

# REVISTA DE ENFERMERÍA

AÑO XX

MARZO 1997

N.º 223

# ROL



## **ENFERMERÍA Y COMUNIDAD**

La familia, un paciente olvidado

## **FORMACIÓN CONTINUADA**

Pericarditis aguda, ¿qué es y cómo se aborda?

## **ATENCIÓN PRIMARIA**

Prevenir las escaras

## **FUENTES DE ERROR EN LA TOMA DE LA TENSIÓN ARTERIAL**

# Mujeres enfermeras en España

## Una historia de márgenes

Rosamaría Alberdi Castell\*

Puede que el título de este artículo, fruto de mi participación en las XVI Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) (1), hubiera cumplido mejor su función explicativa si fuera: «Los márgenes de la Enfermería: género y desarrollo profesional.»

He optado, sin embargo, por uno más general que resume el propósito del trabajo. He pretendido con él contar mi visión sobre cómo el hecho de que quienes ejercen la Enfermería en España son mayoritariamente mujeres, influye en el desarrollo profesional alcanzado.

O, dicho de otro modo, he profundizado en los mecanismos que han acotado y acotan las funciones y responsabilidades de las enfermeras dentro del sistema sanitario, destacando el rol que en ellos juega la identificación de la profesión enfermera con el estereotipo de género femenino.

Considero que el principal valor de mi aportación al foro propiciado por la AEED para encontrar respuestas frente a la marginación, en todas sus formas, es mi visión subjetiva: feminista, virada hacia lo sociológico y, desde hace tiempo, dedicada al análisis de la evolución de la Enfermería como profesión a partir de dos hipótesis:

- a) En España, la profesión enfermera ha estado y está fuertemente identificada con el estereotipo de género femenino.
- b) Esta identificación (interna y externa) ha tenido y tiene profundas con-

secuencias en el desarrollo profesional.

Basándome en ellas pretendo cumplir tres objetivos:

a) Pasar revista a los mecanismos de construcción y perpetuación de la identificación entre el estereotipo femenino y la profesión enfermera, destacando sus consecuencias marginadoras.

En segundo lugar, analizar una forma de marginación que considero especialmente grave porque se produce entre el propio colectivo enfermero. Me refiero a que

b) Trataré sobre el miedo a la diferencia entre las propias enfermeras.

Y por último,

c) Propondré algunas estrategias que permiten a las enfermeras luchar contra la marginación, desarrollando al máximo sus potencialidades profesionales.

Trabajaré principalmente sobre las ideas de dos autoras, Milagros Rivera (1994) y Dolores Juliano (1988), de cuyas obras constan las referencias concretas en la bibliografía.

### Género y enfermería: situando al margen

Cuando trato un tema, independientemente del acceso a los textos de las expertas y expertos, me gusta ver sus definiciones en los diccionarios. Así lo hice también esta vez y para mi sorpresa advertí que, en realidad, el significado de la palabra «marginación» y sus derivados, tal como la utilizamos comúnmente, es muy reciente.

#### RESUMEN

La autora ofrece su visión personal sobre el hecho de que determinados mecanismos acotan funciones y responsabilidades de las enfermeras dentro del sistema sanitario, especialmente la fuerte identificación con el estereotipo de género femenino. A partir de ahí analiza cómo se construye y perpetúa dicha identificación, destacando sus consecuencias marginadoras; se trata el miedo a la diferencia de las propias enfermeras; y se proponen estrategias para luchar contra la marginación y desarrollar las potencialidades profesionales. Próximamente aparecerán otros artículos sobre este mismo tema.

#### Female Nurses in Spain: A History of Marginalization

##### SUMMARY

The author offers her personal vision as to the determining factors that define the functions and responsibilities within the health care system, especially in regards to aspects that are strongly identified as stereotypically female. An analysis is made as to how that identification is constructed and perpetuated, thus maintaining its marginalizing consequences. Strategies to fight against this treatment and ways to develop professionally are proposed.

Así, mi enciclopedia —bastante antigua— sólo hace referencia a todo lo relativo al margen de los papeles (*marginador*: accesorio, *marginar*: hacer o dejar márgenes en el papel). El diccionario de María Moliner también se centra en todo lo relativo a los márgenes del papel pero, al ser mucho más moderno (1983) ya incluye la expresión «al margen». Concretamente dice:

Al margen:

(«Estar, mantenerse, dejar, tener») Apartado, voluntariamente o por la voluntad de otros, de la intervención en cierta cosa.»

A mí, en realidad, estas definiciones de los diccionarios, referidas a los márgenes de un texto me sirvieron mucho. Creo que la *marginación* (la de las mujeres, la de las enfermeras) *no es más que el proceso por el que se deja «al margen» del texto principal* (patriarcal, tecnológico, centrado en la enfermedad...), *aquellos discursos que son disonantes* (por distintos, por subvertidores del orden y, siempre, por contestatarios...).

