espanola-plantea-un-nuevo-sistema-sanitario-centrado-en-cuidar/> Consultado el 20/10/15

DIARIO ENFERMERO (23/10/15) Un Real Decreto de prescripción enfermera que deja sin protección jurídica a los profesionales. Disponible en: <http://diarioenfermero.es/un-real-decreto-de-prescripcion-enfermera-que-deja-sin-proteccion-juridica-los-profesionales/> Consultado el 23/10/15

DIARIO MÉDICO (29/10/2014) *Médicos de Cataluña pide formalmente el convenio franja médico*. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2014/10/29/area-profesional/profesion/medicos-cataluna-pide-formalmente-convenio-franja-medico> Consultado el 17/9/15

DIARIO MÉDICO (19/1/15) *5 años sin 'receta' enfermera*. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2015/01/19/area-profesional/sanidad/5-anos-sin-receta-enfermera> Consultado el 17/6/15

DIARIO MÉDICO (19/1/15) *Con los ojos puestos en la experiencia andaluza*. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2015/01/19/area-profesional/sanidad/ojos-puestos-experiencia-andaluza> Consultado el 17/6/15

DÍAZ, E. C. (2014) "Factores que influyen en el rendimiento académico de estudiantes de enfermería", *Razón de cambio*. 1(1): 24-34

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1979) "Para una sociología de la profesión de enfermería en España", *Reis (Revista Española de Investigaciones Sociológicas)*, 8, 103-129.

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1986) *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid. Pirámide.

DOMINGUEZ ALCÓN, C. (1989) "La percepción del cuidar", *Rol de Enfermería*, 127, 25-27.

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1990) "Feminización de las profesiones sanitarias", *Jano*, 38 (909), 69-74

DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C (2001) *El compromiso de las profesiones sanitarias ante la sociedad del siglo XXI. Valores e innovaciones en el umbral del siglo XXI su influencia en la práctica enfermera*. XXI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, (58- 66)

DURÁ, M. J. (2013) *La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería*. Tesis doctoral. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología.

Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/22989/1/T34787.pdf>  
Consultado el 22/12/14

EL MUNDO (29/3/15) *Los médicos rechazan que los enfermeros indiquen fármacos que no precisen receta*. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/03/29/5517eb3fca47418d068b4578.html>  
Consultado el 2/7/15

EL MUNDO (9/4/15) *Guerra abierta por la prescripción de enfermería*. Disponible en:  
<http://www.elmundo.es/salud/2015/04/09/5525762eca4741c7478b456b.html> Consultado el 3/9/15

ESEVERRI, C. (1995) *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Barcelona. Salvat.

ESTEBAN, M. (2002) "Acerca del conocimiento del mundo, de los fenómenos físicos y sociales, de nuestros contemporáneos y amigos y de nosotros mismos", *RED, Revista de Educación a Distancia*, (2).  
Disponible en: <https://www.um.es/ead/red/2/teoriasimplicitas.pdf> Consultado el 2/2/15

ESTRADA, JM. (2014) *Estudio de la formación postgraduada en enfermería en Cataluña durante el período académico de 1989-1990 a 2009-2010: motivación, satisfacción e impacto profesional*. Tesis doctoral. Escola Universitària d'Infermeria. Universidad de Barcelona  
<http://hdl.handle.net/10803/283998>

FAJARDO, M. & GERMÁN, C. (2004) "Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles", *Index de Enfermería*, 13(46), 09-12.

FEITO, L. (2005) "Los cuidados en la ética del siglo XXI". *Enfermería Clínica*, 15(3), 167-174

FERNÁNDEZ, C. & PÉREZ, M. L. (2005) "Así nos muestran, ¿así somos?" *Cultura de cuidados*. 18, 98-101.

FERNÁNDEZ, E. (2005). *Valoración diferida del modelo de formación integral basado en competencias para la Diplomatura de Enfermería en la Universidad Europea de Madrid*. Tesis Doctoral. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/11012>. Consultada el 5/7/13

FERNÁNDEZ, J. A. (2001) "Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión", *Revista electrónica de investigación educativa*, 3(2). Disponible en:  
<http://redie.uabc.mx/redie/article/view/40/0> Consultado el 17/4/15

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

FERNÁNDEZ, J. M. (2005) "La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica", *Cuadernos de Trabajo Social*, Norteamérica, 18, 7-31.

FERNÁNDEZ, J. Y FERNÁNDEZ, S. (2006) "La construcción del conocimiento profesional y la socialización de los psicopedagogos/as de centro noveles". *Revista de Educación*, 341, 419-440

FERNÁNDEZ, L. (2010) "Interdisciplinariedad en la construcción del conocimiento: ¿más allá de Bolonia?" *Innovación educativa*, 20, 157-166

FERNÁNDEZ-CORREDOR, M. (1917) *Manual de la enseñanza de enfermeras de la cruz roja*. Valladolid

FERRUS, L. (dir) 2006. *Recomanacions per a la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització*. Barcelona: Consell de Col·legis de Diplomats en Enfermeria de Catalunya.

FERRÚS, L. (2009) *Estudi de l'entorn organitzatiu de les infermeres*. Consell Català de la Profesió Infermera

FISCHER-DÜCKELMANN, A., ARIAS-CARVAJAL, P., DURÁN, T. M., & VARGAS, A. M. (1910). *La mujer, médico del hogar. Obra de higiene y de medicina familiar. Especialmente consagrada a las enfermedades de la mujer y los niños, al tratamiento de los partos ya los cuidados de la infancia*. Dir. por Pio Arias-Carvajal. Trad. de Teodomiro Moreno Durán. Maucci.

FRANCISCO, J. C. (2008) *De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicopedagogía y Educación Física. Universidad de Alcalá. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10017/2700> Consultada el 15/5/14

FREIDSON, E. (1978) *La profesión médica*. Península. Barcelona.

FREIRE, P. (2005) *Pedagogía del oprimido* (2ª ed.). México. Siglo XXI.

FROMM, E. (1977) *El miedo a la libertad* (trad. Germani, G.) Buenos Aires, Paidós

FROUCHTMANN, S. (2011) *Ser enfermera*. Barcelona. Plataforma Editorial.

FUENTES, L. (2010) "De Platon a Nussban. Vision de la mujer y el hombre", *Revista Mujer*, 5(6).

GACETA MÉDICA (3/7/2015) *Cataluña se adelanta y anuncia la regulación de la prescripción enfermera*. Disponible en: <http://www.gacetamedica.com/noticias-medicina/2015-07-03/en-10-minutos/cataluna->



se-adelanta-y-anuncia-la-regulacion-de-la-prescripcion-enfermera/pagina.aspx?idart=921184

Consultado el 3/9/15

GALLEGO, J. (2009) *Discriminación de género en la profesión enfermera*. Universidad de Salamanca. Estudios Interdisciplinarios de Género Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/80253>. Consultado el 12/8/14

GALLUP. *Nursing Leadership from Bedside to Boardroom: Opinion Leaders. Perceptions*. Robert Wood Johnson Foundation. Disponible en: <http://www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2010/01/nursing-leadership-from-bedside-to-boardroom>. Consultado el 24/09/2014.

GALLUP. *Nursing Leadership from Bedside to Boardroom: Opinion Leaders. Perceptions*. Robert Wood Johnson Foundation. Disponible en: <http://www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2010/01/nursing-leadership-from-bedside-to-boardroom>. Consultado el 24/09/2014

GÁLVEZ, A. (2003a) "Lectura crítica de un estudio cualitativo descriptivo", *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 12(40), 51-57.

