

**“APROXIMACIÓN AL PROCESO DE LA RELACIÓN  
DE LA ENFERMERÍA CON LA MEDICINA, DENTRO  
DE LAS INSTITUCIONES SOCIO-SANITARIAS DE  
EUSKADI”**

¿Es una cuestión de género en el avance  
disciplinar?

Tesina: Máster Estudios Feministas y de Género

ZURIÑE CARRASCAL BARATA

**15/09/2010**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco la colaboración a la tutora del departamento de Historia Contemporánea de la UPV, N. Aresti por servirme de apoyo y aprendizaje en este periodo de formación, a las coordinadoras y a la/os docentes del Master. También, mis agradecimientos a toda/os las personas que han aportado su conocimiento en clase y a las enfermeras participantes de éste estudio por su profesionalidad y ayuda.

Mis agradecimientos en especial para toda mi familia y en especial a Azaitz Campo Carrascal por su paciencia y comprensión en todo momento.

Todo/as, forman parte de mi resocialización hacia una mayor sensibilidad “Feminista-Enfermera”.

Gracias

# “APROXIMACIÓN AL PROCESO DE LA RELACIÓN DE LA ENFERMERÍA CON LA MEDICINA, DENTRO DE LAS INSTITUCIONES SOCIO-SANITARIAS DE EUSKADI ¿Es una cuestión de género en el avance disciplinar?”

ZURIÑE CARRASCAL BARATA

Tesina: Master Estudios Feministas y de Género

Sumario: 1. INTRODUCCIÓN 2. JUSTIFICACIÓN 2.1 Descripción introductoria a dos perspectivas sociales interrelacionadas: Enfermería y Feminismo; análisis de género 2.2 Justificación de la ciencia de Enfermería desde un análisis de género 3. MARCO/CONTEXTO CONCEPTUAL 3.1 Sistema de género dentro del ámbito socio-sanitario 3.2 Referentes de la Enfermería moderna Feminista y contemporánea. Panorama internacional 3.3 Panorama en el contexto Español de mujeres referentes para la Enfermería y para el movimiento Feminista S XIX-XX 3.3.1 Mujeres modernas (años veinte y treinta): Grandes cambios durante la República Española 3.3.1.1 Logros producidos para las mujeres en el ámbito laboral 3.3.1.2 Logros producidos para las mujeres en el ámbito cultural y social 3.3.1.3 Logros producidos para las mujeres en el ámbito sanitario. Especialidades de Enfermería (enfermeras visitadoras) 3.4 De la Enfermería moral-técnica a la profesionalizada 4. OBJETIVOS 5. METODOLOGÍA 6. MÉTODO 6.1 Descripción y justificación del método 6.2 Fases del diseño 6.3 Descripción del contexto en el que se desarrolla el estudio 6.4 Descripción de la población y selección de informantes 6.5 Estrategias de acceso al campo y a los informantes 6.6 Estrategias de generación de datos 6.7 Abandono del campo 6.8 Estrategias para el proceso del análisis de los datos 7. DISCUSIÓN Y RESULTADOS: Una mirada al pasado desde el presente para el futuro de la disciplina de Enfermería 8. CONCLUSIONES. 9. BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA 10. FILMOGRAFÍA REFERENCIADA 11. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA 12. ANEXOS 12.1 Consentimiento Informado de las participantes 12.2 Guión de entrevista abierta sobre el relato de vida profesional

## 1. INTRODUCCIÓN

Este estudio representa a la Investigación Cualitativa que se aborda desde el Master de Estudios Feministas y de Género 2009/2010, con pretensiones formativas y de investigación. Este estudio cualitativo, fundamentado desde una mirada cercana al holismo-humanismo y Feminismo ha supuesto una aproximación a la realidad del proceso de la relación de la Enfermería con la Medicina, en las instituciones socio-sanitarias de Euskadi, desde un análisis de género.

Esta idea surgió a lo largo de las prácticas del pregrado del programa de la Licenciatura ENI (European Nursing Initiative) 2007/08 y tomó cuerpo al ampliar la formación a través de éste master. Me resultaba interesante, observar en la práctica asistencial (como enfermera inexperta) la causa de las diferencias existentes en las relaciones entre dos profesiones tan unidas y, a la vez, tan separadas. La Enfermería y la Medicina han mantenido y mantienen diferentes tipos de relación personal y profesional basadas según el reconocimiento de los derechos de las mujeres dependiendo del contexto histórico de cada época y, esto, me interesa para determinar si es una cuestión de género para el avance de la Enfermería<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Germán C. 2006. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.

Después de la reflexión con la ayuda de la documentación de expertos sobre esta temática e historiografía de la Enfermería, centro mi interés en la sección histórica desde los años de la República Española hasta el presente para entender; el proceso de la relación actual entre estas dos profesiones, la situación de la Enfermería y establecer posibles estrategias de avance. Con todo ello, me enfrento al reto de conocer en esta investigación, varios aspectos como son; las situaciones que impulsan a las enfermeras actualmente a intervenir en la práctica, en mayor medida, desde la dependencia profesional, el significado y expectativas que tienen con respecto a la Enfermería y en la relación con la Medicina y, por último, las alternativas que se plantean en la práctica para ejercer la autonomía disciplinar después de valorar las ventajas e inconvenientes que encuentran en la relación directa con la profesión médica.

Para conocer en profundidad estos objetivos, se propone una metodología cualitativa que se encuentra en coherencia con la perspectiva enfermera feminista, con mi pensamiento personal y con la finalidad del estudio. Esta metodología va a incorporar un enfoque socio-crítico, para lo cual se ha tenido en cuenta no solo las voces de las personas que participan en la investigación sino aquellos elementos sociales, económicos, culturales y los valores que están presentes e influyen en el proceso de las relaciones entre ambas profesiones<sup>2</sup>.

De acuerdo con este punto de vista, las estrategias metodológicas que se han seguido para conseguir los retos de este estudio son; en primer lugar, el método etnográfico y el estudio de caso y en segundo, el fenomenológico, el histórico y, de nuevo, el estudio de casos. En este sentido, seguir estos métodos nos ha permitido; por un lado, formar parte integrante del fenómeno a estudio para aproximarse a la “realidad social” y contribuir al cambio<sup>3</sup>. Y por el otro, nos permite entender mejor el contexto social, cultural, político o histórico en que estas experiencias ocurren desde el punto de vista en que la realidad se comprende a partir de las experiencias que viven estas enfermeras<sup>4</sup>.

Se realiza esta investigación en tres fases. La primera se denomina “exploratoria”, en la que profundizo en el objeto de estudio y en la que defino y capto informantes clave. Este grupo de mujeres, se ha seleccionado a través del recorrido histórico y profesional vital y a través de un muestreo teórico. Por medio de estas claves, se establecen unos criterios de inclusión y exclusión para el estudio y defino un perfil general. Bajo estos criterios han aparecido tres mujeres con el perfil adecuado para la investigación.

La segunda y la tercera fase van dirigidas, también, a la generación de datos, análisis e interpretación de los resultados.

La generación de datos de este estudio en coherencia con la perspectiva enfermera, con la metodología, el método y los objetivos me permite; la aproximación a las

---

<sup>2</sup> Lieninger 1992; citado en Souza, A. 2002. Investigación Cualitativa en Salud. Problemas de Investigación y diseños en estudios cualitativos. Iberoamericana. Universidad de Guadalajara.

<sup>3</sup> Denzin 1970:216; Jorgensen 1989:14, citados en Vallés, M.S. 1998. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Cáp.5. Síntesis. Madrid

<sup>4</sup> Husserl y Heidegger (citados en Souza 2002, pp.68)

participantes, empatizar con ellas<sup>5</sup> y captar sus significados y los míos como investigadora, teniendo en cuenta las características personales (biológicas, culturales, sociales, conductuales)<sup>6</sup>.

Una vez recogida la información necesaria para esta investigación, se lleva a cabo un análisis de contenido categorial en coherencia con la perspectiva desde la que parte este estudio y su finalidad. Como dice Rodríguez et al. (1996:24) el análisis es una actividad o proceso que implica un conjunto de manipulaciones, transformaciones, reflexiones y comprobaciones realizadas a partir de los datos, con el fin de extraer significado relevante para un problema de investigación.

A través de este significado relevante que ha aparecido durante el análisis, se articulan los resultados en un informe cuya estructura se apoya en un sistema categorial según la historiografía de la Enfermería, informes y documentación relevante. Este sistema junto al estudio de dos relatos profesionales representa la herramienta analítica que se ha utilizado en esta investigación.

En el punto anterior del desarrollo del análisis me van apareciendo otras pretensiones y retos que me planteo como son: en primer lugar, la reflexión y el cuestionamiento de los valores actuales que favorecen a que las enfermeras continúen con los mismos roles de dependencia profesional del pasado y que no favorezca a la formación específica de la profesión, la innovación y al avance disciplinar.

En segundo lugar, también identifiqué la importancia que tiene el cuestionamiento y la reflexión con respecto a la existencia, hoy en día, de ideas sexistas dentro de la propia profesión de la Enfermería y, no únicamente, dentro de la red socio-sanitaria que hace que el arte de la Enfermería, el “cuidado”, continúe considerándose una intervención vocacional femenina carente de profesionalidad. Un cuestionamiento que reto para poder contribuir a la reconstrucción y transformación social<sup>7</sup>.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

### **2.1 Descripción introductoria a dos perspectivas sociales interrelacionadas: Enfermería y Feminismo; análisis de género**

La socialización según Elías, N. (1998) es un proceso bidireccional donde el individuo como agente social es al mismo tiempo una construcción y el constructor de la sociedad.

El comienzo con esta definición, me parece importante para entender el proceso personal (feminista) y profesional (enfermera) que he llevado a cabo. Antes de comenzar los estudios de Enfermería, tuve un proceso de socialización primaria y secundaria. Un proceso que durante la niñez y adolescencia me impregnó de una

---

<sup>5</sup> Souzas 2002, pp.60

<sup>6</sup> Olabuenaga, J.I. 1999. Metodología de la Investigación Cualitativa. Cáp 5. Universidad de Deusto. Bilbao.

<sup>7</sup> Blázquez 2006, pp.7; Germán 2006, pp. 101; Pizurki et al 1988, pp. 79

identidad, normas, símbolos, moral, valores y un desarrollo de conductas cognoscitivas que me han servido para afrontar las experiencias a lo largo de la vida<sup>8</sup>.

En este proceso por el cual aprendí a convertirme en miembro de la sociedad<sup>9</sup>, mantenía una imagen social de la Enfermería en relación con la Medicina. Centré este estudio en esta relación, aunque también, he tenido presente la diferenciación social y lo que implica al género dentro de la propia Enfermería (enfermera-practicante), y claro está, en otras relaciones implicadas como; enfermera-o, enfermera-médica, médica-enfermero, médica-o, enfermero-médico, que pueden ser objetos de estudio en el análisis de género para futuros trabajos desde esta perspectiva feminista.

## **2.2 Justificación de la ciencia de Enfermería desde un análisis de género**

En relación al proceso de socialización y la perspectiva de género del apartado anterior, observaba que la enfermera (siempre femenina) centraba su atención en lo biológico de la persona, controlando signos y síntomas y preocupadas por curar, propio del modelo médico que utilizaban para entender el proceso de enfermedad<sup>10</sup>, es decir desde una perspectiva “Biomecanicista”.

Pensaba que el médico era el máximo responsable de poder, con una categoría superior a la enfermera. Ellos eran como los responsables de la cura, los profesionales expertos y daba por hecho que tenían que ordenar y mandar, propio de una atención paternalista. Cada vez que iba al médico la enfermera siempre estaba allí, a su lado, esperando órdenes para actuar. Desde esta visión biomédica, la enfermera dirige su servicio hacia las personas que están enfermas<sup>11</sup>.

De un modo casual, se inició un proceso de socialización anticipada, en el que me he preparado para los roles que aspiraba y que todavía no ocupaba<sup>12</sup>, como enfermera. En este proceso y el conocimiento de algunas asignaturas fue el punto de inflexión en mi pensamiento acerca de la meta de Enfermería. Nightingale, F. (1859) y su estudio de la persona, el entorno y el cuerpo enfermero, me cambió la visión de la profesión. Además de proporcionarme una conciencia feminista, dentro de esta disciplina, en sus escritos a finales del siglo XIX principios del XX. Nightingale fue la primera enfermera que establece diferencia entre el conocimiento de Medicina y el de Enfermería como

---

<sup>8</sup> Shaffr y Turowesz 1987: citado en Kershaw, B. and J. Salvage. 1988. Modelos de Enfermería. Barcelona: Doyma.

<sup>9</sup> Beger y Beger, 1975: citado en Carrascal, Z. 2007. El “Saber Qué”. Utilizando modelos. Módulo Teorías Enfermeras y Juicio Profesional. Pp. 3 Licenciatura European Nursing (ENI). Inédito. Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz

<sup>10</sup> Fernández, 2005. La disciplina de la enfermería. Bases teóricas. Pp. 2. Inédito.

<sup>11</sup> Ruiz de Alegría, B. 2002. Paradigmas; mecanicista, totalidad y simultaneidad. Pp. 3. Inédito.

<sup>12</sup> Lundy y Warner, 1986; citado en *Ibíd.* Pp.2

disciplina en las descripciones de la atención de cuidar. Es decir, “*crítica al determinismo biológico desde el que se argumenta una relación directa entre el nivel biológico de la existencia y la posición social de las mujeres. Además de una orientación explícita del análisis al cambio social; lo que conecta con el Feminismo*”<sup>13</sup>. Con estas perspectivas descubro, también, a enfermeras referentes del siglo XX que se nutren de Nightingale como; Lavinia Lloyd Dock, Lilian Wald, V. Henderson, entre otras. Estas enfermeras explicitan todavía más las reivindicaciones de los derechos de las mujeres. Conectan aún más con el movimiento Feminista del momento, ya que evidencian las desigualdades sociales entre mujeres y hombres, y las estudian como construcciones sociales causadas por un determinismo biomédico<sup>14</sup>. Tema que trataré en el contexto conceptual.

Sabía que ésta visión era diferente, pues conocía el cambio al estudiar el concepto de Salud según la OMS, (1947): “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad” pero no supe nombrar el paradigma hasta la apertura de mi mente con el aprendizaje de las “teorías del pensamiento de la Enfermería”. Era el paradigma de la “totalidad”<sup>15</sup> o “interactivo-integrador”<sup>16</sup> que nos atraía por: la atención bio-psico-social y espiritual de la persona, el entorno, el concepto de salud/enfermedad, la autonomía de la enfermera, su trabajo interdisciplinar y multidisciplinar (sobre todo la relación con medicina) y porque en la práctica observaba que desde esta visión no actuaban normalmente las enfermeras expertas.

“Sin ninguna duda lo que preocupa a las enfermeras son las técnicas delegadas, en nuestra comarca. Aunque está en el ordenador el programa para Enfermería con diagnósticos y planes de cuidados...no se utiliza, seguimos con lo mismo de antes. Lo que pasa es que las técnicas hoy en día son importantes, porque sino sabes hacer las técnicas bien ¿no? No sé hasta que punto les da para el cuidado” (VOO1/2 54:43)

El contacto sanitario con otras enfermeras expertas y laboral, me han aportado una socialización enfermera capacitándome en “*los conocimientos, técnicas y actitudes características de una profesión*”<sup>17</sup>. Además de iniciarme en el conocimiento de otra ciencia social como; el Feminismo y el análisis de género. Todo ello, implica un desarrollo de habilidades bajo un conocimiento teórico, unos valores, normas, actitudes,

---

<sup>13</sup> Esteban, M<sup>a</sup>. L. 2009. El Feminismo como teoría y práctica. El concepto de género. Documentación. Pp. 47. Master Estudios Feministas y de Género. Universidad Pública del País Vasco. UPV

<sup>14</sup> Ibíd, pp. 47; Martínez, A. y Romero, F. El compromiso de una pionera con los derechos de las mujeres. Lavinia Lloyd Dock (1858-1956). *Index Enferm.* Gran. (Prim). 2007. V.16. n<sup>o</sup> 56.pp. 2 Disponible en [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132129620070001000140&script=sci\\_artext](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132129620070001000140&script=sci_artext)

<sup>15</sup> Parse, RM. 1987. Los Paradigmas de la totalidad y de la simultaneidad. *Nursing Science*. 31-34 and 135-138.

<sup>16</sup> Newman, M. 1992. Paradigmas existentes en la enfermería. *Nursing Outlook*. 40(1):10-13.

<sup>17</sup> Watson 1981: citado en Marriner, A. and R. Alligood. 2003. Modelos y Teorías en enfermería. 5<sup>o</sup> edición. Pp. 180. Barcelona: Elsevier Science.

comportamientos físicos y corporales (expresión no verbal, gestos...) integrado en lo personal y profesional que dirigen mi acción<sup>18</sup>.

Con este aprendizaje se está en un proceso de resocialización (la apertura de mi mente a nuevas perspectivas enfermeras y feministas) que irá en continuo desarrollo. Un proceso bidireccional, en cada interacción que voy manteniendo con las personas, familias, práctica, contexto sanitario y nuevo conocimiento social me permiten modificar, desarrollar y aprender nuevos valores y comportamientos que influyen en el tipo de socialización enfermera-feminista y en cómo percibo ambas disciplinas.

De estas ciencias, incorporo a mi práctica aspectos importantes de dos líneas de avance filosóficas por; su innovación, el poder de libertad que dan al Ser Humano y su interés en la interacción enfermera-cliente, en la práctica multidisciplinar. Una es el paradigma de la "simultaneidad" definido por Parsé, (1987) y la otra son sus homólogas "Teorías Post-Estructuralistas" del Feminismo. Sin embargo, si nuestra práctica se basa únicamente bajo estas dos líneas actualmente, nos resultaría difícil establecer juicios profesionales y definir las metas de nuestras intervenciones. Se nos confundiría con otro tipo de profesional (psicólogo). Además, por lo que se ha podido observar con enfermeras expertas, es que existiría una gran diferencia entre las perspectivas que se dan en la realidad y por lo tanto un choque bastante grande entre el rol profesional con el laboral.

No obstante, si que es posible y necesario, como enfermera feminista dar una atención integradora a la persona trabajando desde la multidisciplinaridad con una autonomía profesional<sup>19</sup> que en esta realidad me ha sido difícil observar. A menudo surgen conflictos entre los miembros de los equipos multidisciplinarios y es difícil proporcionar cuidados debido al número de tipos de trabajadores de la salud y a la confusión respecto al rol de la enfermera<sup>20</sup>.

*"...la médica mal, también, con las enfermeras ha habido un rum, rum, rum siguiendo el mismo patrón pero ha sido con el enfermero que ha ocurrido esto (conflicto en la unidad básica de Atención Primaria)" (VOO1/2 43:00)*

De acuerdo con Donaldson y Crowley (1978) separar las actividades que realizan las enfermeras en la práctica de un conocimiento disciplinar lleva a un error que hace que la Enfermería se considere como vocación, en este caso femenina, y no como profesión.

En coherencia con estos valores y en relación a lo que entiendo sobre la profesión de Enfermería, la perspectiva Feminista y el análisis de género dentro del ámbito socio-sanitario, se desarrolla a continuación.

---

<sup>18</sup> Fawcett, J. 1995. Analysis and evaluation of conceptual models. Pp. 135. Philadelphia: Davis Company.

<sup>19</sup> como recoge el art. 63 del Código Deontológico de la Enfermería Española, 1973. Pp. 65

<sup>20</sup> Benne y Bevis, 1959: Citado en Carrascal 2007. Pp. 3



### 3. MARCO/CONTEXTO CONCEPTUAL

Continuando con el proceso de resocialización del apartado anterior y en relación al análisis de género dentro del sistema socio-sanitario público de Euskadi, me centraré (como profesional inexperta en éste enfoque) en lo que se refiere a la relación multidisciplinar entre Medicina y Enfermería donde implican jerarquías de poder profesional. Existen estudios<sup>21</sup> que confirman la subordinación de la función de las enfermeras a la de los médicos, su conexión con los hospitales y la labor técnica de su trabajo dependiente. Sin embargo centran su atención en la imagen de la Enfermería en relación con la clase social, categoría y en averiguar el pensamiento de la/os propios profesionales y de la sociedad en general. Entiendo además, que es importante acercarse a la realidad de esa subordinación existente desde el esclarecimiento de la relación en el equipo de ambas disciplinas sanitarias y como la percibe la propia Enfermería. De tal manera, que exista una aproximación de la situación del avance de la autonomía disciplinar de la Enfermería desde una perspectiva Feminista y un análisis de género. Para provocar una reflexión y un posible cambio significativo en nuestro contexto actual<sup>22</sup>. En esta línea de trabajo y perspectiva existen actualmente autora/es como Blázquez (2005), German (2006); Urra (2007); Pacheco (2001) entre otros que contemplan esta temática.

\* En relación a la disciplina Enfermera la considero, y de acuerdo con Meleis (1997), una ciencia humana orientada hacia la práctica, hacia la salud, el bienestar y como una disciplina de cuidado. Desde esta mirada Holista-Humanista me interesan cuatro conceptos centrales de la Enfermería que están en continua relación: persona, entorno, salud y Enfermería<sup>23</sup>.

Concibo a la persona, como un ser individual con sus valores, con dignidad y con unos derechos humanos, centrándome en su atención integral. Es la suma de todas sus partes bio-psico-espiritual en interacción con su entorno<sup>24</sup>.

Con respecto a la Salud “*es la propia persona la que valora si se encuentra bien o no*”<sup>25</sup>. Entiendo la salud como la respuesta de la persona a los cambios y la enfermedad como la pérdida del equilibrio ante los procesos de cambio<sup>26</sup>. Estos cambios influidos por el entorno, experiencias previas y continuas en la vida, por los factores emocionales

---

<sup>21</sup> citados en Pizurki, H. et. al. 1988. Función de las mujeres en la Asistencia Sanitaria. Pp. 63. Ginebra. OMS. 1ª publicación.

<sup>22</sup> *Ibíd.* Pp. 64-65

<sup>23</sup> Fawcett, 1995, pp. 136

<sup>24</sup> Ruiz de Alegría 2002, pp 3

<sup>25</sup> Fawcett 1995, pp. 150; Parse 1987, pp. 137

<sup>26</sup> Ruiz de Alegría 2002, pp. 3

y espirituales<sup>27</sup>.