Voy a utilizar, pues, esta acepción del concepto de marginación.

1. Las XVI Sesiones de Trabajo de la AEED se celebraron en diciembre de 1995, en Palma de Mallorca, bajo el lema «Frente a los problemas de la marginación, las enfermeras responden».

\* Enfermera. Directora de la E.U.E. Virgen del Rocío. Sevilla.

Una de las formas más eficaces para la marginación del pensamiento y la acción enfermera, ha sido la identificación de la profesión en su conjunto con el estereotipo de género femenino.

En este momento, se acepta ampliamente la idea de que hay una identificación entre el estereotipo de género femenino y la profesión enfermera y hay mucha unanimidad porque incluso hace mención de ello la propia OMS, organismo tan poco acusable de «feminista».

El género, desde los años 70, se ha convertido en una de las principales categorías que se utilizan desde el feminismo para el análisis de la sociedad y de la historia.

Yo comparto la opinión expresada por Rivera, en el sentido de que la categoría género, si se utiliza correctamente, es un instrumento de análisis y de creación de saber de las mujeres, no de saber sobre las mujeres. Pero antes de pasar más adelante, parece oportuno que me detenga un momento respecto a las limitaciones y ventajas de la «teoría de los géneros».

La principal crítica efectuada es que al utilizar esta categoría, se corre el riesgo de centrarse sólo en una cada vez más refinada definición de los roles que produce, sin entender que lo importante son las políticas sexuales que los posibilitan y determinan una estructura desigual de poder en todos los ámbitos donde se aplican.

Trabajar desde la perspectiva del género es hablar no tanto de las mujeres sino de lo que los hombres creen que somos las mujeres. Por tanto, aplicar ese modelo de análisis a la evolución de la profesión enfermera tiene el peligro de que nos limitemos a destacar sólo aquello a lo que hemos sido reducidas a hacer.

Aun así, ahora mismo es la línea de trabajo que me parece más atractiva ya que, a pesar de sus indudables limitaciones, creo con Joan W. Scott (1987) que «*al estudiar los sistemas de género, aprendemos que no representan la atribución funcional de roles sociales biológicamente prescritos, sino un medio de conceptualización cultural y de organización social.*»

Analizar la historia de las enfermeras, de la Enfermería y de su proceso de

## El género se ha convertido en una de las principales categorías que se utilizan desde el feminismo para analizar la sociedad y la historia

profesionalización desde la perspectiva del «género» puede ayudar a entender los mecanismos internos (de colonización intelectual) y externos (de represión) limitadores de nuestra aportación profesional.

Una vez comentados sus inconvenientes y posibles ventajas, empecemos con algunas generalidades respecto a la teoría de los géneros.

Dicha teoría, en tanto que modelo para interpretar la realidad y la historia, se sistematiza a principios de los años 70. Su principal aportación, vivida como tremendamente emancipatoria, fue librar a las mujeres, y a las profesiones con ellas identificadas, de la condena del «biologicismo», de lo «natural»...

Permitió mirar con otros ojos, más críticos, todo aquello que nos había sido inculcado como inherente a nuestro ser; como inalienable: el cuidado de los enfermos y los niños, el ámbito de lo doméstico, la intuición, la ternura, la debilidad, la ligereza y tantos otros valores «femeninos» que, en nuestro caso y durante muchos años, han servido para definir a la «enfermera ideal».

La antropóloga Margaret Mead escribió hace 60 años una frase que resume tres de los conceptos clave de la teoría de los géneros:

«hagan lo que hagan los hombres, aunque sea vestir muñecos para una ceremonia, ello aparece siempre dotado de mayor valor.»

«Valor», «dotado» y «hombre» son esos conceptos fundamentales:

— «**Valor**» porque en la relación entre los géneros hay un orden jerárquico, cuya primacía ostenta el varón...

— «**Dotado**» porque dicho valor no está determinado por la naturaleza...

— «**Hombre**» frente a mujer...

Más adelante profundizaré en estos conceptos, pero ahora parece conveniente pasar revista a algunas definiciones básicas. La primera es la de género.

Según Gerda Lerner (1979) el género es la *definición de la conducta apropiada*

da a los sexos en una sociedad y en una época dada.

Partiendo de la idea de que el género es una construcción social integrada por valores y pautas de conducta esperadas, conviene recordar cuáles son los principales atributos que nuestra sociedad considera propios del género masculino y cuáles del femenino. Para hacerlo recurro al documento de la OMS (1988), al que ya he hecho mención. Se trata del libro «Función de las mujeres en la asistencia sanitaria». En él puede leerse:

«en las sociedades occidentales, el estereotipo masculino incluye características tales como *la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad...*

mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por *la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad.*»

La atribución de esos valores «femeninos» y «masculinos» a enfermeras y médicos dentro del sistema sanitario, es una realidad de la que tienen perfecta constancia la mayoría de los actuales profesionales españoles.