GÁLVEZ, A. (2003b) "Evidencias, pruebas científicas y enfermería. Reflexión en voz baja y pensamientos inconfesables", *Enfermería Global*, 2(2).

GÂNDARA, M. (2008) "Ética, poder y deber. De la ética del cuidado al poder del deber de cuidar". *Rol de Enfermería*. 31(1), 18-24

GARCÍA, A. M., SAINZ, A., & BOTELLA, M. (2004) "La enfermería vista desde el género", *Index de Enfermería*, 13(46), 45-48.

GARCÍA, G. (1901) *Manual del practicante y del interno de hospital*. Madrid

GARCÍA-MONTALVO, J. (2005) *La inserción laboral de los universitarios: sobrecualificación y desajuste formativo*. IVIE (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas). Disponible en: [http://www.univnova.org/documentos/documento\\_ampliado.asp?id=132&a=8](http://www.univnova.org/documentos/documento_ampliado.asp?id=132&a=8). Consultado el 1/10/14

GARMENDÍA, J.A. (1988) "La cultura de empresa: una aproximación teórica y práctica". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 41, 7-23

GARRIDO, J. M. (2010) *Creencias sobre el rol de las tecnologías de información y comunicación en la formación inicial de docentes: Explorando las diferencias entre estudiantes y docentes universitarios*.

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

Tesis doctoral. Departament de Didàctica i Organització Educativa. Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/41486> Consultada el 23/8/14

GEERTZ, C. (2003/1973) *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa.

GENERALITAT DE CATALUNYA. (2003) *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible en: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/professions\\_sanitaries\\_nou/llibre\\_blanc/documents/arxius/resum\\_executiu\\_lbps.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/professions_sanitaries_nou/llibre_blanc/documents/arxius/resum_executiu_lbps.pdf) Consultado el 15/6/14

GENERALITAT DE CATALUNYA. Departament de Salut (2011) *La recerca infermera en cures de la salut a Catalunya*. Disponible en: [http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home\\_canal\\_salut/professionals/participacio/consells\\_de\\_les\\_professions\\_sanitaries/consell\\_professio\\_infermera\\_de\\_catalunya/documents/informe\\_recerca\\_infermera\\_cpdc\\_desembre\\_2012.pdf](http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/participacio/consells_de_les_professions_sanitaries/consell_professio_infermera_de_catalunya/documents/informe_recerca_infermera_cpdc_desembre_2012.pdf) Consultado el 23/4/15

GENERALITAT DE CATALUNYA. Nota de premsa (16/10/2012) *El Govern aprova el Pla estratègic de recerca i innovació en salut 2012-2015*. Disponible en: [http://www.govern.cat/pres\\_gov/AppJava/govern/govern/consell-executiu/acords-govern/nota-premsa/165110/govern-aprova-estrategic-recerca-innovacio-salut-2012-2015.html](http://www.govern.cat/pres_gov/AppJava/govern/govern/consell-executiu/acords-govern/nota-premsa/165110/govern-aprova-estrategic-recerca-innovacio-salut-2012-2015.html) Consultado el 16/9/15

GENERALITAT DE CATALUNYA. Agència de salut pública de Catalunya (2014) *Agència de Salut Pública i el Col·legi de Metges signen un conveni per a la difusió d'informació sobre seguretat alimentària i promoció de la salut*. Disponible en: [http://salutpublica.gencat.cat/ca/seguretat\\_alimentaria/notes\\_d\\_actualitat/salut-publica-i-el-collegi-de-metges-signen-un-conveni-per-a-la-difusio-dinformacio-sobre-seguretat-alimentaria-i-promocio-de-la-salut/](http://salutpublica.gencat.cat/ca/seguretat_alimentaria/notes_d_actualitat/salut-publica-i-el-collegi-de-metges-signen-un-conveni-per-a-la-difusio-dinformacio-sobre-seguretat-alimentaria-i-promocio-de-la-salut/) Consultado el 5/8/2015

GENERALITAT DE CATALUNYA. Organigrama del Departament de Salut. Disponible en: <http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organigrama.jsp?codi=2803&jq=200001&cap=false> Consultado el 1/8/15

GIL, J., ÁLVAREZ, V., GARCÍA, E. & ROMERO, S. (2009) "Evaluación de la formación universitaria a partir de las opiniones de los titulados incorporados al mundo laboral", *Bordón. Revista de la Sociedad Española de Pedagogía*. 61, 73-91

GIRBAU, MR., GALIMANY, J. & GARRIDO, E. (2012) "Desgaste profesional, estrés y abandono de la profesión en enfermería", *Nursing (Ed. española)*, 30(1), 58-61.

GODELIER, M. (1989) *Lo ideal y lo material*. Madrid. Taurus Humanidades

GOFFEE, R., Y JONES, G. (2001) *El carácter organizacional: cómo la cultura corporativa puede crear o destruir negocios*. Barcelona. Granica S. A.

GONZÁLEZ, E., ARRAS, A. M. & MORIEL, B. L. (2012) "La profesionalización en enfermería: hacia una estrategia de cambio", *Tecnociencia* (6)1, 1-8

GONZÁLEZ, M. (1994) "Socialización profesional y aprendizaje de la enseñanza en las prácticas escolares", *Enseñanza & Teaching*, 12, 73-86

GOULET, C., LAUZÓN, S. & RICARD, N. (2003) "Enfermería de práctica avanzada: un tesoro oculto", *Enfermería clínica*, 13(1), 48-52.

GRENET, L. (1903) *El arte de cuidar a los enfermos. Manual teórico práctico para el uso de las familias en general y de las enfermeras religiosas en particular*. Barcelona. Gustavo Gili.

GUADARRAMA, R. (1998) El debate sobre las culturas laborales: Viejos dilemas y nuevos desafíos. En *Guadarrama Olivera, Rocío (Hg.): Cultura y trabajo en México—Estereotipos, prácticas y representaciones*. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.

HAWKSLEY, B. (2007) "Work-related stress, work/life balance and personal life coaching", *British journal of community nursing*, 12(1), 34-36.

HEIERLE, C. (2009) "La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita", *Index Enferm.* 18(2), 95-98

HENDERSON, V. (1988) Discurso de recepción con motivo de su nombramiento de Profesora Honoraria de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Universidad de Barcelona

HERNÁNDEZ, J., MORAL, P. & ESTEBAN, M. (2002). *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Método*. (2<sup>a</sup> ed.). Madrid: McGraw-Hill. Interamericana

HERNÁNDEZ, J. F. (2010) *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Madrid. Fundación Alternativas

HERNANDEZ, J. F. (2014) *Proyecto Lab.enf.14. Situación laboral de las enfermeras en España*. Disponible en: <http://juherya.blogspot.com.es/2014/07/LABENF144.html> Consultado el 25/1/15

HERNÁNDEZ, J. M. (1995) *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill. Madrid

HIRSCH, A. (2013) "Elementos teóricos y empíricos acerca de la identidad profesional en el ámbito universitario", *Perfiles educativos*, 35(140), 63-81.

HOLTON, S. (1984) "Feminine Authority and Social Order: Florence Nightingale's Conception of Nursing and Health Care", *Social Analysis*, (15), 59-72.

IBORRA, G. (2008) *Anécdotas enfermeras*. Barcelona. Styria.

ICART, MT., PULPÓN, AM. & ICART, MC. (2001) "Aplicación de la enfermería basada en la evidencia: de la pregunta a la búsqueda bibliográfica", *Enfermería Clínica*, 11(1), 23-28.

