



# La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España

**Autora:**

Rosamaría Alberdi Castell

Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen del Rocío"

**Dirección de Contacto:**

Rosamaría Alberdi Castell. Avda. Manuel Siurot, s/n. Sevilla.

El objetivo del presente artículo es presentar un análisis de la situación actual en que se encuentra el colectivo enfermero en España, teniendo en cuenta los avances conseguidos en su proceso de profesionalización.

Dicho análisis se hace desde la perspectiva de género, y en él se intenta demostrar la hipótesis de que la identificación de la profesión enfermera con el estereotipo de género femenino ha tenido y tiene consecuencias a la hora de conseguir el pleno desarrollo de las características profesionales.

Para empezar, es necesario definir con claridad las ideas que constituyen las premisas conceptuales del presente trabajo.

La primera de ellas es que para que un grupo ocupacional pueda denominarse "profesión", debe haber culminado su "proceso de profesionalización", entendiendo bajo ese concepto el camino que debe recorrer un grupo que ejerce una determinada ocupación para adquirir el conjunto de características que la sociedad considera que definen a una profesión.

La segunda es la relativa a que en nuestro entorno socio-cultural, se asignan distintas características (valores, atributos, posibilidades de desarrollo personal y social...) a los individuos en función de su pertenencia al género femenino o masculino. A partir de dicha asignación se produce un fenómeno de generalización, por el cual también se atribuye a algunas ocupaciones o profesiones su pertenencia al estereotipo de género femenino o masculino. Y de forma más concreta en las profesiones del sistema sanitario, se da una fuerte identificación de la Medicina con el estereotipo de género masculino y de la Enfermería con el de género femenino.

Por último, en tercer lugar, partiendo de la idea de que el género es siempre una construcción social integrada por valores y pautas de conducta esperadas, conviene recordar cuáles son los principales atributos que nuestra sociedad considera que son propios del género masculino y cuáles del femenino. Para hacerlo se puede recurrir, por ejemplo, al documento de la OMS (1988) "Función de las mujeres en la asistencia sanitaria", en el cual se dice: "... 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".

Establecidas las premisas, se inicia el análisis de la situación actual del proceso de profesionalización de la Enfermería española, a partir de la afirmación sostenida por Gracia (1994) en relación a que, en realidad, las profesiones clásicas son sólo tres: el sacerdocio, el derecho y la

medicina, y aclara que únicamente esta última ha podido integrarse como propio el hecho de la ciencia moderna. Esto hace que la evolución de la medicina pueda ser utilizada como paradigma de todos los oficios u ocupaciones que han intentado o intentan convertirse en profesiones

A este trabajo le sirve especialmente el modelo de la medicina ya que representa el otro estereotipo de género: el masculino. Además, la estructura y el funcionamiento de la medicina como profesión han sido ampliamente estudiados por prestigiosos expertos como Mintzberg y Parsons, cuyas ideas sirven de base para el presente análisis.

En relación a los trabajos de Parsons, cuando en los años 30 formuló los caracteres distintivos de una profesión, concluyó que hay 4 elementos que definen un rol profesional: la especificidad funcional, el universalismo, la orientación hacia la colectividad y la neutralidad afectiva.

Bajo el concepto de "especificidad funcional", entiende Parsons el hecho de que un profesional es alguien con formación específica en un campo determinado del saber, lo cual le concede autoridad en ese ámbito y no en otro.

Al intentar aplicar este enunciado a la Enfermería, la primera cuestión que se plantea es quién concede la "autoridad" a un profesional. Y para responderla, es necesario, en primer lugar, intentar aclarar qué se entiende por "autoridad". En el contexto del presente trabajo, dicho término comprende los de "reconocimiento" y "competencia para actuar y dictar normas".

Partiendo de esta concepción de la "autoridad", parece claro que quien la otorga a una profesión

• • • • •  
**La actuación  
enfermera se realiza  
en lo que se viene  
denominando  
"la zona oscura",  
aquella parte de la  
intimidad personal  
que se maneja de  
forma autónoma, y  
que las personas no  
desean recordar  
cuando se han  
restablecido de su  
proceso patológico**



es la sociedad: concediendo un título (reconocimiento) y presentando sus necesidades al profesional para que actúe sobre ellas, dictando pautas de comportamiento de acuerdo a su criterio.