Por lo tanto, me resulta necesario observar a la persona en su entorno familiar, ambiental, cultural<sup>28</sup>, socio-económico, político y todo estímulo que le afecte internamente y externamente a su comportamiento y desarrollo<sup>29</sup>. Esto me permite ayudar y entender la individualidad y valorar las respuestas de las personas ante el cambio.

\* En relación a la ciencia Feminista lo entiendo como un espacio de pensamiento, conocimiento y acción que visibiliza no sólo la situación de las mujeres y se organiza para conseguir las reivindicaciones<sup>30</sup> sino también, evidencia el concepto de género<sup>31</sup>. Según autoras como Esteban (2009) entienden que el género es la categoría analítica más importante dentro de la teoría Feminista y que no es posible hacer análisis de género sin propuesta feminista.

En la misma línea que la antropóloga Maqueira (2005; citado en Esteban 2009) el género se percibe como un “principio de organización social” que produce una ordenación y jerarquización de la sociedad y que puede tener resultados diferentes según los contextos históricos o culturales. Desigualdades en este caso entre Enfermería con respecto a Medicina. Por lo que las desigualdades no son siempre con el mismo grado y consecuencias. Por lo tanto y de acuerdo con algunas autoras<sup>32</sup> dar una definición del concepto género es muy complejo, ya que implica una interconexión entre todos los elementos del sistema sanitario, como si de una red se tratara. Se entiende como una conexión transversal de género que analice y ayude a que se origine el cambio social, desde los niveles más macros (política sanitaria, economía...) y mesos (gestión asistencial y de cuidados...) hasta los micros (relación multidisciplinar en los equipos sanitarios).

Un cambio social, no sólo en el sentido de que exista un “mainstreaming” (político-técnico) de género<sup>33</sup> o transversalidad que contribuya a la mejora de programas de la

---

<sup>27</sup> OMS 1947: citado en Fernández, C. y col. 1995. Ciencia Enfermera. Breve historia de la Ciencia Enfermera. Pág.10. pp. 145. Enfermería Fundamental Master en Enfermería. Masson.

<sup>28</sup> Lenninger 1970: citado en Ruiz de Alegría, B. 2002. Pensamiento moderno vs pensamiento postmoderno. Pp. 1. Inédito.

<sup>29</sup> Roy 1999: citado en Fernández C. 2005. La disciplina de la enfermería. Bases teóricas. Pp. 5. Inédito.

<sup>30</sup> De Miguel, 1995:217; citado en Esteban 2009, pp. 47

<sup>31</sup> Blázquez, M<sup>ª</sup>I. Los componentes de género y su relación con la Enfermería. *Index Enferm* (Gran) 2005; 51:50-54. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113212962005000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s113212962005000300010&script=sci_arttext)

<sup>32</sup> *Ibíd*, pp. 52

<sup>33</sup> Instituto de la Mujer, 2002. Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa: 2001; Septiembre 14. Madrid. Instituto de la Mujer.

salud tanto de mujeres como de hombres. Además de originarse en la investigación y atención asistencial con esta perspectiva para promover la igualdad<sup>34</sup>. Sino que por un lado, se considera importante la reflexión de que se aplique la transversalidad en las relaciones multidisciplinares de los equipos. Y por otro lado, lo más importante (en este caso) es que en la epistemología de la Enfermería se incluya una perspectiva Feminista y un análisis de género para remover las nociones sexistas que existan dentro de la propia disciplina<sup>35</sup>, para contribuir a que disminuyan las jerarquías de poder. Este poder, que se tratará posteriormente, clasificado y originado por un determinismo sexual histórico que proyecta las desigualdades<sup>36</sup> profesionales dentro del ámbito de la sanidad, en este caso entre los profesionales de la Medicina en relación con la Enfermería.

*“¡no! había todo médicos hombres y enfermeras chicas, los chicos pocos, en Cruces ya...en la unidad de parapléjicos...porque luego empezó a ser universitaria, la Diplomatura” (VOO1/2 54:43)*

Con estas ideas, me acerco a una definición de género de Lourdes Benería (1987), que destaca la enfermera Blázquez (2005):

*“El género sería el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar es un proceso histórico que se desarrolla a distintos niveles tales como el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia, y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor...” (Benería, L. Patriarcado o sistema económico. Una discusión sobre dualismos metodológicos en: Amorós.C. Mujeres: Ciencia y Práctica política. Madrid: Debate, 1987:39-54.)*

### 3.1 Sistema de género dentro del ámbito socio-sanitario

Partiendo de la definición de género anteriormente citada y desde lo que la antropología señala, me referiré a una “cultura”<sup>37</sup> o “sistema de género” para *“hablar de un sistema social que puede adoptar configuraciones diversas y en la que la diferencia (también biológica-binaria) se construye de una determinada manera en un marco global y local concretos”*<sup>38</sup>

Para entender esta idea de “sistema” de género, se desarrollan a continuación una serie

---

<sup>34</sup> como se recoge en la Conferencia Mundial de las Mujeres de Beijing, 1995; el Plan estratégico de la Oficina Regional Europea de la OMS, 2002; Planes DE Igualdad entre Mujeres y Hombres de la UE y Españole/as

<sup>35</sup> Blázquez 2005, pp.3

<sup>36</sup> *Ibíd*, pp.4 ; Ortiz, T 2002. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En Ramos, E. 2002. Actas del Congreso Nacional de la Salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. Mayo. 9-10. Madrid. Instituto de la Mujer. 30-41.

<sup>37</sup> Blázquez 2005, pp.4

<sup>38</sup> *Ibíd*, pp4; Esteban 2009, pp. 50

de “elementos” que describe Maqueira. V (2000) o “subsistemas”<sup>39</sup> que componen la complejidad del sistema y que pueden explicar la relación entre la Enfermería y Medicina dentro del ámbito sanitario. Estos son: la identidad de género, las atribuciones de género, la división sexual del trabajo y relaciones de producción, los símbolos y metáforas culturalmente disponibles, las normas sociales, el prestigio, las instituciones y organizaciones sociales y el poder.

En primer lugar, la **identidad de género**, que es un proceso complejo de definiciones sociales como autodefiniciones que se incorporan a lo largo de todo el ciclo vital. Estas definiciones se construyen según el contexto histórico y cultural de cada sociedad<sup>40</sup>. En estas construcciones “*se alude a la jerarquización de espacios y funciones sociales y a la diferenciación en el acceso al poder que están implícitas en las ideas, representaciones y prácticas de mujeres y hombres*”<sup>41</sup>. En este sentido, autoras como Burin (2003), Blázquez (2005) y Levinton (2002) describen como a las mujeres se les han atribuido características como la sensibilidad, la dulzura, la compasión, la obediencia, el contacto afectivo, la dependencia y la fragilidad. Características que, si repasamos la historia de la Enfermería, coinciden con las cualidades que debe tener una buena enfermera<sup>42</sup>. Esta identidad femenina de la Enfermería se naturaliza y se consideran como innatas algunas características remuneradas de la disciplina como el “cuidado”<sup>43</sup>. Esto produce una confusión del rol profesional con la identidad de las mujeres<sup>44</sup>. De tal manera que en la realidad no “*han llegado a convencerse de que su trabajo ofrece algún interés especial*”<sup>45</sup>.

“...también puede ser que las enfermeras no nos creemos nuestra profesión...estamos, bueno, por debajo o bueno, hacemos lo que mejor podamos en la profesión, sin no más...” (VOO1/2 54:08)

“Los recuerdos más fuertes que he vivido ha sido querer hacer cosas y ser un poquito boicoteada por los...ese recuerdo...y recuerdo que tendrían sus razones pero...por otra parte, recuerdo que también, yo, para mí no tuve la suficiente fuerza para seguir con eso y te queda el resquicio de eso. Eran enfermeras ¡sí! Y médicos. Pero enfermeras de mi misma categoría” (VOO ½ 21:40)

Se hace una breve anotación para explicar, como apunta Blázquez (2005), que ciertos

---

<sup>39</sup> Del Valle, T. et. al. 2002. Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género. Madrid: Narcea.

<sup>40</sup> Blázquez 2005, pp.4

<sup>41</sup> Esteban 2009, pp.49

<sup>42</sup> García, C y Martínez, M<sup>a</sup>. L. 2007. Historia de la Enfermería; evolución histórica del Cuidado Enfermero. Pp. 146. Madrid. Elsevier. S.A.; German 2006

<sup>43</sup> Allúe, M. 1996. La imagen social de la enfermera: la mirada del que es cuidado. AEED XVII sesiones de trabajo. Cuenca; Levinton, ND. 2002. El superyo femenino. Marístaran. 14:13-22; Pizurki et.al. 1988

<sup>44</sup> Blázquez 2005, pp. 4

<sup>45</sup> Fredison 1998; citado en Carrascal, 2007. Pp. 2

autore/as, han manifestado que *“la identidad de género de la Enfermería y su situación de desigualdad, cambiaría en la medida en que se equilibrasen la presencia de mujeres y hombres en la misma”* Sin embargo y de acuerdo con German (2006) esta idea no garantiza la situación de igualdad profesional. Por una parte, como describe la autora, puede que tal desigualdad se encuentre relacionada con la atribución jerárquica dentro de la Enfermería según la identidad femenina o masculina. De esta manera y a pesar que existían hombres en la profesión, desde los orígenes y a lo largo de la Historia, se han diferenciado las características, categorías y reconocimientos sociales de cada uno denominando a los hombres “practicantes” y a las mujeres “enfermeras”. De la misma manera se ha diferenciado a la Enfermería de la Medicina.

*“Eran Escuelas femeninas solo. Los hombres...tuvimos contacto porque había luego hombres en cirugía y así...los denominados practicantes que estudiaban en otros sitios. En el mismo hospital no, podían hacer prácticas pero ¡no! aquí hubo un practicante, de hace muchos años ya jubilado, que empezó medicina y lo dejó en tercero y le convalidaron a practicante. Nosotras éramos denominadas enfermeras y ellos practicantes” (VOO1/2 04:27)*

Y, por otra parte, se puede observar que en profesiones (como la Medicina) que se han feminizado (aumento de mujeres en la profesión) se continúan reproduciendo los mismos roles de masculinidad y la situación de desigualdad profesional. Una desigualdad sobre todo en lo referente a la elección de la especialidad<sup>46</sup>.

*“género ¿qué quieres decir con eso?... ¡ah! yo pienso que sí ¡eh! Porque hay muchísimas mujeres en medicina pero pienso que tienen como una, no sé, creo que influye lo que es el estatus médico-hombre, el poder o...algunas cosas si se ven y se dejan traslucir...o sea aunque son mujeres pues todavía, pues, eres colega mujer y tal pero...si se deja traslucir, ella la médico y una relación profesional distante” (VOO1/2 40:44)*

En segundo lugar, se explican las **atribuciones de género** que son *“criterios sociales, materiales y/o biológicos que las personas de una determinada sociedad utilizan para identificar a otros/as, en este caso hombres y mujeres”*<sup>47</sup>.

*“yo me encontraba a gusto, cuando me pedían, cuando iba, cuando les ponía el termómetro, la tensión, estar con la gente...En aquel momento la sociedad entendía que la enfermera era la ayudante del médico, y...” (VOO1/2 01:51)*

Otras autoras como Esteban (2009) subrayan además, que estas atribuciones están íntimamente unidas a los hechos biológicos (sexo) y a las interpretaciones que cada cultura o contexto histórico hace de los mismos. Con esta idea refleja que son las desigualdades sociales (género) las que interpretan, explican, relacionan y clasifican las diferencias anatómicas y fisiológicas (sexo) de una determinada manera y no al revés. Sin embargo, todavía se entiende socialmente que el concepto sexo es una visión dicotómica (femenino-masculino, macho-hembra), heterocéntrica y jerárquica del

---

<sup>46</sup> German 2006, pp. 30; Pizurki, et. al. 1988, pp. 63

<sup>47</sup> Blázquez 2005, pp.4

cuerpo humano y de las relaciones sexuales<sup>48</sup>. Y por lo tanto, se ha observado que esta mirada puede no coincidir con la identidad de género en los casos, por ejemplo, de intersexualidad y/o sexo<sup>49</sup>.

Desde este modelo de “dos sexos”, como define Laquear (1994) se condiciona la manera de percibirse las /os profesionales de Enfermería así mismos, percibir socialmente a los demás y viceversa<sup>50</sup>. Así que, la identidad, tareas e intervenciones de la Enfermería (unida a lo femenino) está construida por la profesión médica (unido a lo masculino)<sup>51</sup>. Blázquez (2005) explica la causa de esta construcción identitaria relacionando los elementos de género con lo que denomina “ideologías de género” que son un sistema de creencias dicotómicas en una cultura determinada. De acuerdo con esta autora, las “ideologías de género” en la Enfermería se mueven entre una definición vocacional de la misma frente a otra profesional (Medicina).

*“vocacional, si sí...bueno pues no lo sé. Yo estudié en un colegio de monjas y en aquel momento era el tiempo de las misiones, y yo quería ir a las misiones cuando era cría y...quizás un poco de curiosidad o un poco de romanticismo, también. Recuerdo que mi madre que era mucho más práctica que yo decía que a ver si pensaba en que carrera me iba a meter, porque tendría que ver muchas cosas no agradables, limpiar y cosas de esas también, entonces, no sé...no era una cosa vocacional que decía que quería ser enfermera sino un acumulo de cosas” VOO1/2 01:27)*

*“para mí enfermera era dar un servicio a las personas que necesitaban de mí, ¿no? Entonces, yo me acuerdo que lo que me decían que tenía que hacer, pues lo hacía, las personas te pedían cosas difíciles y agradecer...en fin, dar un servicio y aprender”(VOO ½ 01:22)*

Estas atribuciones femeninas esencializadas de la Enfermería influyen en que se tengan actitudes de sumisión, en los equipos multidisciplinares, con respecto a la Medicina y se tenga que pedir permiso para intervenir con autonomía disciplinar. Aunque se entienda dicha acción cuando se trata de ser coherente con lo que socialmente se espera de la profesión y, además, se les permita formar parte del equipo sin quedar teóricamente excluidas/os<sup>52</sup>.

*“...hay algo de problema por la forma de ser de esa persona médica con la Enfermería pero igual, igual eh! Las mujeres tenemos como un poco más de aguante, ¡vamos! O por género estamos más supeditadas y por eso chocan más el enfermero con la médica...puede ser, también el poder eso...No sé si se puede trasladar pero ha habido un caso significativo” VOO1/2 42:70)*

El tercer “elemento de género” y continuando con la posición que ocupa la Enfermería

---

<sup>48</sup> Esteban 2009, pp. 49

<sup>49</sup> Blázquez 2005, pp. 5

<sup>50</sup> Esteban 2009, pp. 49

<sup>51</sup> Blázquez 2005, pp. 5; Pizurki et. al. 1988, pp. 63

<sup>52</sup> *Ibíd.* Pp.64

dentro del sistema de salud, tenemos la **división sexual del trabajo**. Está muy relacionada con la identidad, las atribuciones e ideologías de género y coincide en que es la adjudicación estructural de cada sociedad del tipo de tareas y roles según el sexo<sup>53</sup>. Así al rol femenino se le establece un trabajo reproductivo mientras que al masculino se le adjudica un trabajo productivo. Esta adjudicación social diferente se establece en dos esferas: la privada (trabajo no remunerado) y la pública (trabajo remunerado). Donde en la pública a su vez, se diferencian los roles por sexo de una manera horizontal y vertical. Y esa división vertical (más valorada), relacionada con el techo de cristal, es importantísima para que la Enfermería; por un lado, acceda a puestos de tomas de decisión y poder dentro del propio sistema sanitario y, por otro lado, a que se establezcan un tipo de relación profesional, y no otro, dentro de los equipos de salud<sup>54</sup>.

*“...¡hombre! La medicina ¡claro! Que tiene muchísimo poder, el que opera no es la enfermera, el que opera es el médico, el que salva la vida es el médico. La medicina se vale de eso y la Enfermería tiene que trabajar en ello...” (VOO1/2 01:51)*

*“...hacíamos llamar a la gente, hacer recetas...limpiar el instrumental, como de auxiliar de clínica ¡vamos! Entonces cuando hubo la reforma sanitaria a mí me encantó, porque yo veía que era lo que quería. La reforma era esa visión de trabajo con la comunidad, de llevar a una gente tanto en el centro sanitario como en el domicilio y trabajar en equipo aunque fuera en la teoría...eso y yo ilusionada porque entendía que eso era para mí la Enfermería”(VOO1/2 17:37)*

Es decir, la división sexual del trabajo en el ámbito sanitario o “polarización” como la denomina Pizurki et. al. (1988):

*“Es la asignación de los agentes de salud por razón de su sexo, en virtud de la cual ciertos tipos de atención de salud se confían principalmente a los hombres y otros a las mujeres, y solo en algunos casos- o en ninguno- se establece cierto equilibrio. Polarización, segregación y tipificación por razón de sexo son términos paralelos para designar el proceso de encauzamiento selectivo de hombres y mujeres hacia determinados sectores de trabajo por razón de su sexo. Se consideran estereotipadas en función del sexo las ocupaciones en las que la gran mayoría son de uno de los dos sexos y se entiende en general que es apropiado que así sea. La tipificación por razón de sexo de los empleos y las ocupaciones es un proceso que tiende a autoperpetuarse, justamente porque esta tipificación es aceptada como algo apropiado.” (Pizurki et. al. 1988. Función de las mujeres en la Asistencia Sanitaria. OMS. Ginebra. Pág 89)*

En relación con los tres elementos anteriormente explicados se encuentran los **símbolos, metáforas o imágenes** culturalmente destacables. Son muchos símbolos que reflejan lo que socialmente se espera de la Enfermería en un determinado momento y que evoluciona en el tiempo. De acuerdo con autoras como Margaret Sovie (1978) el lento desarrollo de la Enfermería como profesión autónoma está íntimamente relacionado con la imagen hegemónica misógina de profesión específica de mujeres. Ejemplos que

---

<sup>53</sup> *Ibíd.* Pp. 63

<sup>54</sup> *Ibíd.*, pp. 64; German 2006, pp. 22

reflejan esta idea son como; el rol de madre de la Virgen María o la dama victoriana de las clases altas (esposa, madre y ama de casa) o la famosa tríada de médico, enfermera y paciente como padre, madre e hijo. También, y actualmente, existen los símbolos en el que la Enfermería destaca por tener a mujeres como objetos sexuales y, por ello, se le castiga reflejándolo en los medios de comunicación o en chistes<sup>55</sup>. Otro ejemplo más que clarifica que es una profesión subordinada es la imagen que tiene la Enfermería tan negativa en países donde las actividades de las mujeres fuera del hogar son restringidas<sup>56</sup>.

Estos castigos y exclusiones que sufre la Enfermería están asociados a las **normas sociales** cuando decide romper con la imagen que se espera de ella. Estas normas sociales son el quinto elemento de género que se trata de explicar. Blázquez (2005) las define como expectativas compartidas referente a una conducta dada de las personas con diferentes roles y categoría calificado de ley o no o costumbre. Es decir, son las típicas tradiciones de la Enfermería y de su eje de profesión dependiente con respecto a Medicina *“la enfermera debe ser los ojos y oídos del médico y cuando éste no está, las manos y los pies, para llevar a cabo las prescripciones del tratamiento”*<sup>57</sup>.

*“la profesión de Enfermería, lo veían los ATS, pienso...que muchas estaban bien, también como estaban. Porque tuvimos que pasar como una oposición y muchas de esas personas lo vivieron como una amenaza. Entonces era como ir en contra de nosotras que íbamos con esas directrices de esa reforma”*VOOI/2 25:12)

En este sentido entramos en el sexto elemento que es el **prestigio** social y profesional. Se está de acuerdo en que el prestigio social y profesional está relacionado con el género. *“El sistema de género ha promovido siempre el reconocimiento de los saberes masculinos y la marginalización de los femeninos como ha sucedido con las sanadoras y por ende en la Enfermería”*<sup>58</sup>.

*“...hombre tenía también algo de prestigio social, pienso yo, porque ¡claro! Conmigo estudiaba un montón de gente de la alta sociedad también, de Bilbao, de la zona de Neguri y mujeres de médicos y personajes que había muchísima gente...Entonces era como un medio de tener emancipación femenina pues...pero tener un poquito de estatus pues sí...tiene también su carrerita mi mujer o la mujer del médico o la...porque muchísima gente no siguió trabajando en lo que es la Enfermería. Yo pienso que sí, que había dos clases, las que iban trabajando para hacer de ello una profesión y otras para que bueno...tener en su currículum social también que eran enfermeras. Pero desde luego que siempre, siempre por debajo de los médicos”* (VOOI/2 02:10)

El séptimo elemento son las **instituciones y organizaciones sociales**, donde se

---

<sup>55</sup> Blázquez, 2005, pp. 5

<sup>56</sup> Pizurki et. al. 1988, pp. 71

<sup>57</sup> Mckenna, H. 1997. Nursing theories and models. London: Routledge.

<sup>58</sup> Cuadra 2003; citado en Blázquez 2005, pp. 5



establecen las relaciones de género, en este caso en el ámbito sanitario. Esta institución ha reforzado; las desigualdades en salud, el estudio del cuerpo masculino, el androcéntrismo de la ciencia y la relación de género existente en la subordinación de la enfermera ante el médico y sus reproducciones prácticas en el equipo<sup>59</sup>.