IGLESIAS, P. (2003) *Mujer y salud. Las escuelas de medicina de mujeres de Londres y Edimburgo*. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Málaga. Disponible en: <http://www.riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2723> Consultada el 4/9/14

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p416&file=inebase> Consultado el 15/1/15

JARILLO, E. C. (1999) *Educación médica e ideología profesional*. Tesis doctoral. Departamento de sociología y metodología de las ciencias sociales. Universidad de Barcelona. No publicada.

JIMÉNEZ, I. (2006) "Las titulaciones quirúrgico-médicas a mediados del siglo XIX: los ministrantes", *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (19), 16-36.

JIRWE, M. & RUDMAN, A. (2012) "Why choose a career in nursing?", *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1615-1623.

KELLY, J., FEALY, G. M., & WATSON, R. (2012) "The image of you: constructing nursing identities in YouTube", *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1804-1813.

KOVÁCSNÉ, T. A. (2008) "The motivational value foundations in the choice of career among professional nursing students and students studying at teacher's college", *Orvosi hetilap*, 149(34), 1601-1608.

KOVNER, C. & GERGEN, P. J. (1998) "Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals", *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.

LAI, P. K. & PEK, H. L. (2012) "Concept of professional socialization in nursing", *Int EJ of Sci Med Edu*, 6(1), 31-5.

LE PREUX, R. (1747) *Doctrina Moderna para los sangradores, en la cual se trata de la flebotomía, y arteriotomía*. Madrid: Imprenta de Francisco de Yerro.

LEVI-STRAUSS, C. (1992) *Antropología estructural*. Barcelona, Paidós.

MARSILLACH, J. (1897) *Vademécum del practicante: Tratado de cirugía menor*. 2<sup>a</sup> edición (Jaime Jesús. Barcelona)

MARTÍN, J., CARULLA, A. U. & DE MIGUEL, A. (1979) *Universidad, fábrica de parados: informe sociológico sobre las necesidades de Graduados universitarios en España y sus perspectivas de empleo*. Barcelona, Vicens Vives.

MARTÍN, M., RABADÁN, A. B. & HERNÁNDEZ, J. (2013) "Desajustes entre formación y empleo en el ámbito de las enseñanzas técnicas universitarias: la visión de los empleadores de la Comunidad de Madrid", *Revista de Educación*. 360, 244-267

MARTÍNEZ, A. A. (2007) "¿Quién se ocupa de la seguridad de los pacientes?", *Rev Evidentia*. 4, 13. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n13/304articulo.php> Consultado el 23/2/15

MARTÍNEZ, J. R. (2003) "Barreras e instrumentos facilitadores de la enfermería basada en la evidencia", *Enfermería clínica*, 13(5), 303-308.

MARTÍNEZ, J. R. (2005) "Enfermería basada en la evidencia. Cuidando la evidencia vs evidenciando el cuidado", *Enfermería comunitaria*, 1(1), 52-56

MARTÍNEZ, J. R. (2011) *Situación actual de nuestra profesión*. Conferencia realizada en el Día Internacional de la Enfermera. Logroño. Disponible en: [http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/157/D%C3%8DA\\_INTERN\\_ENFERMERA\\_LOGRO%C3%91O\\_2011.pdf](http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/157/D%C3%8DA_INTERN_ENFERMERA_LOGRO%C3%91O_2011.pdf) Consultado el 12/3/15

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

MARTÍNEZ, S. (1902) *Recopilación de Reglamentos, Reales Decretos y Programas de las carreras de Practicante y Matrona*. Madrid

MARTINS, RJ, GARCÍA, JM. & CORREIA, AM (2014) "Visibilidad de la enfermería en la prensa y en la media online", *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 22(1)

MATESANZ, (2009) "Pasado, presente y futuro de la enfermería: una aptitud constante", *Rev. Adm. Sanit.* 7(2), 243-260

MAYORAL, S. (2010) "El mobbing y la teoría de la acción de Pierre Bourdieu", *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 375-398.

MCLAUGHLIN, K., MOUTRAY, M. & MOORE, C. (2010) "Career motivation in nursing students and the perceived influence of significant others", *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 404-412.

MEDINA, A. (1750. *Cartilla nueva, util, y necesaria para instruirse las matronas, que vulgarmente se llaman comadres, en el oficio de partear*. Oficina de Antonio Sanz. Madrid

MEDINA, JL. (1998) *La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona. Laertes.

MEDINA, JL. (2005) *Deseo de cuidar y voluntad de poder: la enseñanza de la enfermería*. Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona.

MEDINA, JL. & DO PRADO, ML. (2009) "El curriculum de Enfermería como prototipo de Tejné: racionalidad instrumental y tecnología", *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 18(4), 617-26

MEDINA, JL. & SANDÍN, MP. (2006) "La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentantes a las lógicas no lineales de la complejidad", *Texto Contexto Enfrm. Florianópolis*. 15(2), 312-319

MELEIS, AI. & PRICE, MJ (1998) "Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An Internacional Perspectiva", *Journal of Advanced Nursing*, 13(5):592-604

METGES DE CATALUNYA (2008) *Posicionament dels metges de Catalunya respecte a la gestió de la demanda en l'Atenció Primària* Disponible en:  
<http://www.metgesdecatalunya.cat/uploaded/File/Documentacio/Informes/MC/informeMCgestiodemandaAP.pdf> Consultado el 15/7/15

MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE (2003) *La integración del sistema universitario español en el Espacio Europeo de Educación Superior*. Documento Marco. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion-documentacion-basica> Consultado el 23/7/14

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2013) *Acuerdo Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Consejo General de Enfermería-Sindicato de Enfermería-SATSE*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/pactoSostenibSNS/home.htm> Consultado el: 12/7/14

20 MINUTOS (16 octubre 2015) *La Mesa de la Profesión Enfermera amenaza con una huelga "inminente" si no se da luz verde a la "prescripción enfermera"*. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/2580764/0/huelga-enfermeros/prescripcion-enfermera/#xtor=AD-15&xts=467263> Consultado el 20/10/15

MIRÓ, M., GASTALDO, D. & GALLEGU, G. (2008) "¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976)", *Enfermería clínica*, 18(1), 26-34.

MOMPART, MP. (2004) "La problemática del conocimiento enfermero", *Educare*21. 11. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/educare11/enseñando/enseñando3.htm> Consultado el 14/2/15

MORALES, J. M., MORILLA, J. C. & MARTÍN, F. J. (2007) "Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones?", *Index de Enfermería*, 16(56), 9-11.

MORENO, I. (1997) "Trabajo, ideologías sobre el trabajo y culturas del trabajo", *Trabajo: Revista andaluza de relaciones laborales*, 3, 9-28.

MOZO, C. (1997) "La profesionalidad no tiene sexo: estrategias empresariales y prácticas de profesionalización en el sector de comercial de seguros" *TRABAJO. Revista Andaluza de Relaciones Laborales*. 3, 71-88

MURGA, J. (1942) *La enfermera española. Adaptada al Programa Oficial de las Facultades de Medicina*. Madrid, Sucs. Rivadeneyra

NEEDLEMAN, J., BUERHAUS, P., MATTKE, S., STEWART, M. & ZELEVINSKY, K. (2002) "Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals", *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

NIGHTINGALE, F. (1990) *Notas sobre enfermería. ¿Qué es y qué no es?* Barcelona: Salvat Editores

NOGALES, A. (2006) "Pensamiento enfermero e historia, necesidad de vertebración filosófica e histórica en enfermería", *Revista Cultura de los Cuidados*. 10 (20), 14-22.