En cuanto a la finalidad y al funcionamiento de los estereotipos, Herrero Brasas (1994) señala que «al estereotiparse encasilla a un grupo de individuos en una categoría fija y se atribuye una serie determinada de características a todos los miembros de esa categoría (tanto al grupo en su conjunto como a cada individuo en particular).»

En relación al funcionamiento del estereotipo, el mismo autor señala que las creencias estereotipadas influyen en el individuo que mantiene estas creencias cuando éste intenta recordar información sobre la persona o la profesión estereotipada y, en consecuencia, tiende a tener una memoria selectiva y a reinterpretar acontecimientos relativos

al individuo o grupo estereotipado de manera que se ajusten al estereotipo.

Se producen los fenómenos de *memoria constructiva* y *recuerdo preferencial* en que el individuo que tiene este tipo de creencias (por ejemplo, «que las enfermeras dependen del médico»), prioriza en su memoria aquellos aspectos que refuerzan su creencia estereotipada.

Hasta aquí algunas necesarias definiciones generales. Ahora, destacaré las principales ideas que constituyen la teoría de los géneros, señalando al final de cada una de ellas, cómo se utilizan para la marginación del discurso enfermero.

Seguiré, en cuanto a la teoría de los géneros, el estudio realizado por Milagros Rivera (1994) en su libro «Nombrar el mundo en femenino» y para el análisis de las formas de marginación, las ideas contenidas en el artículo «Ámbito doméstico y autorreproducción social» de Dolores Juliano.

La primera de las ideas que destaca Rivera es:

*La teoría de género establece la distinción entre datos biológicos y género.*

Esta diferencia es la aportación crucial de la teoría de los géneros al análisis de la historia de las mujeres y, por supuesto, de las enfermeras.

La identificación de los cuidados con una función «natural» de la mujer, ha sido durante siglos el principal instrumento de colonización intelectual<sup>(2)</sup> y de marginación empleado para limitar el desarrollo de la ciencia de los cuidados y del poder de quienes son sus depositarias y saben ejercerla.

Los mecanismos de marginación derivados funcionan en dos sentidos, produciendo:

- una definición externa de valores, posibilidades e imagen y
- un «acotamiento espacial.»

En el caso de las enfermeras, los valores que sustentan sus actuaciones, las posibilidades de su práctica profesional y la imagen que deben transmitir vienen definidos extrínsecamente, estable-

2. Entiendo por *colonización intelectual* aquel mecanismo a través del que se inculcan en el colonizado los valores que permiten el mantenimiento de su subordinación y de marginación de los ámbitos de decisión.

ciéndose desde fuera los márgenes en los que se pueden mover.

No hay posibilidades de libertad y si se producen intentos en este sentido, éstos son seriamente castigados.

El segundo mecanismo de marginación es lo que Juliano denomina el «acotamiento espacial.»

En el caso de la mujer, el «acotamiento espacial» la confina físicamente al ámbito de la reproducción (el hogar) e intelectualmente al espacio de lo privado, mientras que el hombre puede y debe actuar en el mundo externo, es decir, en el territorio de la política, la economía y lo social.

Así es también en la profesión enfermera. Las enfermeras, dentro del sistema sanitario, pueden «moverse» en el ámbito doméstico del mismo, que no es otro que el de la asistencia directa (el de la «producción», podríamos decir parafraseando a Juliano) pero el espacio externo (donde se decide en nombre de los intereses de todos) es masculino.

Las dos ideas siguientes de la teoría de los géneros, relacionan género y poder. La primera de ellas es la relativa a que:

*En todas las sociedades conocidas, el género es un principio básico de organización social.*

Como dice Victoria Sau (1984) a este respecto, «el género es aquella parte del comportamiento humano que tiene que ver con el sexo a fin de que no queden dudas sociales acerca de cuál es uno y cuál el otro.»

Los valores y atributos de género definen el posible marco en el que debe moverse un individuo (o una profesión) para responder a las expectativas sociales, ocupando, de este modo, el espacio de reconocimiento y autoridad que le ha sido asignado.

La segunda idea considera que:

*este principio de organización que es el género no opera de manera neutra... siendo prácticamente universal el predominio del género masculino sobre el femenino.*

Por supuesto, existen mujeres que han tenido influencia y poder, pero esta influencia y este poder no están legitimados culturalmente. Refiriéndose a esto, Joan W. Scott ha escrito que el poder que poseen las mujeres tiende a

ser percibido como manipulador, como disruptivo de las relaciones sociales o como fuera de lugar y escasamente importante ya que, si acaso, son «la gran mujer que siempre hay detrás de un gran hombre». Por tanto, concluye Scott, «el género es el medio por el cual se articula el poder.»