*“...como mujeres que son, las enfermeras han empezado a luchar por conseguir que se revalorice la contribución que aporta la Enfermería al sistema de salud, y la de las mujeres en general a la sociedad sanitaria. A juicio de una enfermera feminista, ello no significa que, al discutir y combatir las estructuras del sistema de salud, las enfermeras hayan renunciado a su función de compasión; lo que sí quiere decir es que nos preocupamos de nuestras necesidades legítimas. Al prostituir esas necesidades, inquietudes y talentos a las de otros, al persistir en aceptar un papel secundario, hemos contribuido por defecto, a la espantosa inadecuación del sistema de atención de salud”*  
(Scott-Heide 1973; citado en Pizurki et.al. 1988, pág. 72)

Atravesando a todos los elementos que se han ido explicando y con mayor importancia, destacamos por último el **Poder**. Por ello se considera el más importante. Según Blázquez (2005) *“es el instrumento que utilizan los sistemas de género para establecerse, mantenerse y reproducirse”* en el tiempo y espacio. Además de los aspectos del poder (origen, construcción social y causas para la Enfermería) que se han destacado a lo largo de la exposición, Blázquez (2005) recoge y resume la idea<sup>60</sup> de que el poder queda restringido a la Enfermería en tres aspectos: el primero, es la difícil comunicación entre los profesionales del equipo multidisciplinar puesto que no disponen ni de espacios ni de horarios; el segundo, es la barrera de acceso a los puestos reales de poder dentro del equipo o del sistema sanitario *“en términos generales, las enfermeras no se han dado cuenta de que al medicalizar la práctica de la Enfermería, estaban modificando en realidad la naturaleza fundamental de su profesión y reforzando por ende el control de la profesión médica sobre la Enfermería”*<sup>61</sup>. Y en tercer lugar, es la *“devaluación de ideas y soluciones aportadas”*.

*“No te diría que la Enfermería está suficientemente reconocida. Yo pienso que no. Porque creo que las enfermeras tendríamos que...no estar más reconocidas sino que tienen que ir los dos parejos ¿no? La Enfermería tendría que tener más fuerza, también, para que tengamos mayor reconocimiento”* (VOO1/2 36:52)

Es importante añadir la infravaloración de la formación y especialización de la Enfermería a pesar de que en países occidentales, como Inglaterra y EEUU, mantengan los mismos niveles y años de estudios que la Medicina<sup>62</sup>.

---

<sup>59</sup> Chamizo 2004; citado en Germán 2006, pp. 26

<sup>60</sup> Alberdi 1997; citado en Blázquez 2005, pp. 5

<sup>61</sup> Pizurki et. al. 1988, pág. 74

<sup>62</sup> Pizurki et. al. 1988, pp. 75; Pacheco, G. 2001, pp. 8. La Enfermería en Salud Mental: Proyectos de futuro en el Sistema Nacional de Salud. Conferencia de clausura de las II Jornadas Provinciales de Enfermería de Salud Mental. Jaén.

*“Yo pienso que el tope de innovar podría ser debido a algo social. Pienso que muchas veces hay personas que están boicoteando ¿no? no sé...en vez de decir ¡vamos! hacerlo. Es sacar el punto, el pero...y yo personalmente tenía que tener fuerza para sacar eso. Puede que yo tuviera valores que no eran los dominantes, ver desde otra perspectiva y era recogido de una manera que...y la medicina pensaba ¡bueno cómo una enfermera se puede plantear esto...!sí, pero Enfermería también lo pensaba igual...” (VOO1/2 23:36)*

Actualmente en el contexto socio-sanitario dentro de la CAPV, como en otros contextos de sistemas oficiales de atención de salud<sup>63</sup>, se ha observado, por experiencia personal, que no existe reconocimiento laboral, ni profesional adecuado a los profesionales de Enfermería con estudios superiores de licenciatura o especialidades de alto nivel de cualificación.

*“En la gerencia no pueden estar las enfermeras porque no están licenciadas, y las que existen o son licenciadas...no sé. Esos puestos son a dedo y políticos según los partidos. La sociedad y la política influye en los puestos de poder de decisión y puestos de dirección y la Enfermería pues...sobre todo” (VOO1/2 57:21)*

### **3.2 Referentes de la Enfermería moderna Feminista y contemporánea. Panorama internacional**

*“Podemos Apreciar lo que hacen las enfermeras en el presente si entendemos como se ha construido su trabajo en el pasado” (Martínez et. al. 2007. Pág. 2)*

De acuerdo con esta idea de Martínez et. al. (2007), se describe a continuación quienes fueron las personas punteras que contribuyeron tanto a la historia de la Enfermería como al avance de los derechos de las mujeres. En una primera parte se desarrolla el panorama internacional dando paso al ámbito nacional español para poder acercarnos mejor a la realidad actual.

En esta primera parte y de una manera gradual en el tiempo se relatan los valores, las reivindicaciones y logros de mujeres referentes para el actual avance disciplinar. Estas líderes de la Enfermería muy íntimamente unidas al movimiento Feminista de su época son entre otras/os; Florence Nightingale (1820-1910), Lavinia LLOYD Dock (1858-1956), Lillian Wald (1867-1940), Mary Mahoney (1845-1926), Margaret Higgins Sanger (1879-1966) y las contemporáneas Virginia Henderson (1966) y Martha Rogers (2ª mitad S XX)<sup>64</sup>.

Remontándose a finales del S XIX donde la ciencia médica y la tecnología aplicada tiene su máximo auge, es necesario un tipo de personal que asume las tareas iniciales del médico (temperatura, tensión arterial, analíticas, curas, administración de fármacos...). Funciones que se esperaba de la Enfermería pero que raramente se les

<sup>63</sup> Pizurki et.al.1988, pp. 76; German 2006

<sup>64</sup> Berman, A. et.al. 2008. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Volumen I. pp. 9. 8ª edición. Pearson Prentice Hall.

reconocían<sup>65</sup>. Es el momento de la etapa técnica de la Enfermería (hasta la década de los 70 del S XX) que estaba marcada “por la herencia de los estadios precedentes: profesión de mujeres”<sup>66</sup>.

En este contexto y dominio británico destacó una mujer, llamada Florence Nightingale (“Dama de la Lámpara”), por la manera de cuidar a los enfermos y heridos durante la guerra de Crimea (1854-1856)<sup>67</sup>.

Nightingale, mujer religiosa de la alta sociedad inglesa, obtuvo su formación de enfermera entre Alemania (3 meses) y París (Hermanas de la Caridad 1853) muy a pesar de su familia puesto que consideraban que no era digna para una señorita<sup>68</sup>.

*“Nightingale concebía la Enfermería como una profesión independiente, autónoma y de gran dignidad, aliada más que subordinada a la profesión médica. En 1867 escribía: “toda la reforma, tanto en el país como en el extranjero, ha consistido en esto: en retirar toda autoridad sobre la Enfermería de las manos de los hombres y ponerla en las de una mujer adiestrada como jefa y responsable de todo”. Nightingale se oponía pues, a las nociones arcaicas y sentimentales de las enfermeras concebidas como mártires, penitentes o ángeles auxiliares, y al concepto de la “enfermera nata”. Veía la Enfermería como una profesión llena de dignidad necesaria y responsable, que exigía valor moral y físico e inteligencia frente a situaciones complejas, y por consiguiente, rechazaba a las enfermeras ignorantes y que carecían de adiestramiento” (Pizurki et.al. 1988. Pág 66)*

Además dejaba claro, también en su trabajo Notas de Enfermería: ¿qué es? Y ¿qué no es?, su interés ecologista con respecto al mundo, puesto que le preocupaba el medio ambiente y psicosocial sano<sup>69</sup>.

Estos valores en los que se sustentaban las intervenciones de Nightingale eran más que reivindicaciones que correspondían a un cambio en el sistema social. Donde la profesión de Enfermería dependiente y la inferioridad de las mujeres, dejara de ser una realidad dándoles el prestigio social, profesional, económico y político que hasta ahora era exclusivo a los hombres. Esta mirada tan avanzada para su época hizo que se convirtiera en la primera enfermera que ejerció presión política sobre el gobierno<sup>70</sup>.

Por todo este trabajo, Florence Nightingale mereció su título de fundadora de la Enfermería moderna. Sus observaciones e investigaciones fueron las primeras teorizaciones sobre la Ciencia Enfermera. De tal manera que fue el camino, años más

---

<sup>65</sup> Pizurki et. al. 1988, pp. 74

<sup>66</sup> Ruiz de Alegría 2003, pp.1

<sup>67</sup> Berman et. al. 2008, pp. 9; Martínez et. al. 2007, pp. 2

<sup>68</sup> *Ibíd.* pp. 2

<sup>69</sup> Pizurki et al. 1988, pp. 66

<sup>70</sup> German 2006, pp. 39; Berman et. al. 2008, pp. 9; Pizurki et. al. 1988, pp. 67

tarde y actualmente, para otras/os líderes de la Enfermería Feminista a nivel mundial<sup>71</sup>.

Con este legado de Nightingale junto con uno de los textos fundacionales del sufragismo femenino en EEUU (Declaración Séneca Falls, New York, 1848) y referente, comienza la vida de Lavinia Lloyd Dock (1858-1956). Esta Enfermera americana destacó por su activismo por los derechos de las mujeres y por la lucha del desarrollo profesional de las enfermeras<sup>72</sup>.

Dock estudió Enfermería en la escuela Bellevue siguiendo el modelo Nightingale. Continuó sus estudios, bastante fuera de lo habitual en el caso de las mujeres, arropada por su familia acaudalada. Fue educadora, escritora, feminista radical, activista política y sufragista. Las acciones íntimamente unidas de Dock que más interesan en esta descripción histórica son dos; como enfermera y como feminista.

-Como enfermera norteamericana consideraba el cuidado como un servicio a la comunidad representando el final de la Enfermería vocacional- religiosa y el comienzo real de la disciplina enfermera. En esta constante lucha participó en el establecimiento del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE, organizado y dirigido exclusivamente por enfermeras y sin control del estado) y fue su primera secretaria (1899) *“hizo campaña por una legislación que permitiera a las enfermeras y no a los médicos controlar su profesión”*<sup>73</sup>.

-Como Feminista, en 1910 publicó “Higiene y Moralidad” donde denunciaba la doble moral de los hombres a través de la relación de las enfermedades venéreas con la prostitución. Es decir, estuvo muy interesada en mejorar el bienestar de las mujeres y su posición social y por ello pasó un tiempo encarcelada<sup>74</sup>.

Dock estaba muy preocupada de que las enfermeras fueran cómplices de su propia subordinación a los médicos. Una situación que más tarde se legisló con el paternalismo, por el sometimiento de las mujeres a los hombres que se vivía en el momento. Con esta idea, como describe Martínez et. al. (2007) denunció el poderoso dominio masculino y discriminación sexual que impedía el reconocimiento de las enfermeras al mismo nivel que los médicos y su práctica independiente.

Esta enfermera basaba su práctica en una visión holística e integral de cuidados y en un compromiso social. Concibió a la Enfermería *“como un agente político de cambio y a las enfermeras como agentes democráticos que contribuían al bienestar integral de la*

---

<sup>71</sup> Berman et al. 2008, pp. 9; Fernández, C. y col. 1995. Ciencia Enfermera. Breve historia de la Ciencia Enfermera. Cap.10. pp. 144. Enfermería Fundamental Master en Enfermería. Masson.

<sup>72</sup> Martínez et al 2007, pp. 2

<sup>73</sup> Berman et. al. 2008, pp. 10

<sup>74</sup> Martínez et. al. 2007, pp. 3

*sociedad*”<sup>75</sup> Hay que entender que todas estas reivindicaciones y derechos supusieron un avance enorme para una sociedad donde las mujeres tenían escasos derechos<sup>76</sup>.

Dock junto con Lillian Wald (1867-1940) y Margaret Higgins Sanger (1879-1966) integraron la teoría de la Enfermería en salud pública. Lillian fue la enfermera responsable en ofrecer a los más pobres en los suburbios de New York atención sanitaria. Estas personas necesitadas respondían la gran mayoría a mujeres. Finalmente fundó la Enfermería de salud pública para que su compañera Sanger, años más tarde, impactara en la atención sanitaria con el trabajo del control de natalidad y de la paternidad planificada. Sus reivindicaciones surgieron a través de la experiencia con mujeres trabajadoras de bajos recursos económicos que mantenían embarazos no deseados. Sanger, como otras compañeras, fue encarcelada por haber abierto la primera clínica de información de natalidad (Baltimore 1916). Otra enfermera muy comprometida socialmente es Mary Mahoney (1845-1926). Estudió Enfermería en Inglaterra (1879). Su activismo por la promoción de la igualdad de oportunidades sociales fue debido a su situación social. Fue la primera enfermera afro americana. Además hizo importantes contribuciones a las relaciones interraciales<sup>77</sup>.

Con la ayuda del trabajo de todas estas antecesoras e influida por el trabajo de Nightingale entramos a conocer a una de las primeras enfermeras modernas que definió la profesión, Virginia Henderson (1966). Continuó con las reivindicaciones de Nightingale salvo que avanzó en considerar a la enfermera como *“alguien preocupado por los individuos enfermos y sanos, reconoció que interacciona con las personas incluso cuando la recuperación es inviable y mencionó las funciones de enseñanza y apoyo activo del profesional de Enfermería”*<sup>78</sup>. Este nuevo paradigma que se abre a la sociedad (“totalidad”) tiene una gran influencia del modelo médico y de la filosofía newtoniana y cartesiana tan poderosa dentro de la ciencia. Sin embargo poco a poco hacia los años 70 se fueron abriendo brechas culturales y económicas que provocaron cambios en la población con toda la composición étnica de muchos países<sup>79</sup>.

Esta visión (“simultaneidad”) transgresora y radical del mundo es propuesta por primera vez por Martha Rogers (1970). Influenciada por el existencialismo de la época y por la construcción de conocimiento científico (master en ciencias físicas), se posiciona en una visión de la ciencia “interpretativa-construccionista” alejada del positivismo y neopositivismo. En sus teorizaciones diferencia y avanza en la finalidad del rol de la

---

<sup>75</sup> Martínez et. al. 2007, pp. 3

<sup>76</sup> Berman et. al. 2008, pp. 10

<sup>77</sup> *Ibíd.* Pp. 10

<sup>78</sup> *Ibíd.*

<sup>79</sup> Huffman-Splane 1984; citado en Ruiz de Alegría, B. 2003. Desarrollo de la atención de Enfermería a través de la Historia. Resumen. Asignatura Fundamentos de Enfermería. Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Inédito.

enfermera y en los derechos sociales de las mujeres como seres libres<sup>80</sup>. La Enfermería con una autonomía profesional centra su atención en la percepción que tiene la persona de su calidad de vida y le ayuda a iluminar y guiar los cambios en los patrones de salud<sup>81</sup>. Esta enfermera se le considera una de las teóricas del verdadero “Holismo” más importantes de la enfermería moderna y contemporánea<sup>82</sup>.

### **3.3 Panorama en el contexto Español de mujeres referentes para la Enfermería y para el movimiento Feminista S XIX-XX**

Mientras ocurría en el panorama internacional, lo descrito anteriormente, se va a remontar hasta mediados del S XIX, para situar al lector en la complejidad del contexto español.

En este siglo, en países (anglosajones) donde prevaleció la reforma luterana, Nightingale tuvo serios problemas para reclutar a enfermeras por la pérdida del concepto de “caridad” (Hijas de la caridad). Este momento histórico queda reflejado por las enfermeras anglosajonas como “etapa oscura de la Enfermería”<sup>83</sup>. Sin embargo en países europeos del sur, como en España, no se percibió esta etapa de oscurantismo por la influencia de la religión. La idea vocacional-religiosa que imperó hasta mediados del S XX fue que; *“el cuidado de los enfermo/as no fue considerado una verdadera profesión, dado que la atención y consuelo y necesitados era labor de caridad y humildad cristiana propiciada por la iglesia como vehículo de salvación y como tal, no podía ser reglada ya que se impediría a las gentes sentirse generosas”*<sup>84</sup>.

En España, país conservador de cultura católica, el cuidado quedaba ligado entonces al concepto de “caridad” y al de “mujer cuidadora” y no al de profesión. Las Ordenes Religiosas continúan con todo el peso socio-sanitario y por lo tanto con la Enfermería<sup>85</sup>. Aunque hay que destacar, como dice Germán (2006) que la revisión histórica nos refleja la *“diversidad de modalidades de la función cuidadora y la importante presencia de los hombres en las órdenes religiosas dedicadas al cuidado enfermero”* De acuerdo con esta autora que en éste S XIX y XX la Enfermería esté asociada a la feminidad podría ser; por un lado, a la falta de un análisis de género en la historiografía de la profesión, y por otro, a pasar desapercibidas las diferentes expresiones de las órdenes religiosas que han ido diferenciando a los católicos de los protestantes.

Aclarada esta idea y continuando con la cultura religiosa española, decir que apenas existía un movimiento feminista, como tal, y sólo surgió tras muchas reivindicaciones

---

<sup>80</sup> Ruiz de Alegría 2003, pp. 2

<sup>81</sup> Parse 1987, pp. 137

<sup>82</sup> Berman et. al. 2008, pp. 11

<sup>83</sup> García y col. 2007, pp. 145; Germán 2006, pp. 67

<sup>84</sup> *Ibíd.* Pp. 67-68

<sup>85</sup> Aróstegui, J. 2009. Mujeres en la república. Historia Contemporánea UCM. Tesis. Cedecom S.L.canal Sur Andalucía. Disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=W4kISinMvg>; Germán 2006, pp. 68

femeninas y muy tarde en comparación con países como Inglaterra y EEUU<sup>86</sup>. Este movimiento social se originó gracias; por un lado, a mujeres católicas que tomaron iniciativas y mejoras en las condiciones femeninas socio-sanitarias y educacionales del momento<sup>87</sup>. Y por otro, a la corriente liberal donde mujeres burguesas reivindicaron, también mejoras, sociales<sup>88</sup>.

Estas personalidades recaen principalmente en dos mujeres, a finales de estos siglos, que desarrollaron figuras feministas diferenciadas entre sí. Ellas demuestran que el Feminismo no tiene un solo camino sino que existen varios y que dependen de los materiales y las decisiones de cada momento histórico<sup>89</sup>. Es importante destacar este aspecto, para comprender la gran magnitud que tiene lo que estas mujeres consiguieron puesto que con diferentes ideales fueron capaces de hacer sus reivindicaciones socio-sanitarias, políticas y económicas comunes.

Estas dos personalidades fueron Concepción Arenal y Emilia Pardo Bazán<sup>90</sup>. A continuación se describen las reivindicaciones comunes, en relación al ámbito laboral y educativo, de ambas mujeres que favorecieron a la profesionalización de la Enfermería española.

Concepción Arenal, católica y democrática, fue un gran referente del Feminismo y, por ende, para la Enfermería española durante el reformismo de finales del SXIX y primer tercio del SXX<sup>91</sup>. Vivió en una sociedad donde la inferioridad de las mujeres fue común por convicción. Además de comenzar con la redefinición del concepto de género. Esta idea de inferioridad de las mujeres la rebatió constantemente en dos fases<sup>92</sup>:

En la primera fase, por medio de su trabajo “La mujer del porvenir” (1861) lucha contra la inferioridad femenina dignificando a la mujer e interiorizándolo. Para llevar esto a

---

<sup>86</sup> Los orígenes históricos del movimiento feminista. 2008. ABG. Disponible En [http://www.youtube.com/watch?v=uCTbgyx2Zc8&feature=Playlist&p=37FDA8C084D02077&playnext\\_from=PL&index=0&playnext=1](http://www.youtube.com/watch?v=uCTbgyx2Zc8&feature=Playlist&p=37FDA8C084D02077&playnext_from=PL&index=0&playnext=1)

<sup>87</sup> Aresti, N. 2001. Médicos, Donjuanes y Mujeres Modernas: los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX. Pp. 71. Bilbao: Servicio ed. Universidad del País Vasco. Euskal Herriko Unibertsitatea; Llona, M. 2002. Entre señorita y garçon: historia oral de las mujeres bilbaínas de clase media (1919-1939). Pp. 68. Málaga: Universidad de Málaga.

<sup>88</sup> Germán 2006, pp. 56

<sup>89</sup> Aresti, N. 2009. El concepto “mujeres” en el siglo XIX: dos estrategias feministas. Documentación master estudios Feministas y de Género. Inédito.

<sup>90</sup> Aresti 2009; Llona 2002, pp. 71; German 2006, pp. 53

<sup>91</sup> Ibid, pp. 53; Siles, J. 1996. Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva Histórica y Epistemológica. CECOVA. Alicante.

<sup>92</sup> Aresti 2009, pp. 6

cabos, recurre a las descripciones de ilustres Reinas y Santas de las sociedades anteriores y a la religión con frases como “*dios creo como iguales...*”. Además encuentra a través de la razón y de la educación la posibilidad de superar las teorías científicas que naturalizaban la inferioridad de las mujeres.

Con esta idea de la formación de las mujeres, las sociedades se modernizan y el valor fundamental en el que sustenta Arenal su discurso Feminista, es la maternidad. A través de este valor que dignifica y la reivindicación por la educación femenina hace que las mujeres no sean inferiores en la realidad social. Es decir; por un lado, utiliza la maternidad para hacer una sociedad mejor desde la condición de madre. Y por otro, utiliza el acceso a la educación de esas madres para que tengan capacidad de razonar y de voto e influyan socialmente. Este discurso lo explota únicamente en aquellos ámbitos feminizables y así lo expresaba “*santas mujeres que no siendo madres habéis prohijado al género Humano*” Es en este momento donde destaca y da importancia a la Enfermería.

Para Concepción Arenal, muy ligada al movimiento sanitarista británico (1850-1890), todas las mujeres enfermeras (aunque no fueran madres) eran también madres de la sociedad<sup>93</sup>. Con esta asunción, se destaca su obra “El visitador del pobre” (1860) donde describe la labor más característica y la importancia de la enfermera domiciliaria<sup>94</sup>. Durante este periodo analizó la realidad social, de penitenciaría y de beneficencia y denunció las carencias que existían en el personal de Enfermería. Sus observaciones concluyeron en que las enfermeras únicamente tenían conocimientos vocacionales y no teóricos de su labor, puesto que no podían acceder a la educación como los sanitarios masculinos<sup>95</sup>. Estas enfermeras solían ser esposas adineradas, sirvientas, criadas, religiosas...que tenían una gran labor moral en sus cuidados a la comunidad<sup>96</sup>. Por esta razón, la Enfermería estaba muy ligada al ámbito doméstico y lo asemejaba a su ideal de feminidad religioso<sup>97</sup>.