NONAKA, I. & TAKEUCHI, H. (1995) *La organización creadora de conocimiento. Cómo las compañías japonesas crean la dinámica de la innovación* (M. H. Kocka, Trans. 1 ed.). México: Oxford University Press.

OLIVERA, A. T. (2007) "Algunas reflexiones en torno a la revaloración del profesional de enfermería" *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*; 15 (2), 61-62

ORELLANA, A. & PARAVIC, T. (2007) "Enfermería basada en evidencia: barreras y estrategias para su implementación", *Ciencia y enfermería*, 13(1), 17-24.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT) (2005) *Recomendación 195 sobre el desarrollo de los recursos humanos: educación, formación y aprendizaje permanente*. Primera edición. Ginebra, OIT. Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/publicaci%C3%B3n/recomendaci%C3%B3n-195-sobre-desarrollo-recursos-humanos-educaci%C3%B3n-formaci%C3%B3n-aprendizaje-perm>. Consultado el 30/08/14

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1998) *La política de salud para todos en el siglo XXI*. Disponible en: [http://www.famp.es/racs/intranet/otras\\_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf](http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf) Consultado el 23/5/14

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002) *Servicios de Enfermería y partería. Orientaciones estratégicas, 2002-2008*. Disponible en: [http://200.144.255.73:8000/whocc/images/online/arquivo\\_strategic\\_directions\\_es.pdf](http://200.144.255.73:8000/whocc/images/online/arquivo_strategic_directions_es.pdf) Consultado el 23/5/14

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE) (s.f.) *El programa PISA de la OCDE Qué es y para qué sirve*. Disponible en: <http://www.oecd.org/pisa/39730818.pdf> Consultado el 01/09/14

ORTEGO, MC. (2002) "De practicantes a ATS", *Rol de Enfermería*, 25 (12), 808-814

ORTNER, S. (2006) "Entonces, ¿Es la mujer al hombre lo que la naturaleza a la cultura?", *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 12-21.



OSSES, C., VALENZUELA, S. & SANHUEZA, O. (2010) "Hombres en la enfermería profesional", *Enfermería Global*, (18), 0-0. Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24410/1/Hombres%20en%20la%20enfermeria%20profesional..pdf> Consultado el 23/12/14

PALACÍ, F. J. (2005) *Psicología de la organización*. Madrid: Ed. Pearson Prentice Hall

PALACÍ, F. J., RIPOLL, P. & OSCA, A. (1995) "Tácticas de socialización organizacional y estrés de rol durante la primera experiencia laboral", *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. 11 (30), 35-47

PALENZUELA, P. (1995) "Las culturas del trabajo: Una aproximación antropológica", *Revista Sociología del Trabajo*. 24, 3-28.

PALENZUELA, P. & CRUCES, C. (2011) "Mujeres políticas y desarrollo rural en Andalucía", *Revista Internacional de Sociología*, 69(2), 487-515.

PANAIA, M. (2008) *Una revisión de la sociología de las profesiones desde la teoría crítica del trabajo en la Argentina*. Colección Documentos de proyectos. CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.

PEIRÓ, A. (2008) "Percepción de los alumnos de enfermería de las cualidades, aptitudes y valores observados en los profesionales durante sus prácticas asistenciales", *Ética de los Cuidados*, 1(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6763.php> Consultado el 34/2/15

PÉREZ, J. A. (1997) "Motivación y satisfacción laboral: retrospectiva sobre sus formas de análisis", *Revista de investigaciones sociológicas*, 80:133-167

PERSON, S. D., ALLISON, J. J., KIEFE, C. I., WEAVER, M. T., WILLIAMS, O. D., CENTOR, R. M., & WEISSMAN, N. W. (2004) "Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction", *Medical Care*, 42(1), 4-12.

PIJOAN, B. (1920) *La enfermera moderna*. Barcelona. Arte y letras SA.

PIKO, B. F. (2006) "Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey", *International journal of nursing studies*, 43(3), 311-318.

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

PIZURKI, H., MEJIA, A., BUTTER, I. & EWART, L. (1988) *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*, Ginebra, OMS.

PODER JUDICIAL. SENTENCIA DEL TSJ. (2012) Contencioso administrativo. CGCOM contra la Orden SAS/1729/2010 de 17 de junio por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y comunitaria. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&databasematch=TS&reference=6589315&links=%22829%2F2012%22&optimize=20121228&publicinterface=true> Consultado el: 13/8/15

PODER JUDICIAL. SENTENCIA DEL TSJ. (2012) Contencioso administrativo. CGCOM contra la Orden SAS/3225/2009 de 13 de noviembre por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&databasematch=TS&reference=6400942&links=%22787%2F2011%22&optimize=20120612&publicinterface=true> Consultado el: 13/8/15

PODER JUDICIAL. SENTENCIA DEL TRIBUNAL SUPREMO. Sala de lo contencioso administrativo (2013) CGE contra la sentencia del TSJ de Illes Balears. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&databasematch=TS&reference=7432426&links=%222936%2F2013%22&optimize=20150713&publicinterface=true> Consultado el 2/7/15

PODER JUDICIAL. SENTENCIA DEL TSJ (2012) Contencioso administrativo. CGCOM contra la Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Disponible en <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&databasematch=TS&reference=6460953&links=%224956%2F2011%22&optimize=20120807&publicinterface=true> Consultado el: 13/8/15

POLLARD, EF. (1890) *Florence Nightingale. The wounded soldier's friend. Edic. The library of the University of California*. Los Angeles. Edic. Colegio de Enfermería de Bizkaia y Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia. 2010.

PORTAL JURÍDICO. SENTENCIA TSJ N. 901 de 8 de noviembre de 2011. Impugnación de disposición general sobre estructuras básicas de Atención Primaria. Disponible en: <http://portaljuridico.lexnova.es/jurisprudencia/JURIDICO/124912/sentencia-tsj-madrid-901-2011-de-8-de-noviembre-sanidad-impugnacion-convocatoria-sobre-provisi> Consultado el: 16/7/15

PORTAL JURÍDICO. SENTENCIA TSJ de 30 de Mayo de 2014 que desestima el recurso del Colegio de Enfermería de Madrid (CODEM) y el Consejo General de Enfermería (CGE) contra la sentencia 901.

Disponible en: <http://portaljuridico.lexnova.es/jurisprudencia/JURIDICO/200952/sentencia-ts-sala-3-de-10-de-mayo-de-2013-colegios-oficiales-de-enfermeria-de-espana-convoca> Consultado el: 16/7/15

PROYECTO TUNING (2000) *Contribution des Universités au processus de Bologne*. Disponible en: [http://www.tuningal.org/es/publicaciones/cat\\_view/47-publicaciones-en-espanol-libros?start=15](http://www.tuningal.org/es/publicaciones/cat_view/47-publicaciones-en-espanol-libros?start=15). Consultado el 17/08/14

PUJADAS, J., ROCA, J. & COMAS, D. (2004) *Etnografía*. Editorial UOC.

PURCELL, K., ELIAS, P. & WILTON, N. (2004) "Higher Education, Skills and Employment: careers and jobs in the graduate labour market", *Coventry, UK: Warwick IER*.

PURCELL, K., ELIAS, P., DAVIES, R. & WILTON, N. (2005) "The Class of'99. A study of the early labour market experiences of recent graduates", *Nottingham: DfES Publications*.