En el sistema sanitario, en el entorno donde se reproducen los estereotipos sociales, y en relación al poder de las enfermeras, el paralelismo es evidente y sus consecuencias suponen graves obstáculos. Comentaré tres aspectos de la marginación a la que se enfrenta el posible «poder enfermero»:

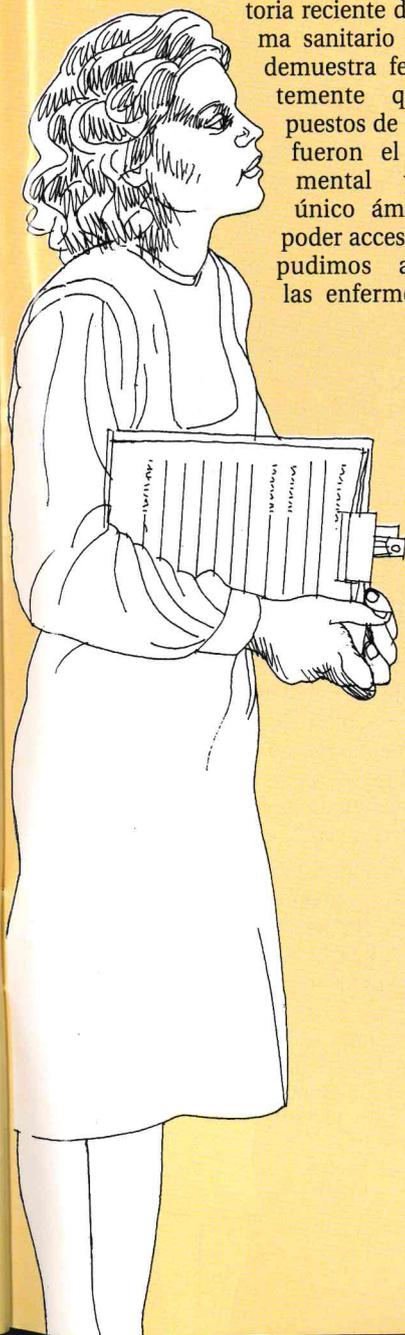
El primero es la *restricción de la comunicación*. Se realiza fundamentalmente obstaculizando el intercambio de infor-



mación entre enfermeras, al no asignársele lugar ni horarios. Los médicos sí tienen esos espacios específicos, ¿dónde están los espacios y los tiempos de intercambio de información entre enfermeras?

El segundo obstáculo al poder enfermero es *la dificultad de acceso real a los puestos de verdadero poder*. A partir de una determinada cuota de poder o influencia (y salvo contadísimas excepciones), se cierra el paso a las enfermeras a través del simple mecanismo de establecer un nivel de titulación que excede el suyo (el A frente al B). Se deja abierta, eso sí, la puerta a los puestos de «asesoría.»

En este sentido, la historia reciente del sistema sanitario español demuestra fehacientemente que los puestos de asesoría fueron el fundamental y casi único ámbito de poder accesible que pudimos alcanzar las enfermeras. Yo



misma, en una conferencia (3) de 1989 decía al respecto:

*«¿Cuál es la misión del que asesora?: Aconsejar, orientar e incluso influir en el que tiene el poder de tomar las decisiones aunque, manteniéndose siempre dentro de su función, en un estricto segundo plano.»*

La tercera traba es lo que he denominado *la devaluación de las ideas y soluciones aportadas*. Como consecuencia del escaso prestigio que tiene el poder ejercido por las enfermeras en el seno del sistema sanitario, muy frecuentemente se produce una percepción minimizada de las ideas y soluciones que ellas producen. Dicha minimización las obliga, en ocasiones, a buscar «transmisores» de sus ideas a fin de que éstas aparezcan como menos «ofensivas» (menos rompedoras del orden establecido, como dice Scott), cayendo en el —a veces útil pero siempre peligroso— juego de la «madre y Salomón»: da igual quien se atribuya la idea, lo que importa es que salga...

Las dos últimas ideas básicas de la teoría de los géneros de las citadas por Rivera que se comentarán, tienen que ver con la asignación y control del género. Respecto a la primera dicha autora señala:

*el género se asigna a las personas al nacer y el criterio exclusivo de clasificación es la apariencia física en el momento del nacimiento... no existiendo vías fáciles para pasar de un género a otro ... la identidad masculina y femenina parece que se inculcan a través de la socialización.»*

En cuanto al refuerzo del mismo expone:

*«...todas las sociedades tienen formas de control del mantenimiento de la identidad de género a lo largo de la vida, control que suele ser bastante rígido.»*

3. «Enfermería y poder». Conferencia dictada en las «les Jornades d'Infermeria» del Partit dels Socialistes de Catalunya. Barcelona, 24 de febrero de 1989.