Sin embargo hasta 1880-1890, en el comienzo de su segunda fase y con la revisión de su obra “La mujer de su casa”, no va a plantear una acción directa de cambio y a desarrollar un programa Feminista. Es decir, llevar a la acción sus ideas referentes a la maternidad y al hogar fuera del ámbito doméstico. Sin embargo no construye conceptos de mujer que no recoja la sociedad<sup>98</sup>. Entre estas propuestas de acción se destacan las referentes a los cuidados de Enfermería. Para Arenal, además de la importancia que tiene el acceso a la educación específica, define cinco principios que debe tener toda

---

<sup>93</sup> *Ibíd.* Pp. 6

<sup>94</sup> Germán 2006, pp. 92

<sup>95</sup> Aresti 2009, pp. 7; Hernández, J. 1995. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, Interamericana McGraw-Hill, Madrid.

<sup>96</sup> García y col. 2007, pp. 145

<sup>97</sup> Hernández 1995; Germán 2006, pp. 74; Llonca 2002, pp. 92

<sup>98</sup> Aresti 2009, pp. 7



persona que se dedique a los cuidados, independientemente de si eran denominados practicantes, enfermeras o matronas: cuidado en la asistencia, conocimientos sobre la alimentación, honestidad, aseo y orden<sup>99</sup>. En definitiva, contribuye a construir socialmente un concepto de mujer fuerte y necesaria, y a su vez, a esencializar la femineidad diferente de la masculinidad (modelo de sexualización del mundo)<sup>100</sup>.

En esta misma época, la sociedad preindustrial da paso al capitalismo y a una reestructuración del trabajo femenino especialmente en el trabajo a domicilio, en el servicio doméstico y en derivados (sirvientas, costureras, planchadoras, sombrereras...), dejando fuera a las mujeres en las categorías profesionales socialmente más altas de cualificación<sup>101</sup>. Esta situación de desigualdad social es recogida por la segunda referente Feminista española. Ella es Emilia Pardo Bazán que tiene mayor influencia que Arenal a partir de 1870<sup>102</sup>.

Esta mujer elitista (Antiguo Régimen) intelectual de la burguesía liberal, rechazaba el concepto de mujer fuerte. La debían considerar como era, un Ser Humano, aunque tuvo muchas dificultades para no sentirse aludida por ser mujer. De tal manera que para reivindicar sus derechos sociales tuvo que luchar por los derechos de todas las mujeres de la época<sup>103</sup>. En este momento se define como Feminista, sin embargo no conecta con las sufragistas Inglesas, puesto que no quería un feminismo de igual al hombre<sup>104</sup>.

Bazán mantiene su lucha en relación a dos propuestas que llevó a cabo para impedir que las mujeres no accedieran a la educación. Una de ellas, es la necesidad de reconocimiento de la mujer con unos derechos naturales para sí misma, no dependientes y relativos a la entidad moral de la familia. Con lo que le daba los mismos derechos que al hombre. Y la segunda propuesta, es la denuncia de la segregación de las mujeres de los trabajos de clase media y la dificultad al libre acceso de la enseñanza oficial femenina. Con estas reivindicaciones sociales permitía que las mujeres ejercieran y desempeñaran los puestos a que le den opción sus estudios y títulos académicos<sup>105</sup>. Sin embargo, no es hasta 1910, cuando las mujeres consiguieron ser admitidas en las mismas condiciones que los hombres en la universidad<sup>106</sup> aunque con ciertas restricciones como en el ámbito de la política y la medicina<sup>107</sup>. Estas dos propuestas

---

<sup>99</sup> Siles 1996

<sup>100</sup> Aresti 2009, pp. 8

<sup>101</sup> Llona 2002, pp. 70

<sup>102</sup> Aresti 2009, pp. 8

<sup>103</sup> Aresti 2009, pp. 9

<sup>104</sup> Freire 2004

<sup>105</sup> Amorós, C. 2010. La lucha más pacífica. UNED; Llona 2002, pp. 69

<sup>106</sup> Flecha 1996; citado por Llona 2002, pp. 72

<sup>107</sup> Germán 2006, pp. 73

fueron de gran avance para la profesionalización de las enfermeras de clase media-alta, ya que “no se discutían los trabajos domésticos pocos remunerados”<sup>108</sup> como el “cuidado” y pudieron acceder a su formación. Sin embargo, es esta “domesticidad” del cuidado la mayor dificultad que encontraron las enfermeras para alcanzar el reconocimiento profesional, puesto que hasta 1915 no se instituyó el título de enfermera constituyendo la tercera clasificación dentro de la sanidad, junto con los practicantes y las matronas, que ya existían. Esta clasificación basada claramente en la división sexual del trabajo. Con estos avances se continúa en un periodo del reformismo social español (1883) que se encargaba de analizar la realidad social del país. Construyendo así, a lo largo de tres décadas claves del siglo XX, una serie de normas y leyes que institucionalizaran los derechos de las mujeres en la sanidad y profesionalizaran la Enfermería<sup>109</sup>.

### **3.3.1 Mujeres modernas (años veinte y treinta): Grandes cambios durante la República Española**

La primera Guerra Mundial y sus efectos en España, favoreció la inmersión de las capacidades femeninas en el mundo laboral para la supervivencia social. Las mujeres ganaron poder, reconocimiento y respeto en la sociedad mientras que los hombres entraban en estadios de ansiedad por el cambio inicial en las relaciones de género<sup>110</sup>.

Este ligero poder femenino estableció socialmente un cierto activismo al movimiento Feminista en los años veinte. El Feminismo de esta época (sobre todo de las corrientes anglosajonas) reivindica el sufragio femenino, la mejora de la educación, la capacidad profesional, la apertura de nuevos horizontes laborales, el reconocimiento a la equiparación de sexos en la familia como medio para evitar la inferioridad y subordinación de las mujeres y, por último, los aspectos de la doble moral<sup>111</sup>. Sin embargo en España, no es hasta la Segunda República (1931) cuando el respeto hacia las mujeres recobre realmente importancia y se renegocian en las bases sociales sobre las que sustentaban las relaciones entre hombres y mujeres<sup>112</sup>.

Esta realidad social permite la agrupación de mujeres por una misma reivindicación, a pesar de tener distintas ideologías, como fue su derecho al voto. La primera vez que las mujeres españolas ejercen este derecho fue en las elecciones de Noviembre de 1933. Este hecho fue gracias al apoyo del movimiento Republicano y no por los partidos conservadores, obreros progresistas y de izquierdas. Es importante aclarar que, los

---

<sup>108</sup> Serrano 1923: citado por Llona 2002, pp. 72

<sup>109</sup> Siles 1996

<sup>110</sup> ABG 2008. Los orígenes históricos del movimiento feminista. 2008. ABG. Disponible En [http://www.youtube.com/watch?v=uCTbgyx2Zc8&feature=Playlist&p=37FDA8C084D02077&playnext\\_from=PL&index=0&playnext=1](http://www.youtube.com/watch?v=uCTbgyx2Zc8&feature=Playlist&p=37FDA8C084D02077&playnext_from=PL&index=0&playnext=1); Aresti 2001, pp. 82

<sup>111</sup> *Ibíd.*

<sup>112</sup> Aresti 2001, pp. 87

partidos progresistas y de izquierdas se opusieron al voto femenino puesto que entendían que las mujeres estaban influidas por la iglesia y por el conservadurismo (influenciados por los ideales femeninos anteriores). Mientras que los partidos derechistas vetaban cualquier capacidad de la mujer en el ámbito público y político<sup>113</sup>.

Después de esta breve anotación, se puede decir que el primer logro e importante de la República para las mujeres fue el reconocerlas como sujetos políticos del momento. Un claro ejemplo fue Victoria Kent. Esta mujer fue la primera a la que se le reconoció un cargo político en la sociedad y, de ello, derivó su labor en la reforma de las prisiones y en la beneficencia. Se pueden dar otros ejemplos de mujeres referentes en este sentido, a pesar de pertenecer a ideologías diferentes, como Margarita Merkel y/o la Pasionaria<sup>114</sup>.

Continuando con los cambios y los logros importantes producidos en la Segunda República, se va a intentar desarrollar a continuación desde varios sectores como; el laboral, social, cultural y sanitario. De esta manera, se intenta reflejar parte de aquella realidad inmersa en la complejidad para el posterior análisis.

### **3.3.1.1 Logros producidos para las mujeres en el ámbito laboral**

En el ámbito **laboral** se consiguen los avances más importantes por las mujeres con la incorporación de un grupo de clase media importante en el sector terciario de los servicios. Se refiere a trabajos como el comercio, el transporte, la administración, la sanidad y la enseñanza entre otros... Esto también se reflejó por el acceso a la educación superior donde dejaron de ser excluidas totalmente<sup>115</sup>.

Otro avance importante para las mujeres fue la entrada definitiva en las organizaciones sindicales. Sobre todo para las mujeres de clase trabajadora que no gozaban de medios para acceder a la educación, por lo que su analfabetismo las llevaba a trabajar dentro del ámbito doméstico. Sin embargo, tuvieron oportunidad de formar parte del mundo laboral gracias a las secciones sindicales como: la UGT, la CNT, los Jurados Mixtos<sup>116</sup> y dentro de los sindicatos católicos dedicados especialmente al trabajo de los cuidados<sup>117</sup>.

Con esta entrada al ámbito laboral y público se consigue; por un lado, regular el salario de las mujeres y, por otro, establecer una posición más igualitaria con el hombre sobre todo en el ámbito familiar. Es decir, las mujeres pueden tomar decisiones con respecto a

---

<sup>113</sup> Aróstegui, J y Montes, 2009. Mujeres en la república. Historia Contemporánea UCM. Tesis. Cedecom S.L.canal Sur Andalucía. Disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=Wf4kISinMvg>

<sup>114</sup> Aróstegui 2009. Link

<sup>115</sup> Aresti 2001, pp. 95

<sup>116</sup> Siles 1996

<sup>117</sup> Montes 2009. Link

sus hijos y con respecto a la economía familiar<sup>118</sup>.

### **3.3.1.2 Logros producidos para las mujeres en el ámbito cultural y social**

En relación a los logros producidos en el ámbito de la cultura, es importante destacar el trabajo de mujeres como Carmen Camaño o María Moliner que a través de sus escuelas de Maestras se encargaron de culturizar y alfabetizar a la sociedad sin distinción del sexo. Este avance era muy importante porque se conseguía uno de los objetivos de la República que era el alfabetizar y culturizar a la población para poder establecer una transformación social<sup>119</sup>.

En este ámbito social, el Feminismo de la época pasa a ser una ideología despertando cierta tensión en los hombres al experimentar una interrelación de poder con las mujeres<sup>120</sup>. Lo que se podría denominar como un sentimiento de competencia.

En este momento la sociedad abotargada y confundida se debatía en saber que era un hombre y que era una mujer. Existía parte de la sociedad que definía al feminismo, por un lado, como mujeres que dejaban sus deberes tradicionales por la imitación de las acciones masculinas<sup>121</sup> y, por otro, defendían un feminismo en el que los atributos femeninos eran el centro de interés individual y social<sup>122</sup>. Mientras que otra parte de la sociedad, defendía que la masculinización femenina era debida a que los hombres dejaban sus formas más varoniles. En definitiva, el feminismo masculino, la homosexualidad, la moda andrógina (de mujer independiente) y el divorcio fueron componentes sociales que se utilizaban con cierta frecuencia<sup>123</sup>.

Estos hechos anteriormente citados, como la ley y el derecho al divorcio, beneficiaron a las mujeres y se llevaron a la práctica gracias a que la República era laica. Se intentaba que la iglesia quedara exclusivamente en el ámbito privado<sup>124</sup>.

En este mismo momento, se establecían dos modelos de mujer en la sociedad. Uno era la mujer “coqueta” y otro era la mujer moderna emancipada más masculina. Ambos modelos de mujer moderna que se alejaban del modelo tradicional de mujer madre del individuo, de la familia y de la sociedad<sup>125</sup>.

---

<sup>118</sup> Aróstegui 2009. Link

<sup>119</sup> Montes 2009. Link

<sup>120</sup> Aresti 2001, pp. 96

<sup>121</sup> Gómez Ocaña; citado por Aresti 2001, pp. 100

<sup>122</sup> Vital Alza; citado en Aresti 2001, pp. 92

<sup>123</sup> Aresti 2001, pp. 96

<sup>124</sup> Aróstegui 2009. Link

<sup>125</sup> Aresti 2001, pp. 102

Esta crisis de los modelos tradicionales llevó a los representantes de la medicina social moderna a reconstruir un nuevo ideal. Este ideario fundamentado en la ciencia médica biologicista que defendía la no inferioridad de las mujeres y que sus funciones eran diferentes a las del hombre por su condición natural femenina<sup>126</sup>. Estas ideas marcaron un punto de inflexión para la construcción de un nuevo ideario femenino y a la vez de un nuevo ideario de las propias enfermeras<sup>127</sup>.

### **3.3.1.3 Logros producidos para las mujeres en el ámbito sanitario. Especialidades de Enfermería (enfermeras visitadoras)**

Las secuelas de la Primera Guerra Mundial, la epidemia de la gripe del 1918 y el conflicto social de género, mencionado en el apartado anterior, provocaron que la medicina social tomara poder al terreno religioso y en el político *“El médico es superior al sacerdote, porque éste cura solamente las heridas del alma, mientras que aquél fortifica el cuerpo y el alma”*<sup>128</sup>. Los médicos sociales adquirieron tanto poder social que se encargaban de orientar y dirigir el avance del país *“La proclamación de la República multiplicó las expectativas de la clase médica y abrió de par en par las puertas para el desarrollo de la medicina social”*<sup>129</sup>.

Con respecto al conflicto de género del país, los médicos sociales achacaban al trabajo de las mujeres en el ámbito público, la desorganización social debido al abandono del hogar. Proponen como solución el cese laboral o la creación de una serie de leyes laborales favorables a las necesidades de las mujeres en sus deberes como madres<sup>130</sup>.

En relación a la entrada de las mujeres en el ámbito socio-sanitario, hasta los años treinta, el movimiento femenino de la Enfermería eran básicamente matronas. Estas mujeres avanzaron en sus reivindicaciones y fueron las primeras que accedieron a la Enfermería para conseguir sus derechos como profesionales formadas en su labor independiente a la medicina<sup>131</sup>. Con respecto a las enfermeras, debido a la clasificación sexuada de las profesiones de la salud, mantienen los valores sociales y vocacionales de épocas anteriores considerándolas como auxiliares-dependientes del médico (“etapa moral-técnica” del cuidado) y son las últimas que comienzan a formar parte el ámbito público. Evidentemente esto tuvo gran influencia para el posterior desarrollo de la Enfermería como disciplina<sup>132</sup>.

---

<sup>126</sup> Ibíd. 102

<sup>127</sup> Germán 2006, pp. 22

<sup>128</sup> Gimeno de Flaquer 1898; citado en Aresti 2001, pp. 78

<sup>129</sup> Aresti 2001, pp. 87

<sup>130</sup> Ibíd, pp. 89

<sup>131</sup> Cabré, M. y Ortiz, T. 2001. Sanadoras, Matronas y Médicas en Europa siglos XII-XX. Pp. 67. Barcelona. ed. Icaria.S.L. ;Pizurki et. al. 1988, pp. 68

<sup>132</sup> García y col. 2007, pp. 146; Ruiz de alegría 2003, pp. 3; Germán 2006, pp. 97; Pizurki et. al. 1988, pp.

Este reconocimiento oficial, socio-sanitario, de la Enfermería da paso a las primeras enfermeras formadas pero religiosas (Hijas de la Caridad)<sup>133</sup>, puesto que las mujeres solteras de clases trabajadoras no tenían otras oportunidades para prescindir de la dependencia del matrimonio *“El convento era, pues, capaz de ofrecer a las mujeres un marco para la realización personal, aunque siempre dentro de los márgenes de definición de género que estaban establecidos por la fe católica y que tenían en los carismas de servicio, amor y obediencia las pautas de actuación y perfectibilidad femenina”*<sup>134</sup>.

Alrededor de estos años veinte los títulos oficiales de matrona, practicante y enfermera los emitía un tribunal de la Facultad de Medicina regulándose por las Reales Órdenes que se establecieron a finales del siglo XIX. Este hecho hizo que cambiaran las personas que se dedicaban a los cuidados específicos y ya no sólo eran religiosas, sino también enfermeras laicas.

Este avance originó dos clases de enfermeras con las mismas funciones en la práctica. Por una parte, fueron las enfermeras Tituladas, por la Facultad de Medicina tras el paso de dos años académicos y una reválida, junto con las enfermeras que cursaban estudios en instituciones religiosas o patrióticas que también precisaban una reválida para homologar la titulación. Mientras que, por otra parte existían personas que debido a su experiencia práctica en centros sanitarios, obtenían la posesión del título oficial de enfermera. Una de las primeras escuelas de Enfermería y destacable en relación al tema que ocupa este trabajo es Santa Isabel de Hungría. Esta escuela con ideas modernas (modelo Nightingale) fundada por el Dr. Federico Rubio y Gali en Madrid (1895), fue el trampolín para que sus enfermeras formaran parte del movimiento reformista español hasta los años treinta en que desapareció<sup>135</sup>.

Debido al movimiento reformista español en estos años, se crean importantes instituciones en las que las enfermeras comienzan a aparecer definidas socialmente además de los practicantes y matronas. También, comienzan a crearse una serie de enfermeras especialistas<sup>136</sup>. Se describen a continuación algunas instituciones importantes para el reconocimiento de la Enfermería:

En 1903, el Instituto de reformas sociales.

En 1908, el Instituto Nacional de Previsión que se mantiene hasta la segunda república.

En 1923, la Escuela Nacional de Puericultura adscrita al Consejo Superior de Protección a la Infancia. Donde intervenían mayoritariamente las matronas.

---

64

<sup>133</sup> García y col. 2007, pp. 146

<sup>134</sup> Llona 2002. Pp. 68

<sup>135</sup> García y col. 2007, pp. 146-147

<sup>136</sup> Hernández 1995; Siles 1996

En 1924, en el primer año de la dictadura de Primo de Rivera se crea la Escuela Nacional de Sanidad. En esta escuela ante todo se forman a los médicos y tratan de constituir un cuerpo de enfermeras sanitarias junto con auxiliares ayudantes.

En 1931, el Consejo Superior Psiquiátrico y en el 1932, el Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica. Con estas dos instituciones aparecen el título de Practicante Psiquiátrico, Enfermero Psiquiátrico y Enfermera visitadora de Higiene Mental.

A pesar de estos logros en el reconocimiento de la Enfermería como una profesión titulada oficial, se seguía escondiendo una diferenciación sexual en el ámbito socio-sanitario con respecto a las distintas profesiones y los puestos de trabajo. Aparece una jerarquía basada en la segregación sexual donde el médico es el mayor representante y donde queda evidente la subordinación de la mujer como dispensadora de cuidados en una estructura sanitaria que comienza a generarse. La invisibilización del trabajo de las mujeres es por la propia epistemología en la Historia Social de la medicina<sup>137</sup> y, también, de la propia estructura sanitaria donde se comienza a centrar en la tarea del “curar” (Medicina) excluyendo la del “cuidar” (Enfermería)<sup>138</sup>. Socialmente, tanto es así que de las profesiones feminizadas, la Enfermería institucionalmente era la máxima representación como una función exclusiva de mujeres. No parece extraño si observamos que la relación entre médicos y enfermeras era totalmente inequívoca: La enfermera debía actuar como un ama de casa o la criada del hogar y, como consecuencia, la medicina (dominada por hombres) supervisa, valora y dirige continuamente la formación de Enfermería<sup>139</sup>.

En menor medida y quedando fuera de esta relación en la atención sanitaria, se encuentran las matronas y los practicantes de la época. Las matronas, a pesar de que tenían la misma función cuidadora que las enfermeras en la estructura socio-sanitaria tenían diferente relación con los médicos por dos motivos<sup>140</sup>; Uno, por ser las personas idóneas para atender los procesos de mujeres (partos) en las zonas rurales donde a los médicos no les interesaba demasiado y, el otro, por ser las primeras mujeres en agruparse como colectivo y movimiento femenino para reivindicar sus derechos<sup>141</sup>. Los practicantes tenían una relación más igualitaria, ya que eran del mismo sexo y además los relacionaban socialmente con los tratamientos y las curas. De hecho, socialmente se les confundían con los médicos por su imagen física y por la manera de intervenir<sup>142</sup>. Sin embargo, estos dos profesionales de igual manera que las enfermeras, entran en una

---

<sup>137</sup> Cabré, M. i Pairet col. 2000. De dos en dos: Las prácticas de creación y recreación de la vida y la convivencia humana. Nacer en relación. Horas y Horas. Pp. 27. ed. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

<sup>138</sup> Pacheco 2001, pp. 8

<sup>139</sup> Pizurki et.al. 1988, pp. 64

<sup>140</sup> Pacheco 2001, pp. 8

<sup>141</sup> Cabré y Ortiz 2001; García et al 2007, pp. 147

<sup>142</sup> Allúe 1996, pp. 10

jerarquía sanitaria donde la distribución del poder es desigual impregnándose los valores imperantes de otros niveles de la sociedad y viceversa<sup>143</sup>.

Dentro de este grupo científico-sanitario debemos destacar la labor fundamental de un equipo de mujeres que se consideraban necesarias en la sociedad puesto que “*su servicio no contradecían los dictados de la feminidad*”<sup>144</sup>. Estas mujeres eran, enfermeras, matronas, inspectoras de escuelas de Enfermería, médicas, maestras...que defendían los avances en la puericultura, la maternidad y la beneficencia. Áreas que solían estar más desatendidas por los médicos. Se destaca sobre todo el papel de la Enfermería y de especialidad en el ámbito social; las Enfermeras Visitadoras<sup>145</sup>.