RAMIÓ, A. (2005) *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis doctoral. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/43007> Consultada el 19/3/14

REDACCIÓN MÉDICA (31/5/14) *Enfermería no puede liderar las unidades gestión clínica*. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-enfermera-no-puede-liderar-la-gestion-clinica-9878> Consultado el: 13/8/15

REFLEX PROJET (2003) *The flexible Professional in the Knowledge Society. New Demands on Higher Education in Europe*. Disponible en: [http://www.ehea.info/Uploads/Seminars/REFLEX\\_general\\_report.pdf](http://www.ehea.info/Uploads/Seminars/REFLEX_general_report.pdf). Consultado el 19/08/15.

LEGISLACIÓN. RESOLUCIÓN SLT/1201/2015, de 25 de maig, per la qual es dóna publicitat al Conveni signat entre l'Administració de la Generalitat, mitjançant el Departament de Salut, i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, per a la delegació de funcions de tramitació d'expedients d'autorització de determinades consultes mèdiques DOGC (6888 del 9/6/15) Disponible en: <http://legislacion.derecho.com/resolucio-slt-1201-2015-25-mayo-2015-departament-de-salut-6391195> Consultado el 5/8/2015

RETSAS, A. (2000) "Barriers to using research evidence in nursing practice", *Journal of advanced nursing*, 31(3), 599-606.

REYGADAS, L. (2002) "Producción simbólica y producción material: metáfora y conceptos en torno a la cultura del trabajo", *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, (60), 101-119.

RIGOL, A. (2003) "Saberes de mujeres. Legitimización del conocimiento masculino", *Cultura de los Cuidados. Revista de enfermería y humanidades*, 14, 21-26.

ROCA, J. (1998) *Antropología industrial y de la empresa*. Barcelona. Ariel Antropología.

ROCA, J. (2001) "¿Antropólogos en la empresa? A propósito de la (mal) llamada cultura de la empresa", *Etnográfica*, 5(1), 69-99

ROCA, J. (s.f.) *De la satisfacción del trabajo a la satisfacción laboral: retrospectiva, panorama y propuestas sobre las formas de análisis de la satisfacción laboral* (s.p.)

RODRÍGUEZ, I. D., & BECERRA, F. R. (2010) "La identidad profesional como configuración subjetiva de la personalidad de los estudiantes de la carrera de enfermería", *Cuadernos de educación y desarrollo*, (19). Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ced/19/prrb2.htm> Consultado el 17/4/15

RODRÍGUEZ, J. A. Y BOSCH, J. L. (2005) *Infermeres avui: Com som i com voldríem ser. Conclusions de l'estudi sociològic*. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

RODRÍGUEZ, J. A. & GUILLÉM, M. F. (1992) "Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea", *Reis*, 59, 9-18

RODRÍGUEZ, J. M. (2011) "Métodos de investigación cualitativa", *Revista de Investigación Silogismo*, 1(08). Disponible en: <http://www.cide.edu.co/ojs/index.php/silogismo/article/view/64/53> Consultado el 13/2/15

RODRÍGUEZ, S., PRADES, A., BERNÁLDEZ, L. & SÁNCHEZ, S. (2010) "Sobre la empleabilidad de los graduados universitarios en Catalunya: del diagnóstico a la acción", *Revista de Educación*, 351, 107-137

ROJAS, M. E. (2003) *El Itinerario Profesional en el Perfil Formativo de los docentes de Educación Básica Integral (Caso: Universidad de los Andes. Táchira)*. Tesis doctoral. Departament de pedagogia. Universitat Rovira i Virgili. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/8902> Consultada el 27/10/15

ROMERO-NIEVA, J. (2011) "Enfermería es...Qué es enfermería", *Rev. Tesela*. 11. Disponible en <<http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1101.php>> Consultado el 12/08/14

ROTHBERG, M. B., ABRAHAM, I., LINDENAUER, P. K. & ROSE, D. N. (2005) "Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention", *Medical care*, 43(8), 785-791.

ROTONDO, A. (1816) *Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones, y modo de limpiar la dentadura, precedido de algunas observaciones sobre la odontalgia y otras no menos interesantes, para uso de los que se dediquen á la cirugía menor ó ministrante*. Madrid. Imprenta de Díaz

RUDMAN, A. & GUSTAVSSON, J. P. (2012) "Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: A longitudinal study", *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 988-1001.

RUIZ OLABUÉNAGA, J. I. (2003) *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, Universidad de Deusto.

SANDOVAL, GO. (2010) *La sociedad postindustrial y el trabajador del conocimiento: revisando a Drucker*.

SINNCO. Disponible en:

[http://www.concyteg.gob.mx/formulario/MT/MT2010/MT15/SESSION1/MT151\\_GSANDOVALF\\_257.pdf](http://www.concyteg.gob.mx/formulario/MT/MT2010/MT15/SESSION1/MT151_GSANDOVALF_257.pdf).

Consultado el 12/09/1

SATSE. Nota de prensa (10/6/2013) Nace la "Mesa Estatal de la Profesión Enfermera" en defensa de los profesionales. Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/nace-la-mesa-estatal-de-la-profesion-enfermera-en-defensa-de-los-profesionales> Consultado el: 12/7/14

SATSE. Nota de prensa (20/2/2014) SATSE exige el reconocimiento automático al título de grado de enfermería. Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-exige-el-reconocimiento-automatico-al-titulo-de-grado-de-enfermeria> Consultado el 7/9/15

SATSE. Nota de prensa (19/3/2014) *SATSE reclama que la Enfermería sea considerada "autoridad pública" en contra de las agresiones físicas o verbales*. Disponible en: <http://andalucia.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-reclama-que-la-enfermeria-sea-considerada-autoridad-publica> Consultado el 7/9/15

SATSE. Nota de prensa (1/4/2014). *La Mesa Enfermera pide la constitución del Foro Profesional para mejorar la atención sanitaria y la profesión*. Disponible en: <http://madrid.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/la-mesa-enfermera-pide-la-constitucion-del-foro-profesional-para-mejorar-la-atencion-sanitaria-y-la-profesion> Consultado el 7/9/15

SATSE. Nota de prensa (21/5/2014) *La mesa de la profesión enfermera rechaza la propuesta de sanidad sobre la implantación de las especialidades*. Disponible en: <http://madrid.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/la-mesa-de-la-profesion-enfermera-rechaza-la-propuesta-de-sanidad-sobre-la-implantacion-de-las-especialidades>. Citado el 4/12/14

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

SATSE. Nota de prensa (16/7/2014). *SATSE reclama la creación de la categoría de enfermera especialista en todas las CC.AA.* Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/satse-reclama-la-creacion-de-la-categoria-de-enfermera-especialista-en-todas-las-cc-aa>  
Consultado el 8/9/15

SATSE (2015) *Barómetro enfermero de 2014*. Disponible en: <http://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/informes/barometro-enfermero-2014> Consultado el 15/7/15

SCHEIN, E. (1988) *La cultura empresarial y el liderazgo*. Buenos Aires. Editorial Plaza Janes

SEGUER, F. & VALENZUELA, S. (2014) "Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios", *Enfermería universitaria*, 11(4), 119-127.

SELLÁN, C. (2007) *Identidad y conflicto en el ejercicio del cuidado. Una aproximación Histórica a la dinámica de la identidad en España*. Tesis Doctoral (sin publicar). Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://www.tdx.cat:80/handle/10803/119417> Consultada el 23/8/14

SILES, J. (1999) *Historia de la enfermería*. Alicante. Aguacilara.

SILES, J. (2000) "Antropología, historia y enfermería", *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (7), 5-7.

SILES, J. (2004) "La construcción social de la historia de la enfermería", *Index de enfermería*. 13(47): 7-10.