## **«Hagan lo que hagan los hombres, aunque sea vestir muñecos para una ceremonia, ello aparece siempre dotado de mayor valor»**

Citaré algunos ejemplos sobre cómo se manifiestan estas ideas sobre la asignación y el control del género en relación a las enfermeras, resaltando su identificación con el estereotipo de género femenino. Me referiré en primer lugar, a los *mensajes de refuerzo*.

De forma constante, se refuerza el estereotipo a través de los estudios y de los ámbitos de trabajo. Si bien nadie puede negar que en los últimos años los mensajes «oficiales» en la formación han cambiado, creo que sería muy interesante analizar los mensajes «extraoficiales», aquellos que se cuelan sólo con el permiso del subconsciente. No vaya a ser que nos esté pasando como con la co-educación y los libros de texto actuales de los niños que, cuando se han estudiado en profundidad, se han descubierto impregnados de machismo y discriminación hacia la mujer.

En cuanto al ámbito del trabajo de las enfermeras, hay que pararse a mirar no sólo las funciones cotidianas que desempeñan sino, sobre todo, el acceso real que tienen a las responsabilidades del sistema que, en teoría, pueden y deben realizar «aquellos que sean más capaces» sin importar su cualificación de base.

El segundo y muy eficaz sistema para mantener en el «margen» es *la dificultad para construir una autoestima independiente*.

Partiendo de la especificidad «natural» de la conducta femenina, se supone que la mujer está más inclinada que el hombre para la vida sentimental y que en ella encontrará la justificación de su posición secundaria y la legitimación de su existencia. Vida sentimental que se define en base al autosacrificio, la generosidad, la tolerancia, el servicio y la entrega. De este modo, la autoestima se construye a partir de su capacidad para «darse» a los otros, para «ser» en función de los demás.

Estas ideas también pueden aplicarse a las enfermeras ya que, aunque exagerado, éste es el esquema del modelo de la enfermera «entregada», olvidada de sí en razón del cuidado de los otros.

Por último, comentaré *el elevado coste de la de-generación*.

Las enfermeras que se atreven a «degenerarse», o sea a adoptar actitudes e ideas que se consideran fuera del estereotipo, deben pagar un alto precio. Precio que consiste en la pérdida de la identidad, la discriminación por «rareza», «masculinidad», los «chistes fáciles»... Y en el fondo, un sinfín de mecanismos que fomentan su desvalorización personal y profesional.

Si su opción es desempeñar puestos de poder, se ven abocadas a construir caminos inexistentes, intermedios o mezcla de los dos posibles. Y por último, las enfermeras, como el resto de las mujeres, están obligadas a combinar y realizar las responsabilidades de los dos géneros: la carga familiar y el trabajo, desarrollando lo que la socióloga A. Durán (1987) llama el tiempo «circular» (en el que se mezclan continuamente ambos roles) frente al tiempo «lineal» de los varones.

De esta necesidad de desarrollar las funciones de ambos géneros, se deriva la exclusión de determinados ámbitos de poder —y de las prerrogativas que comportan—, porque se producen a «deshora» para las mujeres: después del trabajo, por la noche, en días no laborables. Me refiero, por ejemplo, a muchas actividades políticas, sindicales, de asociaciones y colegiales.

Hasta aquí se ha cumplido el primer objetivo propuesto que era el de argumentar la identificación entre las enfermeras y el estereotipo femenino y destacar sus consecuencias marginadoras.

A continuación, trataré una forma de marginación especial, aquella que se deriva del miedo que las propias enfermeras y enfermeros sienten frente a alguien que es capaz de aportar, en el seno de nuestro texto, un discurso distinto.

## Nuestro miedo a la diferencia o el complejo de Procusto

Dice la mitología que Procusto era un bandido del Ática que unía a su condición de salteador, una peculiaridad: odiaba la diferencia. Su odio, llevado al extremo, le hacía comportarse como un

monstruo. Cuando encontraba a una víctima propicia (diferente, digamos) la tendía en un lecho de hierro que tenía al efecto y si el infeliz sobresalía del lecho, lo aserraba. Si, también por infeliz, no llegaba a las medidas del lecho, Procusto lo estiraba por medio de cordeles hasta conseguir llevarlo al cumplimiento de su «normalidad.»

Dice también la mitología que Procusto fue muerto por Teseo, después de aplicarle el mismo tipo de tormento a que él sometía a sus víctimas.

Parece, visto con ojos de hoy, que en el fondo del odio de Procusto (como en el de todos los odios), estaba el miedo: el miedo a la diferencia. Pero qué es eso de la diferencia que ha producido y produce tanto miedo...

V. Volkoff (1984), la define como:

*«Carácter o conjunto de caracteres que distingue una cosa de la otra.»*

Y sigue diciendo este autor, «la diferencia como tal, es el soporte del conocimiento. Sólo por sus diferencias puede la inteligencia captar las cosas. La discriminación es su primera función y el mundo no le es accesible sino en la medida en que está compuesto por elementos distintos. No podría haber conocimiento del caos... La diferencia no sólo es el soporte del conocimiento; es también el del amor. No amamos por sus cualidades a quien amamos... sino por sus diferencias. Lo indiferente no es amable...»