### **Especialidad de Enfermería (Enfermeras Visitadoras)**

*“Durante la segunda República hubo preocupación social por las clases menos favorecidas e importante avance Feminista. Las mujeres españolas querían modificar su posición social y encontrar medios de demostrar su inteligencia, capacidad y valor como ciudadanas, entre la que era lógico el desarrollo de una actividad sanitaria, por ello la formación de las enfermeras comunitarias tuvo fuerte impulso...La inscripción en el registro civil de los nacimientos corrió de nuevo a cargo de las matronas, o en su ausencia los practicantes. Entre 1931-1933, Marcelino Pascual, Director General de Sanidad dio impulso a la Salud Pública y comentó la falta de enfermeras capacitadas”* (Germán, C. 2006. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género. Pp. 97. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza)

El 16 de Mayo de 1932, aparece por la Orden Ministerial el Título de Enfermera Visitadora de Higiene en Salud Pública<sup>146</sup>. Hasta el año 1935 los progresos institucionales y en relación a sus puestos específicos en el trabajo les otorgaron la calificación de especialistas. Fueron capaces de organizarse en la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias con el compromiso de crear escuelas especialistas y mejorar la calidad de la Sanidad Pública Española<sup>147</sup>.

Estas enfermeras, basaron sus intervenciones en valores descritos a finales del siglo XIX por la precursora y defensora del cuidado a domicilio. Esta mujer fue Concepción Arenal donde en su obra “El visitador del pobre” refleja dichas acciones de Enfermería. Ellas más que mujeres trabajadoras en la esfera pública eran consideradas como el centro de unión entre los médicos y las mujeres, los más necesitados y los niños<sup>148</sup>. Una profesión que se pensaba, en esta época, que era más de señoritas con vocación moral

<sup>143</sup> Pacheco 2001, pp. 8; Pizurki et.al. 1988, pp. 65

<sup>144</sup> Llona 2002, pp. 92

<sup>145</sup> Aresti 2001, pp. 75; Germán 2006, pp. 97

<sup>146</sup> Hernández 1995

<sup>147</sup> Germán 2006, pp. 98

<sup>148</sup> Ibíd



(sin desafiar la condición masculina) que de mujeres en general<sup>149</sup>.

Después de resaltar el papel de las enfermeras visitadoras, destacar también la organización política sanitaria. El médico es quien tiene el absoluto poder de decisión con respecto a las políticas de salud o cualquier protocolo de actuación. Con este poder de máxima autoridad se diferencian los ingresos según la diferente ocupación jerárquica y puesto de trabajo. De esta manera, el género se utiliza como criterio para el nivel ocupacional y laboral en que las enfermeras ocupan los niveles más bajos de la jerarquía teniendo menor remuneración salarial<sup>150</sup>.

Aunque en estos ámbitos políticos y económicos (sobre todo) la Enfermería esté totalmente doblegada a la Medicina, estos avances de la década de los treinta han sido enormes para años posteriores. Es decir, reconocer la cualificación específica a las personas encargadas del arte del Cuidar<sup>151</sup> (que realizaban técnicas médicas delegadas) daba a la Enfermería opción a ser *“la única carrera del sector servicios que, a diferencia de las oficinas y las dependencias, no supuso una competencia para la mano de obra masculina”* y, como consecuencia daba la posibilidad de conseguir la emancipación femenina, satisfacción profesional, prestigio y cierto poder social por considerarse una profesión de señoritas<sup>152</sup>. Este hecho, también, les otorgaba a que pudieran formar parte de las primeras organizaciones sindicales como *“el sindicato único de Productos Químicos”*, los *“Comités paritarios”* (1926) o los *“Jurados Mixtos”* (2ª República)<sup>153</sup>. Se construye así, una nueva condición de mujer de clase media trabajadora donde los demás eran su centro de interés<sup>154</sup>.

Estos avances socio-sanitarios en los que las enfermeras y las mujeres comenzaban a ser visibilizadas públicamente, junto a los cambios políticos y económicos en la sociedad Republicana se vieron truncados por la Guerra Civil del 1936. Con la entrada de esta dictadura se terminan todos los caminos de independencia para las mujeres en España por un periodo de cuarenta años<sup>155</sup>.

En este periodo dictatorial no sólo se deja el progreso sino que se retrocede a épocas muy anteriores del siglo XIX, en cuestión del espíritu libertador y en la cultura. Con respecto a la consideración de las mujeres quedan totalmente encerradas en el ámbito privado doméstico y sumisas para atender las necesidades del marido y de su familia. Sin embargo lo más impactante, es que fueron vetadas en la emancipación y en sus decisiones, por la imposición de una mayoría de edad de veintitrés años. Se terminó así

---

<sup>149</sup> Llona 2002, pp. 94

<sup>150</sup> Pizurki et.al. 1988, pp. 73

<sup>151</sup> Watson 1981, pp. 180

<sup>152</sup> Llona 2002, pp. 95-96

<sup>153</sup> Hernández 1995; Siles 1996

<sup>154</sup> Llona 2002, pp. 96

<sup>155</sup> Aróstegui 2009. Link; Germán 2006, pp. 75

con uno de los intentos de transformación social más importantes en España<sup>156</sup>.

### 3.4 De la Enfermería moral-técnica a la profesionalizada

Durante la República se desarrollan una serie de especialidades de la Enfermería de carácter laico, como se ha relatado en el apartado anterior. Además de las enfermeras visitadoras, se institucionalizó la Enfermería en la lucha antituberculosa y la Enfermería antivenérea. Sin embargo no hay que dejar de lado la clasificación inicial de la Enfermería basada en la división sexuada del trabajo. En ésta se encuentran los practicantes, las matronas y las enfermeras. Estas/os profesionales de la salud mantenían unos valores profesionales basados fundamentalmente en técnicas delegadas por los médicos y en sus principios sociales de la época y vocacionales<sup>157</sup>, como se ha explicado en el apartado anterior.

Con la finalización de la República y la entrada de la dictadura se unificaron todos los estudios especializados de la Enfermería y mediante el Decreto de 27-VI-1952 se recogen en la titulación de los Asistentes Técnicos Sanitarios (ATS)<sup>158</sup>. Dicha titulación mantenía una única clasificación en relación al género. De esta manera surgían los ATS de la sección femenina y los ATS de la sección de los practicantes además de las eternas Matronas<sup>159</sup>.

En relación a la diferenciación de género en las intervenciones de los ATS, hay que explicar que existe un retroceso en los valores de la profesión y comienzan en las escuelas a desarrollarse los valores de feminidad y masculinidad más conservadores heredados de sus predecesoras y predecesores. La enfermera es la auxiliar del médico relacionándose con él a través de la sumisión y la obediencia y, además, su trabajo es exclusivamente técnico centrado en las ciencias médicas<sup>160</sup>.

*“una idea de la Enfermería bueno pues típico el uniforme...la cosa bonita, teníamos que llevar el uniforme con la típica capa. Físicamente íbamos con una batita con el delantal, todas teníamos así un cinto, que las de Neguri me acuerdo que llevaban almidonado pero yo como vivía en Bilbo mi madre no me lo podía almidonar, luego como si fuese un velo, y también, las de Neguri lo llevaban...vamos iban impecables (se ríe) y bueno pues así” (VOO1/2 09:04)*

*“Entonces trabajabas mucho, sustituíamos a gente que estaba trabajando o sea que...al final me ahogué, muchísimo trabajo muy impersonal. Yo al menos me sentí mano de obra ¡vamos! Era muy mecánico cincuenta y cinco personas llevábamos con todo lo que conlleva lo que son los enfermos de neurocirugía y al final lo pasé mal. Hice una lumbalgia y tuve que estar en la cama. La relación con la medicina al comenzar a trabajar era uf! con mucha distancia” (VOO1/2 09:04)*

---

<sup>156</sup> Montes 2009. Link

<sup>157</sup> García et al 2007, pp.145

<sup>158</sup> Siles 1996

<sup>159</sup> Germán 2006, pp. 75

<sup>160</sup> García y col. 2007, pp.145; Ruiz de Alegría 2002, pp. 2

Esta situación queda reflejada en un ejemplo que expone García y col (2007), con respecto a las asignaturas que debían curar los ATS femeninos y los ATS masculinos. Era tan clara las diferencias que existían por razón de sexo, que las mujeres debían cursar la asignatura de Enseñanzas del Hogar mientras que los hombres estudiaban la de Autopsia Médico-Legal. Además de tener otra diferencia en la ubicación del entorno en el que realizaban sus estudios.

*“No tengo ni idea de o que estudiaban, no teníamos relación...Entonces es que no había ni facultad de medicina ni nada en Bilbao ¿eh. La gente iba a Valladolid posteriormente fue lo de Lejona” (VOO1/2 05:27)*

Esta situación de segregación sexual y sumisión femenina, se mantiene a lo largo de cuarenta años y es a partir de la Democracia cuando la Enfermería se incorpora al nivel Universitario en el año 1977 con la denominación de Enfermería para todas/os los profesionales sanitarios. Las Matronas entran en las dos especialidades del momento junto con la Enfermería de Salud Mental<sup>161</sup>. Este hecho, es un avance muy importante en la profesionalización de la Enfermería, por lo menos a nivel teórico, puesto que se unifican las asignaturas y desaparece institucionalmente la diferenciación profesional sanitaria por razón de sexo<sup>162</sup>.

*“Cuando empezó la reforma de la comunitaria, la relación con la medicina... ¡oh! cambió totalmente. Empezaron a venir los médicos de familia y era que cambió todo, era más de tú a tú. Metieron ya a gente formada en la universidad, que cogieron plaza y se empezó a mover el asunto. Sí, notabas que podías hacer y también quedarte sin hacer pero tenías un campo de iniciativas y aquí muchas cosas; querer organizar, protocolos, algún estudio...lo que quería” (VOO1/2 20:18)*

El potente movimiento feminista de finales de los años setenta fue uno de los responsables de éste avance en la Enfermería con la creación de una nueva consideración para la mujer. Se consiguió, de nuevo, la incorporación al mundo laboral y al acceso a todo tipo de enseñanza *“en 1961 se estableció legalmente el reconocimiento a la mujer de los mismos derechos que al varón para su incorporación a toda clase de actividades laborales, profesionales e incluso políticas”*. España se encuentra en un momento Histórico de apertura al mundo exterior, con los medios de comunicación a su alcance, y comienza a nutrirse de nuevas corrientes sociales y perspectivas profesionales extranjeras<sup>163</sup>.

En este momento al percibir nuevos horizontes, los grupos de Enfermería reivindicaban las competencias que habían sido integradas en las intervenciones médicas. El concepto de salud de las personas comienza a cambiar y se va aceptando la perspectiva de la “integralidad” en cuestión de la asistencia sanitaria. Con estas ideas, era necesario establecer una reforma en la formación de la Enfermería para que pudiera satisfacer este tipo de demanda que realizaba la población. Acción que fue planteada y llevada a cabo

---

<sup>161</sup>Pacheco 2001, pp.7; Siles 1996

<sup>162</sup> Germán 2006, pp. 75

<sup>163</sup> Montes 2009. Link

por la OMS, el Consejo de Europa y el propio Consejo Internacional de Enfermería<sup>164</sup>.

*“Enseguida las de primaria se metieron en el sistema porque se dieron otros recursos con la reforma. La mayoría no querían. Para mí, era lo que quería” (VOO1/2 27:24)*

A través de estos nuevos aspectos, la Comisión de Estudios de acuerdo con las nuevas perspectivas de pensamiento y de actuación de la Enfermería elabora un plan de estudio basado en distintos elementos de intervención y competencias Enfermeras<sup>165</sup>. A continuación se describe parte del documento que elaboró la Comisión y que generó el plan de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería (el 22 de octubre de 1977):

1. *“El primer elemento a considerar era la prestación de cuidados de Enfermería al individuo enfermo y sano, así como a la familia y a la comunidad y no sólo en el medio hospitalario, sino también en el ámbito extrahospitalario, teniendo en cuenta los aspectos de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación.*
2. *El segundo elemento era la participación en el equipo de salud, para poder desempeñar plenamente las funciones de Enfermería.*
3. *El tercer elemento a considerar fue el de contribuir a la formación de los distintos niveles del personal de Enfermería, así como a la del propio individuo, familia y comunidad en los aspectos relacionados con la educación sanitaria.*
4. *Por último, y con el fin de contribuir al desarrollo de la profesión, se planteaba la necesidad de participar en la investigación en el área de Enfermería” (Santo Tomás M. 1995. Desde los años cincuenta, nuevos planteamientos en Enfermería Fundamental. Cáp 7:105. Mansson )*

Este plan de estudios fundamenta al plan actual, y a pesar de llevar un largo periodo en funcionamiento académico e institucional teórico, a veces cuesta observarlo en la práctica diaria asistencial. Este hecho puede ser debido a dos motivos; por un lado, por *“la actitud de algunas/os sanitarias/os que están convencidos de que los conocimientos que la población necesita para mantener o recuperar su salud los poseen sólo ellos, originándoles seguridad y refuerzo en su estatus como clase social dominante”<sup>166</sup>*. Y por otro lado, porque algunas/os profesionales de la Enfermería continúan en sumisión con respecto a otras disciplinas sanitarias y no creen todavía en su profesión como autónoma<sup>167</sup>.

---

<sup>164</sup> García y col 2007, pp. 146

<sup>165</sup> Santo Tomás M. 1995. Desde los años cincuenta, nuevos planteamientos en Enfermería Fundamental. Cáp 7. Pp. 105. Mansson

<sup>166</sup> Marín 1996: citado en Fernández y col 1995

<sup>167</sup> Fredison 1998: citado en Carrascal 2007, pp 2

*“El futuro de la Enfermería actualmente no sé, yo lo que veo es que las personas que salen de la Escuela no salen...yo pensaba que saldrían con otra forma de hacer...innovar. Creo que no salen a innovar. Tenemos un montón de jóvenes y esto lo hacen aquí y ya está. No sé a que se debe porque, vamos, en la Escuela tenéis un montón de información. Hay gente que no ¡eh! pero la mayoría. Bueno, también, es una vía de trabajo y nada de cuestionar la profesión. Inmersión en el sistema” (VOO1/2 52:24)*

#### **4. OBJETIVOS**

Una vez revisado y profundizado sobre el tema a investigar, hemos tomado conciencia de los vacíos que sobre el objeto de estudio se detectan. En este sentido, esta investigación a la luz del marco teórico se propone como objetivos necesarios los siguientes:

1. Descubrir las situaciones que impulsan a las enfermeras actualmente a intervenir en la práctica, en mayor medida, desde la dependencia profesional.
2. Identificar el significado y expectativas que tienen con respecto a la Enfermería y en la relación con la medicina.
3. Conocer que otras alternativas se plantean en la práctica para ejercer la autonomía disciplinar después de valorar las ventajas e inconvenientes que encuentran en la relación directa con la profesión médica.

#### **5. METODOLOGÍA**

La metodología que adopta este estudio de investigación es cualitativa en coherencia con la mirada enfermera cercana al Holismo-Humanismo<sup>168</sup>, con el pensamiento personal y con la finalidad del estudio. Este estudio cualitativo va a incorporar un enfoque socio-crítico feminista<sup>169</sup>, para lo cual se ha tenido en cuenta no solo las voces de las enfermeras que participan en la investigación sino aquellos elementos sociales, económicos, culturales y los valores que están presentes e influyen en el proceso de la relación de la Enfermería con la Medicina para el avance disciplinar autónomo y en la totalidad de las instituciones<sup>170</sup>.

Por lo tanto los principios de actuación que van a caracterizar y guiar el proceso investigador, en coherencia con la metodología cualitativa y el enfoque socio-crítico feminista adoptado van a ser los siguientes:

---

<sup>168</sup> Taylor y Bogdam 1986:20; citado en Pérez, G. 1994. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Métodos. 47-50. ed. La Muralla. Madrid.

<sup>169</sup> Sandín, M<sup>a</sup> P. 2003. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EDUCACIÓN: Tradiciones en la investigación cualitativa. Cáp 7. 158-174. Mc Graw-Hill Interamericana.

<sup>170</sup> Leninger 1992; citado en Souzas 2002, pp. 68; Sandin 2003, pp. 161

1. Conseguir que en el diseño se proyecte la realidad múltiple, subjetiva y divergente del fenómeno para comprenderlo y explicarlo<sup>171</sup>.
2. Desarrollar el estudio desde la horizontalidad y la intersubjetividad, desde una clave reflexiva y autoreflexiva. Además es necesario para el rol del investigador/a desarrollar el diálogo como herramienta facilitadora para la construcción del conocimiento entre todos (actores/actrices e investigador/a)<sup>172</sup>.
3. Generar un proceso de construcción de conocimientos de manera dinámica, flexible, recurrente y emergente<sup>173</sup>.
4. Actuar según los principios éticos respetando la confidencialidad, el conocimiento del resultado del estudio, el respeto, la no maleficencia, la justicia, la autonomía y la beneficencia<sup>174</sup>.
5. Intervenir desde una mirada Holista y establecer una relación de confianza (sin prejuicios) desde el respeto, escucha activa y empatía con sus sentimientos, pensamientos y expresiones de los actores/actrices<sup>175</sup>.
6. Partir del conocimiento experiencial de los actores/actrices como fuente de riqueza. De esta manera construir la realidad a través del consenso de todas las interpretaciones e interacciones sociales<sup>176</sup>.

## 6. MÉTODO

### 6.1 Descripción y justificación del método

Los métodos que se han utilizado son: el método etnográfico, el método fenomenológico, el histórico y el estudio de caso.

El método etnográfico según Vallés (1998) y otros autores<sup>177</sup>, consiste en observar el fenómeno de estudio de modo directo, entero y en su complejidad, sin artificios ni simplificaciones y en el momento en que acontecen. De manera que el investigador/a forma parte integrante del fenómeno a estudio para aproximarse a la “realidad social” y contribuir al cambio. Aspecto que es coherente con la etnografía crítica de donde emerge la ciencia Feminista<sup>178</sup>. Este método permite recoger y seleccionar la información acerca de la biografía y las experiencias, que pueden referirse a personas,

---

<sup>171</sup>Pla, M. 2007. Apuntes del postgrado en Investigación Cualitativa en Enfermería- EUE Vitoria-Gasteiz. Inédito; Sandin 2003, pp. 158

<sup>172</sup>Souza 2002; Pla 2007; Vygotsky 1995, citado en Crea. Grupo de Investigación Interuniversitario. 2005. Primer informe oficial de la Investigación sobre teorías y sociedades dialógicas: El giro dialógico de la sociedad del conocimiento. Documento policopiado.

<sup>173</sup>Pérez 1994, pp. 47

<sup>174</sup>Ibíd. 47

<sup>175</sup>Ibíd.

<sup>176</sup>Pla 2007; Vygotsky 1995

<sup>177</sup>Kawulich 2005; citado en Carrascal, 2008: Tesina programa Licenciatura European Nursing Initiative. Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. La observación participante como método de recolección de datos. <http://www.qualitative-research.net/fqs>

<sup>178</sup>Sandin 2003, pp. 161

instituciones, sociedades y además poder contrastar de un modo profundo el fenómeno que nos ocupa<sup>179</sup>. Utilizamos este método en lo que hemos denominado la primera fase del estudio, en la que exploramos el objeto de estudio. Hemos realizado esta acción porque consideramos que para poder seleccionar, interpretar y comprender el punto de vista de las enfermeras expertas participantes, es necesario familiarizarse con su mundo y que mejor que utilizar nuestra experiencia profesional como enfermeras<sup>180</sup>. De esta manera, este estudio nos permite acercarnos de una forma más profunda al proceso de la relación de la Enfermería con la Medicina para el avance disciplinar autónomo en el Servicio Vasco Socio-sanitario.

El segundo método que utilizamos es el fenomenológico. Este método nos permite entender mejor el contexto social, cultural, político o histórico en que estas experiencias ocurren. Además y de acuerdo con Husserl y Heidegger<sup>181</sup> nos permite también considerar los fenómenos subjetivos desde el punto de vista de que la realidad sólo se comprende a partir de las experiencias que viven estas enfermeras. Por lo tanto, el propósito de este método es describir las experiencias profesionales vividas con respecto a la relación con los profesionales de Medicina y las percepciones que se tienen de ellas mismas.

El tercer método que utilizamos, y en coherencia con los anteriores, es el histórico. Este método nos permite ahondar en la comprensión de las teorías, prácticas o temas actuales en ciencias de la salud mediante la investigación de un segmento específico del pasado con el fin de responder interrogantes acerca de las causas, efectos o tendencias que permitan esclarecer comportamientos o hábitos del presente. Es frecuente este método en investigación de ciencias de la salud para observar fenómenos, que nos interesan, como el de Stuart (1920). Este autor analizó la forma en que el género llegó a ser una variable importante para la articulación de las jerarquías de poder entre las enfermeras en el decenio de los años veinte en Ontario<sup>182</sup>.

El último y cuarto método es el estudio de caso. Éste método lo utilizamos; por un lado, como una estrategia para identificar los posibles casos a estudiar (fase exploratoria), aspecto que se tratará en el apartado de estrategia de generación de datos. Y, por otro lado, es utilizado para un estudio profundo de esta serie reducida de casos que son fundamentales para el investigador/a, para que a través de los datos pueda plantear hipótesis evaluables en investigaciones futuras<sup>183</sup>.