SILES, J. (2005) "La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista", *Index de enfermería*, 14(50), 07-09.

SILES, J. (2009) "La influencia de Concepción Arenal en la Enfermería Española: un estudio desde la perspectiva de la Historia Cultural y el modelo estructural dialéctico", *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 1(2), 184-199.

SOLANO, J (1936) *Manual de la enfermera. Como se asiste a los enfermos y como se ayuda al médico*. 2ª Edición. Madrid. Ediciones Ibéricas.

SOLÓRZANO, M. (1909) *Dispensario de santa Isabel gratuito para los pobres de San Sebastián*. Ed. Hospital de Donostia (2002). Disponible en: <https://groups.google.com/forum/#!msg/eccpn/p5gG8tTXRuQ/UhydWUUAa74J> Consultado el 29/5/14

TEIXIDOR, M. (2002) "El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales", *Rev. Rol enfermería*, 25(5), 328-330.

TELLEZ, A. (2001) "Trabajo y representaciones ideológicas de género. Propuestas para un posicionamiento analítico desde la Antropología", *Gazeta de Antropología*, 17,17  
<http://hdl.handle.net/10481/7477>

TRILLO, M. A. & SÁNCHEZ, S. M. (2006) "Influencia de la cultura organizativa en el concepto de capital intelectual", *Intangible Capital*, 2(11), 164-180.

TOMÁS, A. M. (1998) "El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario", *Enferm Clín.*, 3 (9), 121-127.

TURNER, B.S. (1981) *For Weber: essays on the sociology of fate*. London. Sage.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO) (1998) *Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI*. Disponible en:  
[http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration\\_spa.htm](http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm) Consultado el 18/7/14

UNRUH, L. (2003) "Licensed nurse staffing and adverse events in hospitals", *Medical care*, 41(1), 142-152.

USANDIZAGA, M., (1938) *Manual de la enfermería*. San Sebastián.

VALLES, M. (1999) *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis SA

VALLES, M. (2002) "Entrevistas cualitativas", *Cuadernos metodológicos*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid.

VICIOSO, J. (2015, 16 de septiembre) "La prescripción enfermera, otro tanto de Alonso", *Redacción Médica*. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/opinion/la-prescripcin-enfermera-otro-tanto-de-alonso-1933> Consultado el 22/9/15

WELTON, J. (2007) "Mandatory hospital nurse to patient staffing ratios: Time to take a different approach", *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). Disponible en  
<http://gm6.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/MandatoryNursetoPatientRatios.aspx>. Consultado el 14/5/15

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

WILLIS, P. (2008) "Los soldados rasos de la modernidad: la dialéctica del consumo cultural y la escuela del siglo XX", *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación (RASE)*, 1(3), 43-66.

ZAMORANO, I. C. (2008) "Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional", *Investigación y Educación en Enfermería*, 26(2), 168-171.

ZAPICO, F. (2005) *Avances en la práctica de la profesión de enfermería. Visiones de una misma realidad*. Tesis Universitat de Barcelona. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/2870> Consultada el 22/12/13

ZAPICO, F. & ADRIÁN, J. (2003) "¿Misoginia en el mundo de la enfermería? Una mirada histórica", *Rev Enferm*, 26(2), 104-114.

ZUÑIGA, Y. & PARAVIC, T. (2009) "El género en el desarrollo de la enfermería", *Rev Cubana Enfermer* [online]. 2009, vol.25, n.1-2, pp. 0-0. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000100009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-2961. Consultado el 12/5/15





## **8.- LEGISLACIÓN CONSULTADA**

### **1822**

Ley general de Beneficencia en España. 1822. Disponible en: [http://www.memoriademadrid.es/fondos/OTROS/Imp\\_37736\\_bhm\\_bb6049\\_apendice.pdf](http://www.memoriademadrid.es/fondos/OTROS/Imp_37736_bhm_bb6049_apendice.pdf) Consultado el 12/5/14

### **1857**

Ley de Bases de 9 de septiembre de 1857 por la que se aprueba la Instrucción Pública. 1857. Disponible en: [http://personal.us.es/alporu/historia/ley\\_moyano\\_texto.htm](http://personal.us.es/alporu/historia/ley_moyano_texto.htm) Consultado el 12/5/14

### **1875**

Real decreto disponiendo que el arte de dentista constituirá en lo sucesivo una profesión, denominada de Cirujano dentista, para cuyo ejercicio se expedirá un título especial, y determinando los requisitos necesarios para obtenerle. 1875. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1875/156/A00640-00640.pdf> Consultado el 12/5/14

### **1888**

Real Decreto de 16 de noviembre de 1888, aprobando el Reglamento para las carreras de Practicantes y Matronas. 1888. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 12/5/14

### **1902**

Real orden dictando reglas para el cumplimiento de los Reales Decretos de 26 de Abril de 1901 y 31 de Enero de 1902 que se han reorganizado la enseñanza de los Practicantes. 1902. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 13/5/14

### **1904**

Instrucción General de Sanidad Pública. 1904. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1904/023/A00290-00295.pdf> Consultado el 13/5/14

Real Decreto que reorganiza los estudios de la Carrera de Practicantes y la de matronas. 1904. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 13/5/14

### **1915**

Real Orden de 7 de mayo de 1915, por la que se establece el plan de estudios para la Instrucción Enfermera. 1915. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 13/5/14

### **1917**

Real Orden de 28 de febrero de 1917, por el que se aprueba el programa oficial de las "Damas Enfermeras" de la Cruz Roja y se aprueba su programa de estudios. 1917. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 13/5/14

RD aprobado el 28 de Febrero donde se describen las "Instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo de Damas Enfermeras de la Asociación de Cruz Roja Española" 1917. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 13/5/14

### **1941**

BOE (16 julio) Programa oficial para los ejercicios de las alumnas enfermeras de la Facultad de Medicina. 1941. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 13/5/14

### **1944**

Ley de Bases de Sanidad Nacional que contempla la creación de los Colegios Oficiales de Auxiliares sanitarios y del Consejo General que acoge a Practicantes, Matronas y Enfermeras. Disponible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1944/331/A08908-08936.pdf> Consultado el 14/5/14

### **1945**

Orden de 26 de noviembre de 1945 por la que se aprueba el Reglamento y Estatutos provisionales del Consejo General de Auxiliares Sanitarios y de Colegios Provinciales, respectivamente, así como los Estatutos del Consejo de Previsión y Socorros Mutuos. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1945/339/A03334-03343.pdf> Consultado el 15/5/14

### **1952**

Decreto por el que organizan los estudios de la carrera de enfermera y se crea la Comisión Central de estudios de Enfermeras. 1952. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 14/5/14

### **1953**

BOE de 1 de septiembre de 1953, Orden del Ministerio de Educación Nacional con las normas de estudio de las escuelas de enfermeras. 1953. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 14/5/14

Real Decreto de 4 de Diciembre de 1953 (BOE 29/12/53) por el que se unifican los estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas en un proyecto único: Ayudante Técnico Sanitario (ATS). 1953. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 14/5/14

### **1955**

Orden 4 julio 1955 (B.O.E. de 2 de agosto de 1955) Ayudantes Técnicos Sanitarios. Normas para nueva organización de sus estudios. 1955. Disponible en: <http://www.codem.es> Consultado el 14/5/14

**1956**

Orden 6 de abril 1956. (B.O.E. de 25 de abril de 1956). Reglamento de la escuela de ayudante técnico sanitario masculinos de la facultad de medicina de la Universidad de Madrid. 1956.  
<http://www.codem.es> Consultado el 15/5/14