Y termina preguntándose *«¿cómo quiere que ame algo que no tiene identidad? ¿Cómo quiere que reconozca una identidad a lo que no tiene alguna diferencia?»*

Y si la diferencia es algo tan trascendental, entonces ¿cuál es el motivo real del miedo que produce?

La respuesta es sencilla, la diferencia da miedo porque «contesta» el discurso de la «normalidad» de los que no son capaces de salirse de los estrictos márgenes marcados.

Y no me refiero a diferencias extremas. Estoy hablando de la excesivamente cotidiana estrechez mental que hace que miremos mal a las y los que adoptan el modelo de Orem, frente al más común de Henderson o sencillamente a quienes hacen aquello que deben hacer.

Cuántas veces no hemos visto que alguien es descalificado por el único motivo de que cumple con su obligación: se preocupa de sus pacientes, utiliza bien el material, no le importa quedarse un rato más y, en resumen, da ejemplo de trabajo «profesional».

Con excesiva frecuencia, la reacción frente a esa actuación excelente (4) es desvirtuarla, desanimarla (decimos «Por algo lo haré», «Total, a fin de mes vas a cobrar igual») y en última instancia, si ello nos es posible, alejamos de nuestro entorno (marginamos) a quien la realiza.

Sin duda, puede pensarse que exagero y que ésta es sólo una forma de marginación «menor» ¡Ojalá así fuera y estuviera yo equivocada en mi apreciación!

A mi modo de ver, no sólo no es una forma «menor» de marginación sino que constituye un grave problema. Primero porque la marginación se produce en el seno del propio colectivo. Quienes marginamos somos las propias enfermeras y ello ya es motivo importante de preocupación. En segundo lugar, considero que es un grave problema porque su práctica resulta tremendamente empobrecedora para el conjunto del colectivo. Con ella nos privamos, en la mayoría de los casos, de la aportación de las y los mejores y condenamos a nuestro ejercicio profesional a una ineficaz medianía

Por supuesto, dicha marginación no es una tónica general. Ocorre sólo cuando las circunstancias se conjugan de manera que se hacen posibles los «entornos marginadores», ambientes en los que la «normalidad» se caracteriza por:

- Una estructura rígida que propicia temor a los cambios.
- Escasa o nula exigencia de normas

4. «Excelente»: en el sentido de «aquél que cumple con su función», utilizado por Victoria Camps (1991).



de calidad de la actuación profesional.

- Carencia de sistemas de evaluación de la eficacia de los recursos y, por tanto, elevado grado de impunidad respecto a los resultados del trabajo.
- Fuerte endogamia.
- Inexistencia de control y retroalimentación social.

que, estoy segura, muchos reconocen en parcelas del propio sistema sanitario y también de la Universidad.

Frente a esta forma de marginación deseo resaltar dos ideas. La primera es que estoy absolutamente convencida

de que quienes practican dentro del seno de nuestra profesión esta exclusión de las diferencias, lo hacen sólo

movidos por el deseo de conservar un orden basado en la intolerancia y en la escasa competencia profesional.

La segunda es que vivir la diferencia es difícil pero no se puede renunciar a ello sin riesgo de traicionarse en lo profundo, en lo que uno es realmente.

Mi propuesta de actuación para quienes son enriquecedoramente diferentes, es doble. Por un lado, que «minimicen» la diferencia «formal» para poder seguir siendo radicales en la importante, en la de fondo.

En segundo lugar, que conviertan el pago por su diferencia, que siempre es duro, en inversión de futuro.

Utilicen su memoria para esta conversión. Yo, hasta ayer tan «desmemoriada», he aprendido gracias a Mario Benedetti la importancia de los recuerdos. Él, hace unos meses, citaba en un artículo dedicado a las consecuencias de la dictadura militar argentina, un poema de Rafael Courtois. El poema, muy breve, dice tan sólo:

*"Un día, todos los elefantes  
se reunirán para olvidar.  
Todos, menos uno,"*

Benedetti terminaba su magnífico artículo, dedicado a la importancia de conservar, sin rencor pero con el necesario detalle, la memoria de la ignominia de la que hemos sido capaces, diciendo «mientras quede un solo elefante que recuerde, ese recuerdo puede llegar a cambiar la historia de un país.»

Yo, con la fe de las convencidas, propongo que para luchar contra la marginación interna que produce el miedo a la diferencia, construyamos archivos de los hechos y de las actuaciones, que nos permitan ser los y las elefantes memoriosas que sepan utilizar los recuerdos, insisto, rigurosos pero sin rencor, como eficaces herramientas para construir un futuro profesional mejor.