---

<sup>179</sup> Denzin 1970:216; Jorgensen 1989:14, citados en Vallés 1998. Cáp 5

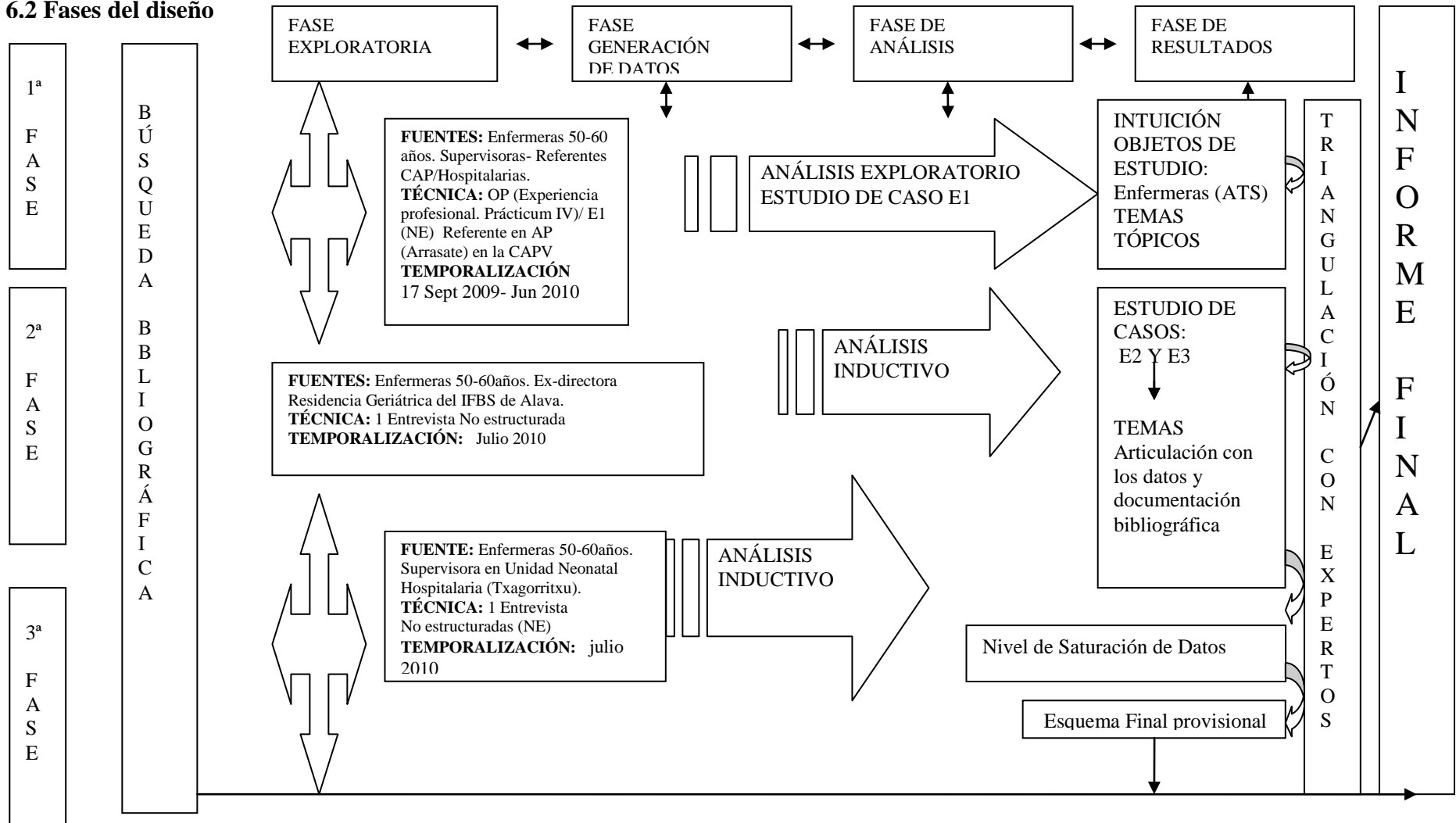
<sup>180</sup> Polit & Hungler, 2000. Investigación Científica en Ciencias de la Salud: Principios y Métodos. 6ª ed. McGraw-Hill Interamericana. Healthcare group., cáp 15

<sup>181</sup> citados en Souzas 2002, pp. 68

<sup>182</sup> Polit & Hungler 2000, pp. 239-240

<sup>183</sup> Ibíd, pp. 240

### 6.2 Fases del diseño





### 6.3 Descripción del contexto en el que se desarrolla el estudio

Es preciso saber que el contexto influye en las acciones del Ser Humano y como tal debe de ser tenido en cuenta en la investigación. Cuando hablamos de contexto nos referimos al conjunto de condiciones naturales, sociales, históricas y culturales en las que se sitúa el proceso de estudio<sup>184</sup>. Desde el interés socio-crítico feminista<sup>185</sup> y holístico<sup>186</sup>, hay que tener en cuenta que el contexto adquiere una especial relevancia porque la realidad de un fenómeno se construye en interacción.

El contexto en el que se ha desarrollado este estudio, ha sido en tres áreas de actuación diferentes de Enfermería; un servicio de Atención Primaria, una unidad Hospitalaria y una unidad en el ámbito de la Geriátrica.

En un principio, este estudio se desarrolla en la consulta de Enfermería de uno de los equipos del centro de Atención Primaria de Arrasate. En este centro se conforman varios equipos que pertenecen o bien al turno de mañana o bien al turno de tarde. Cada equipo, está constituido por un médico y una enfermera con un número de personas en su cupo a las que tienen que dirigir su asistencia. El equipo en el que hemos permanecido para realizar este estudio se constituye por una médica y una enfermera con un cupo de personas cercano a las 2.000.

En segundo lugar, este estudio se ha desarrollado, en una unidad Geriátrica. Esta unidad denominada zona asistencial de personas mayores corresponde a una de las Residencias Geriátricas que pertenecen a la red socio-sanitaria de Álava. Esta unidad se divide en cuatro zonas de las que son responsables una enfermera por cada una, una supervisora de Enfermería y un médico geriatra en presencia física para toda la unidad. Estos equipos y el ratio de Enfermería- cliente es el mismo en turno de mañana y de tarde salvo a la noche que permanece una enfermera para todas las unidades de la Residencia y un médico geriatra de guardia localizada en su domicilio.

En tercer lugar, centramos nuestro interés en una unidad Hospitalaria de neonatología del Hospital de Txagorritxu de Vitoria-Gasteiz. Se obtiene el contacto, esta vez, a través de una experiencia personal. En esta unidad el equipo de Enfermería es de 4-5 enfermeras más una a dos auxiliares de Enfermería en cada turno de mañana, tarde y noche. Además se encuentra una enfermera experta en la unidad que su función es de supervisora en turno fijo de mañana. Existen varios especialistas médicos/as que forman parte del equipo sanitario de la unidad; cardiólogos, endocrinos/as, uróloga, todos ellos pediátricos, pediatras generalistas y una serie de médicos/as residentes.

En esta primera fase, se recogen datos observados para la investigación y se reclutan a las informantes clave que son enfermeras referentes/supervisoras y ex -directoras de dichas unidades.

Además se toma conciencia de las limitaciones del contexto del área quirúrgica para reclutar informantes clave. Nos parece que es importante recoger datos en este contexto

---

<sup>184</sup> Rodríguez, G. et al. 1995. Análisis de datos cualitativos asistidos por ordenador. cap 1. Barcelona: PPU

<sup>185</sup> Pla 2007; Sandin 2003, pp. 161; Vygotsky 1995

<sup>186</sup> Pérez 1994, pp. 47

ya que las zonas quirúrgicas, dadas su especialidad, es en donde la Enfermería establece una relación más directa con la Medicina, además de ejercer, en mayor medida, la labor más técnica y delegada de su profesión. Estas limitaciones son; por un lado, el insuficiente tiempo de duración para este tipo de estudio y por el otro, lo aleatorio y dificultoso que es el proceso (permanecer observando en una unidad quirúrgica). Por lo tanto, aunque dejamos claro la importancia de esta unidad, se reclutan las informantes clave a través de nuestro continuo contacto dentro de las áreas de acción de la Enfermería que anteriormente hemos citado.

#### **6.4 Descripción de la población y selección de informantes**

La población a la que se ha realizado este estudio, son enfermeras entre aproximadamente cincuenta- sesenta años de edad que pertenecen a tres equipos sanitarios dentro de la red socio-sanitaria de Euskadi.

Para la selección de las participantes de dichos centros ha sido necesaria la ayuda de la experiencia práctica como enfermera nóbel, de las primeras habilidades en relaciones interpersonales<sup>187</sup> y de la información recogida en varias fuentes escritas dentro de la historiografía de la Enfermería<sup>188</sup>. Es importante para esta investigación el periodo histórico que abarca desde los años de la República Española hasta los años en que la Enfermería se reconoció como una titulación universitaria. Consideramos que en este periodo se pueden apreciar al menos tres cambios estructurales en el sistema socio-sanitario que afectan activamente a la profesionalización de la Enfermería y a los logros que puedan originarse en el futuro. Cambios que reflejan que las enfermeras perdieron el avance autónomo disciplinar que mantenían en la República, durante la época que surgieron las Ayudantes Técnicos Sanitarios de la sección femenina (ATS). Continuando así hasta la actualidad, un aumento en relación a la segregación sexuada del trabajo de las profesiones sanitarias y con ello a la diferenciación salarial entre la propia Enfermería (enfermeras-practicantes) y la Medicina. También, el cambio del reconocimiento de la Enfermería a una formación universitaria, fue un gran avance para la profesión, sin embargo ciertos autores coinciden que el giro académico no ha asegurado el cambio profesional en la práctica y, por lo tanto, continúan todavía hoy consideraciones sexistas que se pueden apreciar en las relaciones entre los profesionales sanitarios<sup>189</sup>.

Teniendo en cuenta estos datos y después de realizar el análisis exploratorio, al final de la primera fase de la investigación, pensamos que para aproximarnos a esta realidad nos son importantes las personas innovadoras que han estado en contacto directo con estos cambios socio-sanitarios y que actualmente estén en el mundo laboral con cierto poder de decisión.

Este perfil lo encontramos en las ATS. Estas enfermeras mantienen valores profesionales derivados de las enfermeras republicanas, asumen valores propios de su titulación como Ayudantes Técnicos Sanitarios y cambian de nuevo sus valores al convalidar su titulación a nivel universitario. Además en todos esos cambios, podemos

---

<sup>187</sup> Polit & Hungler 2000, pp. 351

<sup>188</sup> García et al 2007, pp. 15; Germán 2006, pp. 21; Hernández 1995; Siles 1996

<sup>189</sup> Blázquez 2005, pp. 5

acercarnos al proceso de la relación entre la Enfermería y la Medicina y, así, entender si el tipo de relación es determinante para que la Enfermería alcance en la práctica su campo autónomo profesional reconocido.

De acuerdo con nuestra experiencia, habilidad y revisión de esta sección del pasado, se describen los criterios de inclusión y exclusión para la selección de las participantes a través de un muestreo teórico y del análisis exploratorio de un estudio de caso (E1).

Los criterios de inclusión son:

1. Mujeres entre cincuenta y sesenta años de edad, enfermeras referentes/supervisoras/ directoras con formación de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) y de nivel socio-económico y cultural medio. El estudio se centra en este intervalo de edad, puesto que suelen estar en actividad laboral, mantienen un mayor grado de experiencia dentro de la Enfermería y son las profesionales que han experimentado tanto el cambio socio-sanitario en su práctica asistencial como el cambio histórico de la época en todas sus dimensiones<sup>190</sup>. Además son uno de los perfiles de personas que pueden ejercer cierta influencia en el equipo al que pertenecen de la Enfermería.
2. Mujeres enfermeras referentes/supervisoras/ex –directoras que se hayan formado en las primeras promociones de la Enfermería Universitaria. Este perfil, además de ser, también adecuado para acercarnos a entender el cambio socio-sanitario de entonces, es interesante para aproximarnos; por un lado, aún más a la realidad de la articulación teoría –práctica en cuestión del desarrollo de la Enfermería como profesión independiente y por otro, a visualizar desde una perspectiva de género que relación existe con la Medicina para poder aproximarnos a la realidad actual<sup>191</sup>.

De estos criterios, nos han surgido tres mujeres con un determinado perfil adecuado para la investigación y que vamos a explicar. Este perfil general, describe a tres mujeres enfermeras entre estos rangos de edad que pertenecen a los cargos de enfermera; referente de una unidad de Atención de Primaria, a supervisora de una unidad Hospitalaria y a ex -directora de una residencia geriátrica, que debido a sus cargos profesionales mantienen mayor relación con los profesionales del equipo multidisciplinar y con los cargos directivos de los centros a los que pertenecen.

Han tenido, como mínimo, un tipo de formación continuada que les ha sido punto de inflexión en su perspectiva y praxis enfermera. Todas las participantes mantienen una estructura familiar estable, con descendientes y con buena relación.

Son mujeres trabajadoras, dentro y fuera del hogar, y además gestionan su tiempo libre con múltiples actividades.

Los criterios de exclusión son:

1. Varones enfermeros referentes/supervisores/directores, ya que, la limitación del tiempo para el estudio no hace posible la captación de estos informantes, pues, son un número muy inferior en puestos de referentes/supervisores/directores con respecto a las enfermeras. Los excluimos también, porque se les ha considerado

---

<sup>190</sup> Germán 2006, pp. 75-76

<sup>191</sup> *Ibíd*

más cercanos a la Medicina y no han sufrido tanta segregación sexuada del trabajo<sup>192</sup>.

2. Profesionales de la Medicina por la limitación del tiempo para realizar dicho estudio. Por ser la profesión sanitaria que se ha encontrado a lo largo de la historia en el vértice de la jerarquía estructural. Y además, porque no han sido un colectivo sanitario que hayan variado tantas veces sus valores profesionales y personales en una sección del pasado casi presente<sup>193</sup>.

### **6.5 Estrategias de acceso al campo y a los informantes**

Al comenzar el estudio se accedió al campo y a las participantes, como se ha comentado anteriormente, a través de la experiencia profesional dentro de la Enfermería y personal. La observación informal que se practicó durante las prácticas del pregrado en el centro de Atención Primaria de Arrasate y la posterior experiencia profesional en las otras dos unidades facilita el acceso al campo y al conocimiento de las participantes. El desarrollo del trabajo es expuesto a dichas enfermeras, de manera que han permitido aproximarnos desde una perspectiva de género al fenómeno a estudio.

Después de identificar a las enfermeras que cumplen los criterios de inclusión y el perfil identificado, se les explica verbalmente sobre la finalidad del estudio y acerca del proceso de devolución de los resultados. También, se les pide permiso de forma oral y escrita a través del consentimiento informado. En el caso de las primeras observaciones realizadas, se obtiene el consentimiento informado a través del mayor responsable del contexto en el que se recogen los primeros datos observados.

### **6.6 Estrategias de generación de datos**

La generación de datos de este estudio se deriva de varias semanas de Observación Participante (OP) informal o lo que denominan Polit & Hungler (2000) "*métodos observacionales no estructurados*" y del estudio de casos a través de tres entrevistas no estructuradas/semi-estructuradas.

Las fases del diseño de este estudio son tres. La primera fase es la que denominamos "exploratoria" y las segunda y tercera dirigidas, también, a la generación de datos, análisis e interpretación de los resultados. Lo que diferencia la primera fase del resto es la finalidad en que se utiliza la Observación Participante informal y el estudio de un caso (E1) como estrategia de generación de los datos. Como dice Stake (1994: 236-237)<sup>194</sup> "*el estudio de casos es tanto el proceso de indagación acerca del caso como el producto de nuestra indagación*"

Con estas palabras de Stake, en esta primera fase "exploratoria", como su nombre indica, nos situamos en el conocimiento de las participantes clave como objetos/sujetos a investigar, del contexto y del objeto inicial de estudio<sup>195</sup>. Para llevarlo a cabo, se eligen las estrategias para la captación de las participantes clave y la recogida de datos,

---

<sup>192</sup> García et al. 2007, pp. 146

<sup>193</sup> Pizurki et al. 1988, pp. 65-67

<sup>194</sup> Citado en Sandín 2003, pp. 174

<sup>195</sup> Polit & Hungler 2000, pp. 355

de manera coherente con la metodología, el método y objetivos planteados, como son la Observación Participante informal, la entrevista no estructurada y el estudio de los casos.

La Observación Participante (OP) según Vallés (1998) es un modo de investigación cualitativa, practicada por la antropología y sociología, que observa y participa en circunstancias de investigación social. Esta incluye más que una simple observación, tiene en cuenta conversaciones naturales, entrevistas de varias clases, cuestionarios y métodos que no sean molestos<sup>196</sup>. En un principio para este estudio se ha utilizado esta técnica, en un periodo de varias semanas de duración, para conocer a participantes candidatas para el estudio y empatizar con ellas<sup>197</sup>.

En relación a la organización y redacción de los datos de estas observaciones del estudio, se han seguido una de las cuatro clases de notas que diferencia Spradley (1980), como son las “notas del diario de campo”<sup>198</sup>. Estas notas son recogidas a posteriori de cada observación, lo más precisa, detallada y completa posible en relación a la finalidad del estudio.

Además en este inicial y pequeño diario de campo, se escribe la reflexión del investigador sobre su propio rol, de acuerdo con los principios planteados y las estrategias del diseño para cubrir los criterios de calidad de la investigación. Estos datos quedan registrados en el practicum IV del pregrado de Licenciatura Europea de Enfermería 2008.

Después de cada observación se ha revisado y contrastado con expertas y con bibliografía que recoge, por un lado, la Historiografía de la Enfermería Española profesionalizada desde un análisis de género<sup>199</sup> y por otro, estudios cualitativos y cuantitativos que tratan en profundidad la relación de la Enfermería con la Medicina a lo largo de la Historia desde la misma perspectiva<sup>200</sup>.

Para profundizar aún más en esta primera fase “exploratoria”, es cuando utilizamos la segunda estrategia elegida para este estudio. En este momento se trata de una entrevista no estructurada a las participantes que hemos conocido en los contextos descritos anteriormente. Estas entrevistas consisten en que el investigador/a formule algunas preguntas o temas generales a las /os informantes para que contesten con un relato de manera semejante a una conversación en un entorno natural<sup>201</sup>.

Utilizamos esta estrategia porque según Olabuenaga (1999) comprende un desarrollo de interacción, creador y captador de significados, en el que influyen decisivamente las

---

<sup>196</sup> Kawulich 2005:citado en Carrascal 2008

<sup>197</sup> Polit & Hungler 2000, pp. 354; Souzas 2002

<sup>198</sup> Polit & Hungler 2000, ver cuadro 15-1 ejemplos de notas de campo. pp. 353

<sup>199</sup> García et al 2007, pp. 15; Germán 2006, pp. 21; Ortiz, T 2002. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En Ramos, E. 2002. Actas del Congreso Nacional de la Salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud. Mayo. 9-10. Madrid. Instituto de la Mujer. 30-41; Siles 1996

<sup>200</sup> Pizurki et al 1988, pp. 63

<sup>201</sup> Polit & Hungler 2000, cáp 14. Pp. 316

características personales (biológicas, culturales, sociales, conductuales) de las participantes y de nosotros/as como investigadores/as. Dejando claro que *“el objetivo de estas entrevistas es poner en claro cómo percibe el mundo el individuo sin imponer la opinión del investigador/a.”*<sup>202</sup>. Por lo tanto, esta estrategia es también coherente con la metodología, método y objetivos planteados. Además, continuando con esta misma coherencia utilizamos el estudio de un caso con la finalidad anteriormente citada y no únicamente como un método de investigación<sup>203</sup>. De este caso se *“espera el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes”*<sup>204</sup>.

En este momento, nos planteamos la triangulación de los datos con personas expertas para recurrir de nuevo a localizar a las participantes objeto de estudio para la investigación con una serie de tópicos o temas concretos a tratar. Es entonces cuando comienza la segunda fase.

En esta segunda fase, la generación de datos es fundamentalmente a través de una entrevista no estructurada a la segunda participante seleccionada en la primera fase.

Después de realizar el análisis y la triangulación de los resultados con expertos, se elabora un esquema provisional con las categorías que van emergiendo según los datos extraídos y los documentos bibliográficos y volvemos al campo. Este regreso no se produce en el mismo contexto sino que cambia debido a la necesidad de participantes clave. El tiempo del que se dispone para realizar la investigación nos conduce a captar participantes clave a través de personas comunes (enfermeras).

Con las limitaciones anteriores y con un esquema de categorías provisional, nos adentramos en la tercera y última fase. En esta fase utilizamos únicamente una entrevista no estructurada para la generación de datos y cambiamos de nuevo de contexto.

De manera inmediata, revisamos y contrastamos la información con otros expertos y documentación que nos ayudan a revisar y confeccionar el esquema categorial final, en el momento en que hemos llegado a la conclusión que existe una repetición de los datos.

## **6.7 Abandono del campo**

En el momento de análisis de los resultados en la tercera y última fase de la investigación, llegamos a la conclusión de la saturación de los datos y por lo tanto del abandono del campo. Esta conclusión es determinada por nuestra triangulación como anteriormente se explica y con las propias enfermeras del estudio.

En este momento nos preparamos para desarrollar el proceso de análisis de los resultados obtenidos.

## **6.8 Estrategias para el proceso del análisis de los datos**

Con respecto al proceso de estructuración de los datos, en este estudio se lleva a cabo un análisis de contenido categorial en coherencia con la perspectiva desde la que parte este

---

<sup>202</sup> Polit & Hungler 2000, pp. 316

<sup>203</sup> Sandin 2003, pp. 175

<sup>204</sup> Stake 1998: 11-15

estudio y su finalidad. Tal y como menciona Rodríguez et al. (1996:24) el análisis es una actividad o proceso que implica un conjunto de manipulaciones, transformaciones, reflexiones y comprobaciones realizadas a partir de los datos, con el fin de extraer significado relevante para un problema de investigación. Este proceso interactivo, se inicia en el momento de las primeras Observaciones informales (fase exploratoria) y en el primer estudio de caso en el que se han comenzado a generar datos, permitiéndonos focalizar y reorientar las observaciones y reencauzar las estrategias a emplear en las siguientes indagaciones<sup>205</sup>. La principal tarea del esquema categorial como método es organizar la información cualitativa para acceder a los distintos datos sin tener que leerlos una y otra vez en su totalidad<sup>206</sup>.

A través de este proceso interactivo y recurrente a lo largo de las tres fases de la investigación, hemos pretendido que de los datos obtenidos vayan emergiendo las categorías de significado, las cuales no han sido definidas de antemano, sino que han surgido de la observación, de los datos extraídos de las entrevistas y de la revisión de la documentación recabada de expertos<sup>207</sup>.

Sánchez (2002)<sup>208</sup> expone que éste proceso recurrente pasa por tener cuatro subprocesos esenciales, que en menor o mayor nivel se han seguido de manera sistemática:

1. Proceso descriptivo.
2. Proceso emergente de construcción y definición de categorías o unidades de análisis. La categorización se realiza teniendo presente el objetivo del estudio y el contexto en el que se lleva a cabo.
3. Proceso de comparación, contrastación y ordenación de las categorías significativamente, generando un documento final.
4. Proceso de interpretación, en el que tiene lugar un diálogo crítico entre la teoría y los datos contrastados.