**1960**

RD 2319/60 (B. O. E. de 17/1960). Competencia profesional. 1960. Disponible en:  
[http://www.colegioenfermeriamalaga.com/fileadmin/LEGISLACION/Ordenacion\\_Profesional/Decreto\\_2319-60.pdf](http://www.colegioenfermeriamalaga.com/fileadmin/LEGISLACION/Ordenacion_Profesional/Decreto_2319-60.pdf) Consultado el 15/5/14

**1961**

Decreto 22 junio 1961, núm. 1153 ;61 por el que se crea especialidad de Radiología y Electrología. 1961. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1961/07/18/pdfs/A10697-10697.pdf> Consultado el 15/5/14

**1962**

Decreto 727/1962, de 29 de marzo, por el que se reconoce y reglamenta la especialidad de Podología para los Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios. 1962. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1962/04/13/pdfs/A04966-04967.pdf> Consultado el 15/5/14

**1964**

Decreto 22 octubre 1964 núm. 3524/64 por el que se establece especialización de Pediatría y Puericultura.1964. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1964/11/11/pdfs/A14817-14817.pdf> Consultado el 20/5/14

**1970**

Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. 1970. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/08/06/pdfs/A12525-12546.pdf> Consultado el 20/5/14

Decreto 31921/1970, de 22 de octubre, por el que se crea la especialidad de Neurología en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitario. 1970. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/11/09/pdfs/A18117-18118.pdf> Consultado el 20/5/14

**1971**

Decreto 203/1971, de 28 de enero, por el que se crea la especialidad de Análisis Clínicos en los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. 1971. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1971/02/15/pdfs/A02469-02469.pdf> Consultado el 20/5/14

### 1975

Decreto 2233/1975, de 24 de julio, por el que se crea la especialidad de Urología y Nefrología para Ayudantes Técnicos Sanitarios. 1975. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1975/09/29/pdfs/A20552-20553.pdf> Consultado el 20/5/14

### 1977

RD 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. 1977. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/11/26/pdfs/A25987-25989.pdf> Consultado el 29/5/14

Directiva 77/453/CEE, del Consejo de las Comunidades Europeas, de 27 de junio de 1977, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. 1977. Disponible en: <http://www.enferaclinic.org/legis/eurp/Directiva%2077-453.pdf> Consultado el 29/5/14

### 1978

RD 1856/1978 por el que se aprueban los estatutos de la Organización Colegial de Enfermería. 1978. Disponible en: <http://portaljuridico.lexnova.es/legislacion/JURIDICO/95959/real-decreto-1856-1978-de-29-de-junio-por-el-que-se-aprueban-los-estatutos-de-la-organizacion-cole> Consultado el 16/7/14

### 1980

Resolución de 25 de noviembre de 1980, de la Dirección General de Ordenación Académica y Profesorado, por la que se amplían las Escuelas Universitarias de Enfermería incluidas en el anexo de la Resolución de esta Dirección General de 11 de los corrientes («Boletín Oficial del Estado» del 17) convocando el curso de nivelación de conocimientos para convalidar el título de ATS por el de Diplomado en Enfermería. 1980. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1980-25867> Consultado el 16/7/14

Real Decreto 2287/1980 de 26 de septiembre, por el que se modifica el de 18 de enero de 1957, que estableció la especialización de Asistencia Obstétrica para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. 1980. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1980-23297](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1980-23297) Consultado el 16/7/14

Real Decreto 111/1980, de 11 de enero. Sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. 1980. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1980/01/23/pdfs/A01760-01760.pdf> Consultado el 16/7/14

**1983**

Ley Orgánica 11/1983 de 25 de agosto de Reforma Universitaria. 1983. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1983/09/01/pdfs/A24034-24042.pdf> Consultado el 16/7/14

**1986**

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 1986. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499) Consultado el 18/7/14

**1987**

Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista. 1987. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1987/08/01/pdfs/A23642-23644.pdf> Consultado el 18/7/14

**1989**

Directiva del Consejo 89/595/CEE de 10 de octubre de 1989, por la que se modifica la Directiva 77/452/CEE sobre el reconocimiento recíproco de los diplomas, certificados y otros títulos de enfermero responsable de cuidados generales, que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y libre prestación de servicios, así como la Directiva 77/453/CEE sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales. 1989. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1989-81276> Consultado el 18/7/14

**1990**

Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. 1990. Disponible en: <http://boe.es/boe/dias/1990/11/20/pdfs/A34410-34411.pdf> Consultado el 18/7/14

**1991**

RD 1017/1991, de 28 de junio, por el que se regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de matrona o asistente obstétrico de los Estados miembros de la Comunidad Económica Europea, así como el ejercicio efectivo de establecimiento y de libre prestación de servicios. 1991. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1991-16714](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1991-16714) Consultado el 18/7/14

**2001**

RD 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de

enfermería. 2001. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2001/11/09/pdfs/A40986-40999.pdf>  
Consultado el 20/7/14

Ley Orgánica de Universidades. 2001. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2001-24515> Consultado el 21/7/14

### **2003**

LLEI 55/2003, de 16 de desembre, de l'Estatut marc del personal estatutari dels serveis de salut. («BOE» 301, de 17-12-2003.) 2003. Disponible en: [https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2004/01/01/pdfs/A00007-00028.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2004/01/01/pdfs/A00007-00028.pdf) Consultado el 21/7/14

Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. 2003. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715> Consultado el 21/7/14

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. 2003. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf> Consultado el 23/7/14

RD 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio español. 2003. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion-documentacion-basica> Consultado el 23/7/14

RD 1044/2003, de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al título. 2003. Disponible en: <http://www.eees.es/es/documentacion-documentacion-basica> Consultado el 23/7/14

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. 2003. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340> Consultado el 23/7/14

### **2005**

RD 450/2005 se 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. 2005. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7354](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2005-7354) Consultado el 6/8/14

RD 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios de Grado. 2005. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02842-02846.pdf> Consultado el 6/8/14

**TESIS DOCTORAL. PROCESO DE SOCIALIZACIÓN ENFERMERA Y CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PROFESIÓN**

---

Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. 2005. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02846-02851.pdf>  
Consultado el 6/8/14

Ficha técnica de propuesta de título universitario de grado según RD 55/2005, de 21 de enero. 2005. Disponible en: [http://www.crue.org/pdf/Ficha\\_enfermeria.pdf](http://www.crue.org/pdf/Ficha_enfermeria.pdf) Consultado el 6/8/14

Real decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería. 2005. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf> Consultado el 6/8/14

**2006**

Ordre SLT/457/2006, de 2 d'octubre, de creació del Consell de la Profesió Infermera de Catalunya, adscrit al Departament de Salut. 2006. Disponible en: [http://www.diba.cat/scripts/ftpisa.asp?fnew?cido&dogc/2006/10/20061005/DOGC\\_20061005\\_037\\_039.pdf](http://www.diba.cat/scripts/ftpisa.asp?fnew?cido&dogc/2006/10/20061005/DOGC_20061005_037_039.pdf) Consultado el 6/8/14

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. 2006. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-13554> Consultado el 23/7/14

**2007**

Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. 2007. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-7786>  
Consultado el 10/8/14

RD 1393/2007, de 29 d'octubre, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials. (BOE 260, de 30-10-2007.). 2007. Disponible en: [https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2007/10/31/pdfs/A04349-04360.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2007/10/31/pdfs/A04349-04360.pdf) Consultado el 10/8/14

RD 1393/2007 se establece la ordenación de las enseñanzas oficiales y establece las directrices para la obtención del título de Grado Universitario. 2007. Disponible en: <https://www.um.es/academic/sec-postgrado/docs/2014-15/Real-Decreto-1393-2007.pdf> Consultado el 10/8/14

**2008**

Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de enfermero. 2008. Disponible en: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2008-12388) Consultado el 10/8/14



## 2009

Decreto 307/2009 de la Consejería de Salud de 21 de julio por el que se define la actuación de las enfermeras y enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica en el Sistema Público de Andalucía.