## Mujeres enfermeras: Respuestas desde el margen

Los títulos no son, casi nunca, azarosos. Al menos el de esta última parte de mi trabajo no lo es. Se llama así, «respuestas desde el margen» porque ésta

es, en síntesis, mi propuesta: mantenerse y trabajar desde el «margen».

Buscar en los diccionarios un poco antiguos, y encontrar que todo lo relativo a la marginación me remitía a los espacios de la escritura, me ayudó a construir una imagen mental de la que surgió lo que propongo.

Imagínense que, efectivamente, nuestro sistema sanitario, es un escrito, de una página, en la que coexisten dos textos: el mayoritario (y por tanto, el principal) y otro, marginal, realizado en otro lenguaje; inspirado en otros valores y conductas distintos al patriarcado y contrarios a sus mecanismos de dominación.

Mi opinión, mi propuesta, es que quien sabe y puede escribir ese texto alternativo, no debe integrarse (en el sentido de identificarse o diluirse) en el texto principal.

Debe seguir en el espacio donde es posible el otro lenguaje,

- *infiltrándose en el texto mayoritario para cambiarle el sentido.* Para lograr modificar la estructura de las frases y aun empleando las mismas palabras, hacer que el contenido del texto sea totalmente distinto.

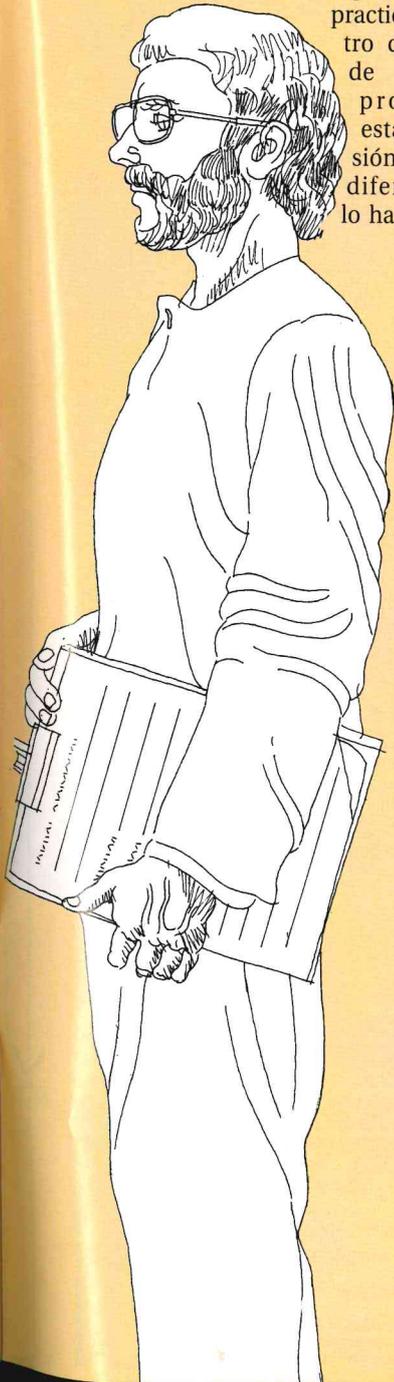
Debe seguir en el margen

- *trabajando en la diversidad para conseguir que todos los «textos» terminen siendo la clara expresión del ejercicio de la tolerancia,* o sea, del convencimiento de que no hay una única verdad y del profundo respeto hacia las diferencias de todos los seres humanos.

Ésta es básicamente mi propuesta pero de ninguna manera deseo que mi aportación a esta reflexión sobre las enfermeras y la marginación, se quede en un nivel de abstracción excesivamente general.

Por eso, voy a concretar, pasando revista a una serie de estrategias que, como muy bien señala Juliano, han ido desarrollando las mujeres a lo largo de la historia en su intento de escapar de los estrechos límites de su marginación.

Destaco dichas estrategias porque, también en este caso, vienen siendo aplicadas por las enfermeras desde hace tiempo y considero que, actualmente, son instrumentos eficaces para superar la marginación.



La primera es lo que se denomina «el salto por encima de la norma». Dicho «salto» se produce a través del sobrecumplimiento de las tareas asignadas: a las enfermeras se les encarga cinco y hacen diez.

Con ello, en muchas ocasiones logran demostrar que, realmente, su valía es muy superior a las tareas que se les asignan e incluso, se logran introducir discursos «disonantes» o fragmentos de ellos, pero esta estrategia es combatida desde dos frentes:

- Desde la acusación de «metomentodo», produciéndose una desvalorización precisamente por la «excesiva eficacia» («sabe de todo», «de todo opina»), tanto mayor cuanto mayor es la eficacia contestataria.
- Desde la asignación de «carácter de excepción». La que vale se considera una «excepción» de la que pronto se encuentra justificación («ha estudiado otra cosa», «no tiene familia»), dejando de ser considerada enfermera. Se la desclasa, situándola en un terreno de nadie, también marginal.