Ha sido necesario para el contraste e interpretación de los datos y muy valorado, la colaboración de otras personas expertas en el tema y perspectiva. Este hecho, como dice Muccaielli (2001) nos ha permitido tener una mayor aproximación de la realidad.

## **7. DISCUSIÓN Y RESULTADOS**

### **Una mirada al pasado desde el presente para el futuro de la disciplina de Enfermería**

En este momento, intentamos descubrir y responder algunas preguntas que ésta investigación se ha ido planteando en su desarrollo. Para llevarlo a cabo se va articular un discurso con la ayuda de la documentación histórica recavada a la luz de los datos recogidos en el análisis del estudio de casos.

---

<sup>205</sup> Vallés 1998

<sup>206</sup> Polit & Hungler 2000. cáp 22. Pp. 550

<sup>207</sup> Blázquez 2005; García et al 2007; German 2006; Hernández 1996; Ortiz 2002; Pizurki et al 1998; Siles 1994

<sup>208</sup> citado en San Martín 2005, pp. 15

La autora Germán (2006) en su tesis, hace toda una descripción a lo largo de la Historia del camino tortuoso que ha llevado la Enfermería como una disciplina autónoma. Un camino difícil sobre todo después de la República, con la entrada de la dictadura franquista (1936). En esta época dictatorial, hubo un retroceso en los logros conseguidos hasta el momento para las mujeres. Estos logros se tratan de los avances importantísimos que ocurrieron en la Segunda República, como se ha tratado en el primer apartado. Con estos avances, profesiones como la Enfermería se visualizaron en el ámbito público y proyectaron en la sociedad el reconocimiento de la labor de las mujeres<sup>209</sup>. Sin embargo, no es hasta después de la dictadura, con el fuerte movimiento Feminista de los años setenta, cuando las mujeres vuelven a reivindicar los derechos que una vez tuvieron y que se les habían vetado<sup>210</sup>.

El Feminismo en esta etapa, intentaba terminar con las Escuelas Universitarias Femeninas y Masculinas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) que se habían creado durante Franco. Con esta idea, reivindicaba la participación de las mujeres enfermeras en los programas de estudios, la falta de representatividad en los colegios y en las escuelas, la falta de profesionalidad fundamentada en las características de la mujer española en el mundo laboral y la falta de orientación en su función (como enfermera profesional) consecuencia de una docencia impartida exclusivamente por médicos.

*“Nuestros profesores eran médicos, todos médicos, alguna que me acuerdo podía ser mujer la bióloga o la de microbiología era mujer. Lo demás eran hombres...bueno era así, socialmente era así, además me acuerdo que la Escuela era como una cosa prefabricada y larga, larga y éramos un montón. Estábamos divididas y, si teníamos que ir a la mañana, teníamos prácticas a la tarde ¡trabajando! Porque éramos mano de obra” (V001/2 04:50)*

Es decir, el movimiento trataba de acabar con las discriminaciones docentes por sexo y la colegiación profesional por sexo<sup>211</sup>. Por primera vez en España, se pone en tela de juicio el control que los médicos ejercen sobre la profesión de Enfermería. Aunque, hay que destacar que en esta profesión, el movimiento feminista en estos años ejerció menos influencia por razones; culturales, sociales y políticas. Es decir, las Enfermeras no pudieron o algunas no quisieron sumarse a este movimiento por causas que, aún hoy, se discuten<sup>212</sup>:

*“... En los casos en que las dirigentes de Enfermería, pudiendo unir sus fuerzas a las del movimiento Feminista, han vacilado en hacerlo, sólo cabe hacer conjeturas sobre las razones de su vacilación. Es posible que no tengan plena conciencia de la fuerza actual y potencial del movimiento o que desconfíen de sus objetivos y de su dirección. Quizás teman que si participan en el movimiento se aparten más aún de la profesión médica y se enajenen el apoyo de sus posibles defensores o provoquen las represalias del cuerpo médico” (Pizurki et. al. 1988. Función de las mujeres en la Asistencia Sanitaria. OMS. Ginebra. Pág 89)*

---

<sup>209</sup> Llona 2002, pp. 95

<sup>210</sup> Aróstegui 2009. Link

<sup>211</sup> Ibid

<sup>212</sup> Pizurki et. al. 1988, pp. 88



Los datos nos revelan que estas tres participantes han realizado protestas de una manera individual, sin pertenecer a ningún movimiento reivindicativo feminista o sindicalista.

*“He hecho denuncias como enfermera, únicamente a nivel personal...” (V003 28:43)*

Continuando con la influencia del Feminismo en el avance de la profesión de Enfermería y revisando su historia, se está de acuerdo en que se han conseguido logros importantes para que la Enfermería se considere como una profesión teóricamente autónoma. Por un lado, la consideración de adquirir una titulación universitaria a través de la reforma del plan de estudios en el año 1977, aunque se puede decir que en la práctica las enfermeras no han tenido esa percepción de cambio hasta bien entrados los años ochenta y noventa.

*“...fui la segunda promoción de enfermeras universitarias en el CUA (Colegio Universitario de Álava). Los profesores eran todos médicos, se preparaban fatal las clases...reducían el contenido de los apuntes de medicina porque dábamos las mismas asignaturas. Todo era anatomía, fisiología, estadística...Los médicos nos consideraban estudiantes de medicina como de segundo grado...Nada de profesión propio de la Enfermería...” (VOO3 04:50)*

Por otro lado, el logro más importante ha sido causado porque algunas enfermeras, actualmente, se oponen a su formación tradicionalmente vinculada a los aspectos médicos y a la tradicional subordinación de la enfermera al médico.

*“...en el ochenta y nueve empezamos con la reforma de primaria, hicimos cursos de reciclaje, formación y luego te movías ¿no?...” (VOO1/2 19:26)*

Sin embargo, si se observan y analizan actualmente unidades sanitarias donde el grupo de Enfermería es experto, por lo menos dentro de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), no es sorprendente que descubramos valores y actitudes con respecto a su profesión que sean similares a los que se integraban en la era franquista<sup>213</sup>.

*“Cuando estuve en la dirección tenía ideas e innovaciones pero ellos querían que siguiera todo igual...así que dimití. Si es ahora pues ¡no!...los mismos compañeros consideraban que era una supervisión negativa como de control. El papel que tenía era de chica para todo, en cuestión de gestión y administración de personal y...si había una luz fundida...Nada de Enfermería...La relación con el médico ninguna salvo alguna receta especial y poco más” (VOO3 21:46)*

Lógicamente la complejidad humana es tal, que hay que pensar en los valores femeninos y masculinos que imperaban en esta sociedad dividida por una dictadura, para aproximarse a la realidad de que las mujeres asumieran que su labor del cuidado no era una profesión sino una dependencia del poder médico masculino<sup>214</sup>.

*“Yo cuando empecé en el hospital, claro, los médicos estaban acostumbrados a las enfermeras que tenían, en cincuenta años, y a un tipo de relación...y yo ya les dije ¡oiga mire! Yo bastante tengo en mi*

---

<sup>213</sup> German 2006, pp. 77

<sup>214</sup> Pizurki et al 1988, pp. 63

*vida personal como para meterme en lo de los demás ¡eh!...y otros pues sí...intentaban utilizarte, ligarte, también, porque lo consideraban como que entraba dentro de la profesión, si, de secretaria, chica para todo y con un poco de suerte la hago mi amante...” (VOO3 49:23)*

A continuación se describe el tipo de socialización que han llevado a cabo estas enfermeras expertas a lo largo de su formación, la mayoría como ATS femeninas.

El tipo de socialización enfermera que han llevado a cabo ha sido desde un pensamiento moderno calificado de reduccionista, determinista, atemporal y generalizador<sup>215</sup>. Han adquirido sus conocimientos desde una filosofía historicista de la ciencia “el saber cómo”<sup>216</sup>. El conocimiento de la unidad es estético basado en experiencias personales con la finalidad de suministrar cuidados<sup>217</sup>. Las enfermeras son de referencia expertas la gran mayoría y llevan la unidad muchos años.

*“Llegué a la primaria por cuestiones personales, el trabajo de mi marido. Llevo desde el año ochenta y cuatro...” (VOO1/2 14:40)*

*“Pasé por varios servicios hasta que llegué a la geriatría en el ochenta y cinco” (VOO3 10:00)*

Estas enfermeras y un número alto de ellas, realiza una búsqueda de formación que puede ser individualmente o por medio de cursos de formación ofrecidos por el Sistema Sanitario. La finalidad del servicio enfermero, teóricamente, es hacia la promoción, prevención de la enfermedad, curar y cuidar<sup>218</sup>.

*“...en el colegio de Enfermería, esto, lo otro...la gente que ha querido formarse ha tenido para ello a nivel de la institución y a nivel del colegio...” (VOO1/2 20:00)*

Utilizan un programa informático que recoge el modelo de “Las catorce necesidades” de V. Henderson sin embargo en la práctica no se lleva a cabo salvo en una de las tres realidades. En la unidad hospitalaria la supervisora es la responsable de introducir en la práctica diaria las herramientas informáticas necesarias para delimitar el campo autónomo de la Enfermería (valoración, diagnósticos, planes de cuidados, evolutivos...), aunque con muchas resistencias por parte de la Medicina y las propias enfermeras de la unidad.

*“El conocimiento es muy importante para el avance...éste es el único hospital de la red que tiene el Zaineri (programa informático) metido. Mi objetivo era que las enfermeras tengamos un proceso y que tuviéramos nuestra autonomía para el futuro. Aunque con muchas reticencias por parte del personal. Hemos entrado hace dos años y con mucho apoyo de la enfermera de la dirección de formación” (V006*

---

<sup>215</sup> Ruiz de Alegría 2002, pp. 2

<sup>216</sup> Rhyll 1963: citado en Carrascal 2007: “El Saber Cómo”. Utilizando modelos. Módulo Teorías Enfermeras y Juicio Profesional. Pp. 10. Programa Licenciatura European Nursing Initiative. Escuela de Enfermería de Gasteiz.

<sup>217</sup> Millar, 1989: citado en Ibíd

<sup>218</sup> Fernández y col 1995, pp. 145

8:05)

Se destaca el comentario que realiza esta participante sobre su cargo de cierto poder de supervisión de la unidad, como la “*Supervisora de los cuidados neonatales*” y el de enfermeras directoras. Consideramos que es relevante este tipo de intervención, conocimiento y posición en la estructura sanitaria para impregnar en el resto de profesionales estos valores. Y, de esta manera, se pueda dar un reconocimiento en la práctica de la Enfermería como profesión autónoma llegando, así, a formar los tanto nombrados “equipos multidisciplinares” e “interdisciplinares” que tanto cuesta observar.

*“...soy un poco referente (cuidados para el desarrollo), en este sentido me consultan (Medicina) porque ¡cuidado! Soy una supervisora de cuidados. Sé que tengo que gestionar el recurso material y humano pero yo quiero ser supervisora de cuidados, entonces a partir de ahí...Hay cosas que tengo que hacer para que no me hagan daño pero para mí esto es el poder que nos interesa...” (VOO6 27:05)*

En las otras dos realidades, aunque perciben la importancia del proceso de Enfermería informático para la disciplina, únicamente registran datos cuantitativos, controles y estandarizaciones. Los datos nos indican y coinciden que la perspectiva (de la gran mayoría de profesionales) es “biomédica”. En la realidad y como dice Fredison, (1998) no “*han llegado a convencerse de que su trabajo ofrece algún interés especial*”

*“La propia autoestima de la profesión, porque la medicina no nos...yo creo que hemos sido nosotras que nos ha sido a veces más cómodo... ¿qué quieres que le ponga? Si, la Enfermería siempre como que utiliza a otro de cabeza de turco, es que con ésta jefatura, es que con estos, es que...y se queda así. Actualmente las enfermeras que salen se comportan de al misma manera. Todos comodísimos...no plantean ningún cambio. Ven la Enfermería menos servicial, son más técnicos y mantienen una relación más cortante con la Medicina pero a la hora de trabajar pues...pero tampoco se deja a la gente que viene con ideas, por parte del colectivo evolucionar...Comentarios como ¡uf! Mira esta que listilla, enfermerita, ¿a dónde va esta? Esto se ha hecho siempre así...” (VOO3 1h: 11)*

Lo que se ha podido observar del colectivo en general, es que el trabajo es autocrático, protocolario, rígido (horarios analíticas, consultas, distribución de tareas, funciones de cada enfermera, domicilios), poco clarificado y muy rutinario. No participan desde la interdisciplinaridad y multidisciplinaridad en el proceso de las personas y quedan a disposición del médico. Es decir, trabajan desde la dependencia profesional<sup>219</sup>.

*“...el tipo de relación con los médicos ¡claro! depende de los servicios donde hayas trabajado...en rayos muy buena, en residencia buena...pues en equipo entre comillas porque puedes decir si,si,si pero y se lo llevas...pero a la hora de decidir, aunque tú veas que la práctica se está haciendo mal y te manden chorradas...lo tienes que hacer aunque luego lo comentas. Libertad a la hora de hacer ¡sí! pero...” (VOO3 14:02)*

Al no estar definido en la unidad el Servicio de Enfermería, existe mucho trabajo para las enfermeras, puesto que mantienen un ratio enfermera- usuario muy reducido en

---

<sup>219</sup> Carrascal 2007. “El Saber Cómo”. Utilizando modelos. pp. 11

comparación a otras realidades, con un nivel de exigencia alto para el rol laboral y profesional. Se considera que es un ambiente estresado que no origina la apertura de la mente (saber personal) y el juicio profesional queda muy estereotipado o incluso no llegar a darse<sup>220</sup>. Las tres realidades coinciden en que:

*“...seguimos con lo mismo de antes. Lo que pasa que, hoy en día, las técnicas son muy importantes porque sino sabes hacer las técnicas bien...no sé hasta que punto les da a las nuevas para cuidar...” (V001/2 54:52)*

Es cierto que existen enfermeras que aunque su socialización ha sido de igual manera que el resto del colectivo de sus generaciones, debido a su interés, formación, experiencias vitales y puesto laboral que ocupan...se encuentran en una resocialización. En esta apertura mental y margen de acción sus áreas de trabajo son democráticas, flexibiliza las normas y prioriza el tiempo según las situaciones y necesidades de la persona. Estos profesionales de Enfermería, tienen en cuenta a la persona como un sujeto activo en su proceso con poder de elección y en un contexto (familiar, social, cultural...)<sup>221</sup>. Además, de coincidir todas en que su objetivo como enfermeras es el cuidado profesionalizado como se destaca en la cita anteriormente mencionada (V006 27:05)

A pesar de que exista en la práctica un avance disciplinar por parte de algunas profesionales de la Enfermería y trabajen con cierta autonomía y en equipo con algún médico/a, como se ha reflejado, el grupo de medicina es el que dirige la comunicación en su despacho o en la sala de curas y visitas médicas. Utilizan un despacho común ambos grupos en el que se comunican información que no entra en el ámbito laboral ni profesional. Aunque según los datos, en algún caso comparten espacios y tiempo para acudir a cursos y a congresos conjuntamente, lo relevante es que en las tres realidades explican que la última decisión en la unidad es por parte de la Medicina. Curiosamente, coinciden y explican que la relación que actualmente mantienen con la Medicina no es la causa más importante para el avance disciplinar en la práctica diaria, sino, que es el propio colectivo de Enfermería quien establece esos límites.

*“Yo creo, que igual queremos hacer culpables y decir ¡es que no nos dejan avanzar! ¡no! es una sociedad mayoritariamente de mujeres que trabajamos con mucho interés pero, ahora igual cambia, pero casi todas éramos madres de familia y, esto, entonces estas haciendo Enfermería y estas pensando en la ropa que esta tendida, el niño tiene fiebre y...esto es así. El trabajo y encima a turnos durísimos y de noches y fines de semana...por un lado, tienes como una culpabilidad porque me tengo que marchar y estos se quedan aquí...Eres profesional de Enfermería pero es que eres madre, esposa, hija del otro que esta enfermo y hay que llevarle a las consultas, entonces eres la super- woman que se ha ido creando...pero creo que ha sido la propia profesión” (V003 45:00)*

Con esta observación, no es absurdo considerar la idea de remontarse a los años de la segunda República donde la mujer Moderna consiguió la emancipación (social, política

---

<sup>220</sup> Ibid; Ruiz de Alegría 2003, pp. 3

<sup>221</sup> Ruiz de Alegría 2002, pp. 2

y económica) gracias al movimiento feminista, más o menos radical, y a profesiones como la Enfermería y el Magisterio<sup>222</sup>. Y extrapolar, al momento actual, el modo en que aquellas mujeres profesionales de su labor consiguieron una sociedad más igualitaria en todos los ámbitos<sup>223</sup>.

Esta pequeña reflexión del pasado llevada a cabo en el presente, se considera importante para el avance en el futuro de la Enfermería como una profesión autónoma. Se piensa que el reto está en la necesidad de integrar estrategias que aparentemente se contraponen dentro de la Enfermería feminista. Estas son; por un lado, el componente del “cuidado” unido al aspecto “femenino” de su labor y, por otro lado, al mismo tiempo la necesidad de hacer presión por conseguir que la Enfermería tenga acceso a los niveles más altos de decisión, tradicionalmente caracterizados como “masculinos”<sup>224</sup>. En este sentido, existen estudios dentro de la profesión Enfermera<sup>225</sup>, que tratan sobre la preocupación de que se le considere a la Enfermería como un movimiento contrario a la prestación de cuidados<sup>226</sup>.

En relación a estas estrategias de acción enfermeras, se considera que no son incompatibles con el reconocimiento de la prestación de los cuidados. La cuestión es que, por ser una labor históricamente de la esencia femenina *“la función del cuidado ha pasado a ser una función subordinada, despojada de todo valor social y económico, y bajo el impacto de la presión médica ha sido transformada en una función de tratamiento”*<sup>227</sup> Y este hecho unido a las reivindicaciones más feministas dentro de la profesión hace que parezca que la Enfermería:

*“...con el fin de alcanzar una categoría igual a la de medicina, pareciera que avanza hacia una aplicación de los criterios de juicio masculinos, dando mayor importancia a la índole administrativa y de gestión de la práctica de Enfermería y negando la índole “femenina” de los cuidados que se prestan al usuario necesitado”* (Pizurki et.al. 1988, pág 73)

Por lo tanto, en relación a estos aspectos los datos que emergen en estas realidades, vuelven a coincidir. Lo relevante es que parece que las propias profesionales, sobre todo las posiciones más altas de supervisiones, jefaturas, direcciones... tomen las líneas de avance en el sentido que defiendan la función del “cuidado” al mismo nivel que la función del tratamiento, la cura y la gestión administrativa dentro de toda la estructura

---

<sup>222</sup> Llona 2002, pp. 103-104

<sup>223</sup> Aróstegui 2009. Link

<sup>224</sup> Pizurki et al 1988, pp. 90

<sup>225</sup> Morrison, 1980. *“La atención de Enfermería: ¿nos están dirigiendo hacia un apartadero?”*

<sup>226</sup> Pizurki et. al. 1988, pp. 73

<sup>227</sup> Coliére 1982: citado en Ibíd

socio-sanitaria, política y económica<sup>228</sup>.

*“La Enfermería tiene que llevar el poder de la Enfermería porque no puede suplantar al de medicina ¡eso! el poder del cuidado, llevar el cuidado a una cosa profesional no de la vida cotidiana de casa porque eso ya lo sabe todo el mundo. Si, en esa faceta tendríamos que ir porque desde luego en otra no podríamos. Un cuidado profesionalizado igual que la cura y el tratamiento pero desde luego impulsado desde los puestos de mas responsabilidad en los que tiene que haber gente con valía, con formación personal y con esta perspectiva...” (VOO1/2 49:50)*

Se considera con esta idea, que se puede hacer comprender socialmente que la función del “cuidado” no es sólo importante y necesaria para la salud en el ámbito privado sino también para el ámbito público. Pero teniendo en cuenta que la función del “cuidado” no es algo innato femenino y que es necesario que exista el personal adecuado y mejor capacitado para dicha prestación asistencial.

*“Yo creo que es un pilar de la sociedad la Enfermería y auxiliares. Yo creo, que se armaría en estos sitios sin un buen conjunto de auxiliares, perdería mogollón por la información que nos dan...la Enfermería no esta reconocida actualmente...yo creo que a cada uno le hacen y le consideran lo que uno dice. La sociedad, como digo yo, ¡somos lava culos! ¡somos lava culos! pues te van a considerar lava culos, por eso la Enfermería esta reconocida dentro de lo que cabe... aquí en las residencias tenemos mucho poder sobre todo con respecto a los familiares, también es cierto, lo que te quieras implicar tú. Si tú a los familiares, en vez de mojar te como profesional, le remites continuamente al médico, tú le estas diciendo a esa familia que no pintas ahí nada...que eso es del médico...pienso que ahí depende de gente y gente... quieras o no, al que le estas dando el poder es al médico quitándote tu propia ¡no sé!...dignidad dentro de lo que cabe como profesional. Con todo el colectivo que somos nos hemos asentado realmente...” (VOO3 44:00)*

De este modo, la Enfermería puede tener la posibilidad de demostrar su valor y sería reconocida como disciplina autónoma realmente en la práctica socio-sanitaria. En definitiva este hecho, ayudará a que *“la Enfermería confíe en que su profesión puede contribuir considerablemente a la salud de los individuos, las familias y la comunidad, con la ayuda del movimiento Feminista y una mayor formación y capacitación profesional y autónoma”<sup>229</sup>* .

## 8. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo, se han reflejado algunas conclusiones importantes de esta realidad. Y, queda claro, que el proceso histórico que ha llevado la consecución de los derechos femeninos es extrapolable a las experiencias históricas y actuales de las enfermeras en su labor de profesionalización.