BOJA, 151. 2009. Disponible en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr\\_decreto\\_enfermeria](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=pr_decreto_enfermeria) Consultado el 10/8/14

LEY 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (BOE núm. 315, de 31 de diciembre). 2009. Disponible en: [http://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/laAEMPS/docs/general/rcl\\_2009\\_2632.pdf](http://www.aemps.gob.es/legislacion/espana/laAEMPS/docs/general/rcl_2009_2632.pdf) Consultado el 12/8/14

## 2010

RD 861/2010, de 2 de juliol, pel qual es modifica el Reial decret 1393/2007, de 29 d'octubre, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials. 2010. Disponible en: [https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2010/07/03/pdfs/BOE-A-2010-10542-C.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2010/07/03/pdfs/BOE-A-2010-10542-C.pdf) Consultado el 10/8/14

Decreto 52/2010 de Estructuras Básicas y Directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de Comunidad de Madrid. 2010. Disponible en: <http://portaljuridico.lexnova.es/legislacion/JURIDICO/30607/decreto-52-2010-de-29-de-julio-por-el-que-se-establecen-las-estructuras-basicas-sanitarias-y-direc> Consultado el 10/8/14

Reial decret 861/2010, de 2 de juliol, pel qual es modifica el Reial decret 1393/2007, de 29 d'octubre, pel qual s'estableix l'ordenació dels ensenyaments universitaris oficials. 2010. Disponible en: [https://www.boe.es/boe\\_catalan/dias/2010/07/03/pdfs/BOE-A-2010-10542-C.pdf](https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2010/07/03/pdfs/BOE-A-2010-10542-C.pdf) Consultado el 10/8/14

## 2011

Decreto 52/2011, de 20 de maig, por el que se regula la actuación del personal de enfermería en el ámbito de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público (BOIB de 2 de junio). 2011. Disponible en: <file:///C:/Users/mari/Downloads/boibprescripcastellano.pdf> Consultado el 10/8/14

## 2015

Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (BOE núm. 177, de 25 de julio de 2015). 2015. Disponible en: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8343](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8343) Consultado el 29/8/15

## **9.- RELACIÓN DE TABLAS, GRÁFICAS, IMÁGENES Y FIGURAS**

### **9.1.- RELACIÓN DE TABLAS**

Tabla (1) Variables enfermeras asistenciales

Tabla (2) Variables enfermeras gestoras

Tabla (3) Variables enfermeras docentes

Tabla (4) Variables representantes colegio

Tabla (5) Variables estudiantes

Tabla (6) Variables médicos

Tabla (7) Variables representantes sindicales

Tabla (8) Variables representante político

Tabla (9) Distribución de plantilla. Centro 1 (2015)

Tabla (10) Distribución de plantilla. Centro 2 (2015)

Tabla (11) Contenidos de los primeros programas para enfermeras y practicantes

Tabla (12) Comparativa del currículum formativo (1902-1915-1941)

Tabla (13) Actividades de practicantes/enfermeras

Tabla (14) Diferentes concepciones de la enfermería actual según Martínez (2011)

Tabla (15) Estudios que demuestran una asociación entre plantilla de enfermeras y resultados adversos

Tabla (16) Organigrama del Departament de Salut

Tabla (17) Ratios enfermera/paciente por comunidades autónomas.

Tabla (18) Comparativa de los programas de estudios de ATS, DUE y Grado

Tabla (19) Cronología de los estudios de enfermería

Tabla (20) Perfil demandado por las universidades para estudiantes de medicina y enfermería

Tabla (21) Comparación del perfil demandado en los estudios de enfermería en 1938 y 2013

Tabla (22) Distribución según antigüedad y tipo de contrato

Tabla (23) Enfermeras colegiadas a nivel nacional, CCAA y Provincia (2013)

Tabla (24) Médicos Colegiados a nivel nacional, CCAA y Provincia (2013)

Tabla (25) Distribución en porcentaje de enfermeros según variables

Tabla (26) Actividades realizadas por enfermería

Tabla (27) Distribución de cargos del Departament de Salut

### **9.2.- RELACIÓN DE GRÁFICAS**

Gráfica (1) Distribución por género Centro 1

Gráfica (2) Distribución por género Centro 2

Gráfica (3) Progresión de profesionales en paro (2010-2013)

Gráfica (4) Porcentaje de las características personales demandadas por las universidades

Gráfica (5) Prof. Enfermería según tipo de contrato

Gráfica (6) Distribución coeficiente de jornada según contrato. Centro 1

- Gráfica (7) Distribución coeficiente de jornada según contrato. Centro 2  
Gráfica (8) Distribución de género según contrato. Centro 1  
Gráfica (9) Distribución de género según contrato. Centro 2  
Gráfica (10) Progresión de profesionales colegiados en España (2003-2013)  
Gráfica (11) Porcentaje de profesionales de enfermería disgregado por género (2003-2013)  
Gráfica (12) Porcentaje de médicos disgregado por género (2003-2013)  
Gráfica (13) Distribución de profesionales. Centro 1  
Gráfica (14) Distribución de profesionales en servicios asistenciales. Centro 1  
Gráfica (15) Distribución de profesionales en servicios técnicos. Centro 1  
Gráfica (16) Distribución de profesionales. Centro 2  
Gráfica (17) Distribución de profesionales en servicios asistenciales. Centro 2  
Gráfica (18) Distribución de profesionales en servicios técnicos. Centro 2

### **9.3.- RELACIÓN DE IMÁGENES**

- Imagen 1. Resultados de la búsqueda en Google de “enfermera”  
Imagen 2. Resultados de la búsqueda en Google de “enfermero”  
Imagen 3. Resultados de la búsqueda en Google de “enfermera especialista”  
Imagen 4. Resultados de la búsqueda en Google de “médico”  
Imagen 5. Resultados de la búsqueda en Google de “doctor”  
Imagen 6. Resultados de la búsqueda en Google de “medica”  
Imagen 7. Resultados de la búsqueda en Google de “auxiliares de enfermería”  
Imagen 8. Resultados de la búsqueda en Google de “enfermera médico”  
Imagen 9. Resultados de la búsqueda en Google de “enfermería”  
Imagen 10. Resultados de la búsqueda en Google de “medicina”  
Imagen 11. Resultados de la búsqueda en Google de “enfermera paciente”  
Imagen 12. Resultados de la búsqueda en Google de “médico paciente”

### **9.4.- RELACIÓN DE FIGURAS**

- Figura (1) Percepciones y necesidades de los colectivos enfermero y médico  
Figura (2) Componentes de los campos  
Figura (3) Participación del agente en el campo  
Figura (4) Espacio social  
Figura (5) Progreso de adquisición de poder médico  
Figura (6) Relaciones establecidas entre campo científico y otras instituciones  
Figura (7) Relaciones de medicina en el campo sanidad  
Figura (8) Relaciones de enfermería en el campo sanidad  
Figura (9) Subcampo de hospital  
Figura (10) Participación de la enfermera en el campo