La segunda estrategia son los intentos de redefinición de los modelos socialmente asignados.

En España se está trabajando ahora mucho en ello, la propia AEED es un ejemplo, pero ha sido una estrategia poco usada, muy probablemente por el hecho de que los líderes profesionales y sindicales son varones. Ellos sí han intentado esta redefinición, otra cosa es que el nuevo modelo propuesto sea compartido por la parte femenina del colectivo.

La tercera estrategia para librarnos de los «márgenes» es la *asociación con otros sectores cuestionadores*, propiciando cambios sociales que impliquen también una nueva determinación de los roles tradicionales.

Este sí ha sido un sistema utilizado por las y los enfermeros españoles, sobre todo en la historia reciente. Así, han adoptado actitudes de gran interés y participación en todo el proceso de «reforma sanitaria» e igualmente, frente a todas aquellas innovaciones (de gestión o de método) que permitan cuestionar el estrecho rol asignado y ampliar la aportación enfermera.

La cuarta línea de actuación ha sido

## Se supone que la mujer está más inclinada que el hombre para la vida sentimental y que en ella encontrará la justificación de su posición secundaria y la legitimación de su existencia

la de *propiciar reformas legales que mejoren la situación*.

Los últimos años de evolución de la Enfermería en España, son una demostración constante del intento de utilizar los mecanismos legales del sistema para lograr su modificación. Se ha trabajado duramente para conseguir la estructuración de la Atención Primaria de Salud, los organigramas de los hospitales, y los estudios de Diplomatura por citar sólo tres ejemplos.

Ahora, siguen trabajando en la consecución de la Licenciatura y del derecho a la investigación.

Por último, hay que destacar que las enfermeras (también como las mujeres) están utilizando la estrategia de *recuperar y reivindicar sus prácticas seculares* que les han sido expropiadas, intentando establecer las adecuadas genealogías y reescribiendo la historia de manera que en ella se haga visible su presencia.

Éste es, sin duda, un eficaz método para generar confianza en las propias capacidades y situarse en la mejor postura posible para luchar contra los intentos de marginación del discurso enfermero.

Para terminar deseo destacar sólo dos cosas.

Luchar contra la marginación es, ante todo, una cuestión de actitud; un ir por la vida sabiendo que una construye su capital de humanidad (el verdaderamente importante), a través de las interrelaciones con los otros, conociendo y valorando su diversidad.

Creo también, de acuerdo con las modernas teorías de la complejidad, que sólo el que está en la zona de los «intercambios profundos» (en las intersecciones) y sabe adaptarse a ellos, tiene posibilidades de vivir. Por fuera de esta zona, sólo puede esperarse la oscuridad y lenta entropía.

Mi propuesta es que las enfermeras y enfermeros sigan en su tarea básica de

mantener y promover la vida, dedicando su trabajo a quienes sufren por su «anormalidad», sea cual sea el origen de la misma.

Para decirlo más claramente utilizaré un pequeño texto de la escritora mallorquina Carme Riera, del que he hecho una versión libre.

En síntesis, mi proposición para luchar contra la marginación es que las enfermeras se mantengan en la zona de las intersecciones, donde se da la enriquecedora diversidad, y dediquen su esfuerzo profesional a todos aquellos y aquellas que les necesitan...

O sea,

A las mujeres  
A los que les falta un tornillo  
A los que se pasean del brazo de la anormalidad  
A los difíciles  
A los aislados  
A los «de-generados»  
A aquellos a quienes confunde mucha belleza...  
Pero también a todos los demás

### BIBLIOGRAFÍA

- Benedetti Mario. El elefante memorioso. Madrid. Artículo «El País»; 24/3/95:13-14
- Camps Victoria. Virtudes públicas. Madrid: Espasa-Calpe, 1991.
- Goffman Erving. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1989.
- Juliano Dolores. Ámbito doméstico y autorreproducción social. Material Mimeografiado. Documentación del Máster de «Estudios de la Mujer» de la Universidad de Barcelona. Barcelona, 1988.
- Herrero Brasas Juan A. La sociedad gay: una invisible minoría. Madrid: Claves de razón práctica 1993; 36:20-33 y 37:26-42.
- OMS. Función de las mujeres en la asistencia sanitaria. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988.
- Riera Carme. Te deix, amor, la mar com a penyora. Barcelona.
- Rivera Garretas María-Milagros. Nombrar el mundo en femenino. Barcelona: Icaria, 1994.
- Sau Victoria. Diccionario ideológico feminista. 2.ª ed. Barcelona: Icaria, 1989.
- Scott Joana W. Gender. The American Historical Review. 91(1986) 1053-1975. [Trad. en James Amelang y Mary Nash, eds, Historia y género 23-56].
- Volkoff Vladimir. Elogio de la diferencia. El complejo de Procusto. Barcelona: Tusquets editores. Cuadernos Ínfimos 13, 1984.