Revisando con una mirada actual, la historia de la Enfermería y del movimiento

---

<sup>228</sup> Germán 2006, pp. 22

<sup>229</sup> Pizurki et. al. 1988, pp. 64

Feminista en estos siglos XIX-XX, puede parecer evidente que para ciertos colectivos sanitarios, los derechos sociales que perseguían aquellas mujeres enfermeras y el modo que utilizaron para conseguirlos fuera absurdo. Sin embargo, después de una serie de reflexiones; como el género y sus componentes en el contexto histórico de la época y, aún presente, en la cultura del poder de la estructura sanitaria, se considera muy importante y clave fundamental la acción de estas mujeres. Supieron aprovechar los valores sociales que las impregnaba fortaleciendo el dictado de la feminidad, hasta el punto en que era necesitado y respetado por la sociedad aunque sólo fuera en algunos sectores. Es de admirar y recordar para un futuro, que con esta labor crearon una conciencia de mujer diferente a la que tenían hasta el momento, a pesar de continuar en una desigualdad de género en la jerarquía socio-sanitaria. Es importante tener en cuenta estos aspectos para establecer estrategias; políticas, socio-sanitarias, económicas y educacionales, que rompan estas desigualdades para que la Enfermería y las mujeres ocupen el espacio que les corresponde<sup>230</sup>. Estrategias de avance que han reflejado en alguna ocasión las tres participantes de este estudio.

Como ellas, ciertas/os profesionales de la Enfermería se encuentran aproximados al avance paradigmático de la “integralidad” que establece teóricamente, al menos, el sistema sanitario donde se pueden observar cambios importantes con respecto a la profesión de la Enfermería y a los derechos socio-sanitarios de las mujeres. Sin embargo, como se ha podido reflejar en algún momento de la investigación, la Enfermería continúa en cierta sumisión profesional y relacional con los profesionales de la Medicina dependiendo de quién organice y establezca las pautas en la unidad o centro (bien Enfermería o Medicina). Se entiende que hoy, como dice Martínez et. al (2007), quizás la prioridad no sea el voto femenino, como consiguieron mujeres como Lavinia Lloyd Dock o mujeres republicanas españolas, sino estar presente en los centros, puestos de decisión y poder o cambiar la cultura que favorece la violencia contra las mujeres, además de otras. En definitiva continuar con sus reivindicaciones para reconstruir una autoestima personal y profesional y, así, conseguir que se valore la disciplina de la Enfermería y todas las necesidades de las mujeres.

*“No veo el avance disciplinar en el sentido de trabajar en equipo, no lo veo porque creo que hay muchas carencias y no solamente profesionales sino también personales. Y estas, se llevan al mundo laboral y entonces se confunden y se mezclan lo que es personal con lo profesional...entonces yo creo que la gente tiene muchos problemas personales que no deja avanzar...por eso yo veo que los que trabajan realmente son los hombres. No tienen otros planteamientos, ellos van hacer lo que quieran hacer y no piensan lo que tienen en casa porque alguien hará o irá alguien, alguien...En esto no hemos avanzado nada. Ves a gente joven o reivindicativa que cuando ha sido madre empieza una ruptura y valora poniendo en la balanza lo profesional con lo personal y nos quedamos con lo personal. Si hubiera un colectivo mayoritario de hombres, no sería igual...” (VOO3 1h: 10’)*

En este sentido, avanzar como lo hicieron las mujeres en los años treinta indica la posibilidad de que actualmente puedan redefinirse y pensar en cambiar la diferenciación

---

<sup>230</sup> Pacheco 2001, pp. 8

de la estructura socio-sanitaria del trabajo y, también, de la casa en la práctica diaria<sup>231</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. Alcón Domínguez, C. 1989. La percepción del cuidar. *Revista Rol de Enfermería* (127):25-27.
2. Allúe, M. 1996. La imagen social de la enfermera: la mirada del que es cuidado. AEED XVII sesiones de trabajo. Cuenca.
3. Alberdi, R. 1988. Sobre las concepciones de la enfermería. Conferencia. *Rol de enfermería*. 11(115):25-30.
4. Amorós, C. 2010. La lucha más pacífica. UNED.
5. Aresti, N. 2009. El concepto “mujeres” en el siglo XIX: dos estrategias feministas. Documentación master estudios Feministas y de Género. Inédito.
6. Aresti, N. 2001. Médicos, Donjuanes y Mujeres Modernas: los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX. Bilbao: Servicio ed. Universidad del País Vasco. Euskal Herriko Unibertsitatea.
7. Benería, L. Patriarcado o sistema económico. Una discusión sobre dualismos metodológicos. En Amorós, C. *Mujeres: Ciencia y práctica política*. Madrid: Debate, 1987; 39-54.
8. Berman, A. et.al. 2008. *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y prácticas*. Volumen I. 8ª edición. Pearson Prentice Hall.
9. Blázquez, M<sup>ª</sup>I. Los componentes de género y su relación con la Enfermería. *Index Enferm* (Gran) 2005; 51:50-54. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962005000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962005000300010&script=sci_arttext)
10. Burin, M. 2003. Mujeres al borde de un ataque de psicofármacos. (Disponible en <http://old.Clarin.com/diario/2000/08/31/o-02901.htm>)
11. Cabré, M. i Pairet; col. 2000. De dos en dos: Las prácticas de creación y recreación de la vida y la convivencia humana. *Nacer en relación*. Horas y Horas. ed. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
12. Cabré, M. y Ortiz, T. 2001. *Sanadoras, Matronas y Médicas en Europa siglos XII-XX*. Barcelona. ed. Icaria.S.L.
13. Carrascal, Z. 2008. El “Saber Qué”. Utilizando modelos. Módulo Teorías Enfermeras y Juicio Profesional. Licenciatura European Nursing (ENI). Inédito. Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz
14. Carrascal, Z. 2008. Acercamiento al proceso de toma de decisiones de las mujeres que demandan psicofármacos para el bienestar, en el centro de Atención Primaria de Arrasate. Tesina de formación Licenciatura European Nursing (ENI). Inédito. Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz
15. Código Deontológico de la Enfermería Española, 1973. Art.63. pp. 65. ed. Consejo Internacional de Enfermería.

---

<sup>231</sup> Martínez et. al. 2007, pp. 5



16. Crea. Grupo de Investigación Interuniversitario. 2005. Primer informe oficial de la Investigación sobre teorías y sociedades dialógicas: El giro dialógico de la sociedad del conocimiento. Documento policopiado.
17. Del Valle, T. et. al. 2002. Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género. Madrid: Narcea.
18. Donaldson, S. and D. Crowley. 1978. La disciplina de enfermería. *Nursing Outlook*. 26(2):113-130.
19. Esteban, M<sup>a</sup>. L. 2009. El Feminismo como teoría y práctica. El concepto de género. Documentación Master Estudios Feministas y de Género. Universidad Pública del País Vasco. UPV.
20. Fawcett, J. 1995. Analysis and evaluation of conceptual models. Philadelphia: Davis Company.
21. Fernández C. 2005. El lenguaje de la teorización. Unificando el significado de los términos. Bases teóricas. Inédito
22. Fernández C. 2005. La disciplina de la enfermería. Bases teóricas. Inédito.
23. Fernández, C. y col. 1995. Ciencia Enfermera. Breve historia de la Ciencia Enfermera. Cáp.10. Enfermería Fundamental Master en Enfermería. Masson.
24. Hernández, J. 1995. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería, Interamericana McGraw-Hill, Madrid.
25. Instituto de la Mujer. 2002. Seminario sobre Mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa: 2001; Septiembre 14. Madrid. Instituto de la Mujer.
26. García, C y Martínez, M<sup>a</sup>. L. 2007. Historia de la Enfermería; evolución histórica del Cuidado Enfermero. Madrid. Elsevier. S.A.
27. Germán, C. 2006. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.
28. Hofstede, G. 1999. Culturas y organizaciones: El software mental. Madrid: Alianza editorial.
29. Kershaw, B. and J. Salvage. 1988. Modelos de Enfermería. Barcelona: Doyma.
30. Levinton, ND. 2002. El superyo femenino. *Marístaran*. 14:13-22
31. Llona, M. 2002. Entre señorita y garçonnet: historia oral de las mujeres bilbaínas de clase media (1919-1939). Málaga: Universidad de Málaga.
32. Maqueira, V. 2000. Género, diferencias y desigualdad. En Beltran, E. et. al. 2000. *Feminismos : debates teóricos contemporáneos*. Madrid. Alianza; 127-190.
33. Martínez, A. y Romero, F. El compromiso de una pionera con los derechos de las mujeres. Lavinia Lloyd Dock (1858-1956). *Index Enferm*. Gran. (Prim). 2007. V.16. n<sup>o</sup> 56. Disponible en [http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132129620070001000140&script=sci\\_art\\_ext](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132129620070001000140&script=sci_art_ext)
34. Marriner, A. and R. Alligood. 2003. Modelos y Teorías en enfermería. 5<sup>o</sup> edición. Barcelona: Elsevier Science.

35. Mckenna, H. 1997. *Nursing theories and models*. London: Routledge.
36. Muccacielli, A. 2001. *Diccionario de métodos cualitativos en ciencias Humanas y Sociales*. Síntesis. Madrid
37. Newman, M. 1992. Paradigmas existentes en la enfermería. *Nursing Outlook*. 40(1):10-13.
38. Olabuenaga, J.I. 1999. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Pág 5. Universidad de Deusto. Bilbao.
39. Ortiz, T 1999. Feminismo, ciencias naturales y biomédica: debates y desencuentros- *La Aljaba. Revistas de Estudios de la Mujer*. 4:11-30-
40. Ortiz, T 2002. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En Ramos, E. 2002. *Actas del Congreso Nacional de la Salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Mayo. 9-10. Madrid. Instituto de la Mujer. 30-41.
41. Pacheco, G. 2001. *La Enfermería en Salud Mental: Proyectos de futuro en el Sistema Nacional de Salud*. Conferencia de clausura de las II Jornadas Provinciales de Enfermería de Salud Mental. Jaén.
42. Parse, RM. 1987. Los Paradigmas de la totalidad y de la simultaneidad. *Nursing Science*. 31-34 and 135-138
43. Pérez, G. 1994. *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Métodos*. 47-50. ed. La Muralla. Madrid.
44. Pizurki, H. et. al. 1988. *Función de las mujeres en la Asistencia Sanitaria*. Ginebra. OMS. 1ª publicación.
45. Pla, M. 2007. *Apuntes del postgrado en Investigación Cualitativa en Enfermería- EUE Vitoria-Gasteiz*. Inédito.
46. Polit & Hungler, 2000. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud: Principios y Métodos*. 6ª ed. McGraw-Hill Interamericana. Healthcare group.
47. Rodríguez, G. et al. 1995. *Análisis de datos cualitativos asistidos por ordenador*. cáp 1. Barcelona: PPU
48. Ruiz de Alegría, B. 2003. *Desarrollo de la atención de Enfermería a través de la Historia*. Resumen. Asignatura Fundamentos de Enfermería. Escuela de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. Inédito.
49. Ruiz de Alegría, B. 2002. *Paradigmas; mecanicista, totalidad y simultaneidad*. Inédito.
50. Ruiz de Alegría, B. 2002. *Pensamiento moderno vs pensamiento postmoderno*. Inédito.
51. Sandín, Mª P. 2003. *INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN EDUCACIÓN: Tradiciones en la investigación cualitativa*. Cáp 7. 158-174. McGraw-Hill Interamericana.
52. Siles, J. 1996. *Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva Histórica y Epistemológica*. CECOVA. Alicante.
53. Souzas, A. 2002. *Investigación Cualitativa en Salud. Problemas de Investigación y diseños en estudios cualitativos*. Iberoamericana. Universidad de Guadalajara.
54. Sovie, M. 1998. *Nursing: a future to shape in the Nursing profession*. In: Bullough, B., ed. *The law and the expanding nursing role in the nursing profession: Views thought the mist*. New York, McGraw-Hill.

55. Urrea, E. 2007. La Teoría Feminista Post-Estructuralista y su utilidad en la Ciencia de Enfermería. *Ciencia y Enfermería*. Concepción. (Dic). Vol.13.nº2. supl.2. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000200002&script=sci_arttext).

56. Vallés, M.S. 1998. Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Cap.5. Síntesis. Madrid

### FILMOGRAFÍA REFERENCIADA:

1. La condesa de Pardo Bazán (2004) (1/4,2/4,3/4) Disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=C11Es2GLImU>
2. Los orígenes históricos del movimiento feminista. 2008. ABG. Disponible En [http://www.youtube.com/watch?v=uCTbgyx2Zc8&feature=PlayList&p=37FDA8C084D02077&playnext\\_from=PL&index=0&playnext=1](http://www.youtube.com/watch?v=uCTbgyx2Zc8&feature=PlayList&p=37FDA8C084D02077&playnext_from=PL&index=0&playnext=1)
3. Aróstegui, J. 2009. Mujeres en la república. Historia Contemporánea UCM. Tesis. Cedecom S.L.canal Sur Andalucía. Disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=W4kISinMvg>

### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. Astelarra, J. 1986. Las mujeres podemos: Otra visión política. Barcelona. ed. Icaria.
2. Aranguren, Mª.J et. al. 1975. Formación de la Enfermera. Perspectivas de una profesión. Pamplona. ed. Universidad de Navarra. S.A.
3. Baily, E. 2000. Manual de la enfermería. Barcelona: Océano-Centrum.
4. Blegen, M. and T. Tripa-Reiner. 1997 Implicaciones de las taxonomías enfermeras en el desarrollo de la teoría de alcance medio. *Advances in Nursing Science*. 19 (3):37-49.
5. Castellanos, M. 1998. *Martha E. Rogers*: Reflexiones sobre su teoría. *Rol de Enfermería*. 238:43-46.
6. Ceballos C. 2003. Ética, derecho y teoría de la decisión. *Todo hospital*. 194:88-94.
7. Edwards, S. 2000. Critical review of R.R. Parse's *The Human Becoming of Thought*. A perspective for nurses and Other Health professionals. *Journal of Advanced nursing*. 31(1): 190-196.
8. Fernández C. 2005. Modelos conceptuales o grandes teorías. Inédito.
9. Fernández, L.M. 2005. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henserson en el siglo XXI. 3ª edición. Barcelona: Masson.
10. Fitzpatrick, J. and A. Whall. 1996. *Conceptual models of nursing: Analysis and application*. 3ª edición. Stamford CT: Appleton y Lange.
11. Gracia, D. 1997. *Fundamentos de la ética clínica. Labor hospitalaria*. 244: 119- 127.

12. Graig, S. 1980. El desarrollo de la teoría y su importancia para la enfermería. *Journal of Advances Nursing*. 5:349-355.
13. López, C. 2003. Teorías enfermeras. Inédito.
14. López, C. 1999. Concepto de rol. Inédito.
15. López, C. and J.M. Picardo. 1995. Diagnóstico enfermero. Inédito.
16. Madina, E. 2000. Trabajo final de Enfermería Avanzada. Inédito.
17. Madrid, M. and P.Winstead-Fry. 1988. Instrumento de valoración basado en la teoría de Rogers. *Nacional League for Nursing*: 78-102.
18. Océano., comps. 2003. Manual de enfermería. Barcelona: Océano.
19. Parse, R.M. 1999. Valorar las vivencias: La realización personal como guía de la práctica de enfermería. Conferencia. Madrid
20. Parse, R.M. 1998. *The Human Becoming School of Thought. A perspective for nurses and other health professionals*. London: Sage.
21. Ruiz de Alegría, B. 2002. Evolución y desarrollo del conocimiento enfermero. Inédito.

## ANEXOS

### 12.1 Consentimiento Informado de las participantes

Tras haber sido informado debidamente por la autora de la Investigación, del objeto, finalidad y aspectos del diseño sobre el “*estudio del proceso de la relación de la Enfermería con la Medicina dentro de las instituciones Socio-sanitarias de Euskadi ¿Es una cuestión de género en el avance disciplinar?*”, entiendo lo siguiente:

Se solicita mi participación en un estudio de Investigación, (cuyos principios de acción (antes durante y después) se acercan a la clave reflexiva, respeto, horizontalidad, diálogo y la evaluación continuada), para varias observaciones participantes de un estudio etnográfico que serán transcritas inmediatamente después de su observación para facilitar el posterior análisis del fenómeno, aproximarse a la “*realidad social*” y a la reconstrucción del significado, contando con el punto de vista de los participantes. Este análisis podrá ser revisado y contrastado por otro colaborador del investigador con el fin de reflejar lo más objetivamente posible el discurso de los participantes. Algunas expresiones o breves fragmentos utilizados por la autora de la investigación y participantes pueden ser citados textualmente (codificados) en las notas de campo con la finalidad de enfatizar la riqueza y favorecer la comprensión al lector del fenómeno estudiado (Sandin 2003).

En todo el proceso de las observaciones participantes, análisis-interpretación y diseminación de los datos generados, se asegura el derecho a la privacidad, confidencialidad y anonimato del participante.

Por ello, conforme a las características de este estudio de Investigación expreso mi deseo de participar en las estrategias planteadas y doy mi consentimiento para que la autora haga uso de los datos aportados para la consecución de los objetivos de la Investigación. Además comprendo que puedo retirarme del estudio: cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que repercuta en mis actividades.

El participante firma el consentimiento para participar en dicho estudio.

La autora firma haber informado de todo lo anterior al firmante, aclarando sus dudas y apreciando su comprensión en todos los términos expuestos.

Fdo:

Fdo:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2007

## **12.2 GUÍON DE ENTREVISTA<sup>1</sup> SEMI-ESTRUCTURADA CON RESPECTO AL RELATO DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL VIVIDA**

### **1. ¿Por qué elegiste estudiar Enfermería?**

- ¿Influyó alguna persona? ¿Tradición familiar?
- ¿Qué recuerdas de la época de la escuela?
- ¿Qué es lo que más te gustaba? Y ¿Lo que menos?
- ¿Cuál era la imagen que tenías de la Enfermería entonces? Y ¿La que tenía la sociedad?

### **2. ¿Cómo era el Plan de Estudios que cursaste?**

- Año
- ¿ATS o Diplomatura Universitaria?
- ¿Era una escuela mixta?
- En caso de que no, ¿Todos teníais las mismas asignaturas? Y ¿la misma titulación?
- ¿Qué tipo de profesionales eran los profesores/as?

### **3. ¿Qué entendías por la profesión de Enfermería cuando terminaste tus estudios?**

- ¿qué ha sido para ti?

### **4. ¿A qué edad comenzaste a trabajar?**

- ¿Cuáles fueron tus primeros servicios?
- ¿Cuáles tus primeros recuerdos?
- ¿Cuánto tiempo estuviste en esos servicios?
- ¿Cómo era la relación con los profesionales de Medicina?
- ¿Cómo era la relación entre los profesionales de Enfermería?

### **5. ¿Podrías contarme tu currículum hospitalario y los recuerdos más fuertes vividos, tanto con los enfermos como con los médicos/as, auxiliares y los jefes/as?**

- ¿Recuerdas innovaciones en esta época?
- ¿De quién partía la iniciativa?
- ¿Participaste?
- ¿Tuviste facilidades y reconocimiento por tus compañeras/os, las jefas/es, los médicos/as y jefes/as del servicio?

### **6. ¿Has realizado militancia política y/o sindical y/o asocianismo de tipo profesional?**

- ¿Qué cargo has tenido?
- ¿En qué servicio, centros has trabajado?

---

1. Germán Bes, Concha. Ver anexo nº3 P.565-566. Algunas preguntas del guión están basadas en este anexo dentro de la tesis doctoral; *Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género*, 2006. Universidad de Zaragoza. El resto de aspectos a tratar están basados en la bibliografía utilizada para la elaboración de la justificación y marco conceptual de este estudio.

**7. ¿Cuándo comenzaste a considerar la posibilidad de trabajar en Atención Primaria/Geriatría/Neonatología...?**

- ¿Por qué?
- ¿Realizaste algún tipo de formación adicional (reciclaje)?
- ¿Tienes publicaciones, ponencias o comunicaciones en esta temática?

**8. ¿Hasta que punto influyó tu trabajo en tu vida personal y viceversa?**

- ¿Te has sentido apoyada por tu pareja en las labores del hogar?
- ¿Habéis compartido las tareas reproductoras y de cuidado familiar?
- ¿Alguna vez has dejado proyectos de trabajo que te ilusionaban por falta de apoyo familiar?

**9. ¿Cómo llegaste a ser Supervisora/ Enfermera Referente/Directora?**

- ¿Algún obstáculo?
- ¿De quién?
- ¿Cómo ha sido o es la relación con los profesionales de Medicina en el equipo?
- Y ¿con las enfermeras/os de tu unidad? Y ¿estas con la Medicina?
- ¿Qué entiendes actualmente de la profesión de Enfermería (valores)? Y ¿Podrías explicarme que entienden las enfermeras/os de tu unidad?

**10. En esta parte de tu vida profesional, ¿Has tenido facilidades para realizar innovaciones, tales como: puesta en marcha nuevos servicios (cartera de servicios)?**

**11. ¿Has realizado alguna investigación subvencionada? ¿Por quién?**

- ¿Has tenido facilidades para asistir a congresos, cursos, sesiones clínicas...?
- ¿Has podido participar o asistir conjuntamente con los profesionales del equipo de salud?

**12. ¿Qué tipo de formación han mantenido y mantienen las enfermeras/os de tu unidad?**

- ¿Crees que les preocupa la profesión como autónoma?
- ¿Describen alguna alternativa para cambiar la relación profesional con la Medicina? Y ¿tú?

**13. ¿Crees que la labor de Enfermería está suficientemente reconocida?**

- Tanto si es como si no es, ¿A qué crees que se debe? (al equipo, a la propia profesión, a la institución sanitaria, a la sociedad...)
- ¿Tu trabajo es reconocido por: tu pareja, amigos, grupo familiar, compañeros de la profesión, por el grupo de médicos/as de tu unidad...?
- ¿Qué crees que piensan de la profesión de Enfermería con respecto a la Medicina? Según ellos, ¿cómo debe comportarse en relación a los profesionales de la Medicina?

**14. ¿Crees que la relación entre colegas del equipo socio-sanitario está influida por el género?**

- Podrías explicarla: médico-enfermera, médica- enfermera, médica enfermero, médico- enfermero.

**15. Acerca del poder;**

- ¿Crees que le interesa a la Enfermería?
- ¿Podrías explicar según tu experiencia la relación con el poder?
- ¿A qué se debe este poder?

**16. ¿Quién crees que ha marcado las pautas de la Enfermería a lo largo de la Historia?**

**17. ¿Cómo ves el futuro de la Enfermería?**

- ¿Estrategias para el avance?