En el caso concreto de las enfermeras españolas, esta autoridad no se ha conseguido plenamente, ya que puede decirse, parafraseando a Fredison, que todavía no han convencido a la sociedad de que “ofrecen un trabajo que tiene algún interés especial”. Con toda probabilidad, en el origen de esta carencia de “especificidad funcional” se halla la identificación de la Enfermería con el estereotipo del género femenino.

Para sostener esta idea va a hacerse referencia a tres peculiaridades de la profesión enfermera

que están íntimamente ligadas al hecho de que los cuidados son un trabajo tradicionalmente ejercido por las mujeres, lo que dificulta de forma notable la adquisición de “especificidad funcional”. Estas peculiaridades ya han sido objeto de trabajos anteriores (Alberdi, 1993) por lo que se repasarán de forma muy general.

La primera de ellas es que el trabajo enfermero, como el de las mujeres en la atención doméstica y familiar, es percibido como “natural”, intrínseco a la condición femenina. Y aquéllo que es “natural” no cuesta esfuerzo y por tanto no se valora.

La segunda es que la actuación enfermera se realiza en lo que se viene denominando “la zona oscura”, aquella parte de la intimidad personal que normalmente se maneja de forma autónoma, cuya mención no es bien aceptada socialmente, y que las personas no desean recordar cuando se han restablecido de su proceso patológico.

La última de dichas peculiaridades de la profesión enfermera que actúa como una dificultad a la hora de adquirir “especificidad funcional”, es la falta de un saber monopolístico, o sea, de un conocimiento exclusivo por parte de los y las enfermeras.

Por su importancia es necesario analizar este punto con profundidad. Efectivamente, la Enfermería, como el resto de disciplinas, cuenta con un contenido conceptual que le es propio. Pero la transformación de ese contenido en “saber aplicado”, en actuación concreta y visible, siempre debe hacerse –porque ello es un elemento esencial de la identidad de nuestra profesión– a través del conocimiento del otro.

Las enfermeras pueden saber, y saben en realidad, cosas del otro que el otro no sabe, pero es su misión trabajar constantemente para que llegue a saber sobre él mismo todo lo que pueda saber. Sólo así se cumple el principio profesional irrenunciable de promocionar el autocuidado, de trabajar para conseguir que el otro alcance la máxima independencia.

Los dos siguientes atributos que define Parsons, que son el “universalismo” (la no discriminación de nadie) y la “orientación hacia la colectividad”, son cumplidos ampliamente por la profe-



sión enfermera, tanto por los valores derivados de su identificación con el estereotipo, como por tratarse de una profesión de servicios.

Para terminar de analizar los caracteres profesionales definidos por Parsons, centrémonos en lo que él llama la "neutralidad afectiva", o sea, la separación tajante de las relaciones profesionales y afectivas.

Dicho concepto admite, al menos, dos interpretaciones bien distintas. Por un lado, puede desprenderse del mismo que los profesionales deben aplicar una ciencia neutral, que esté "más allá del bien y del mal". Es decir, como si fuera posible hacer ciencia independientemente de la científica o el científico que la lleve a cabo.

Pero si de esa características definida por Parsons se traduce la necesidad de una ciencia "objetiva" que no se subjetivice al convertirse en práctica, debe concluirse que las enfermeras difícilmente podrán alcanzar el atributo de "neutralidad afectiva", porque va contra su ética, la "ética del cuidado" que tiende a desarrollar una especial sensibilidad hacia las necesidades del otro y a practicarse a través de la empatía.

La segunda posible interpretación es más amplia y puede definirse como la necesidad de que los profesionales impriman a cada una de sus actuaciones un componente de "representación" (de "performance", en términos de Allué, 1996). "Representación profesional" que, sin perder los atributos de empatía y de compasión que son esenciales para el establecimiento de toda relación de cuidado, asegure que el eje de dicha relación es la cobertura de las necesidades del paciente e impida una intromisión indeseable de los sentimientos e intereses de los profesionales.

Una vez analizados los cuatro atributos de las profesiones definidos por Parsons, pasemos a centrarnos en el trabajo de H. Mintzberg (1984). Mintzberg, autor actual muy conocido por quienes se dedican a la gestión, es un experto cuyo campo de interés es el estudio de las organizaciones; considera que uno de los puntos débiles de la literatura sobre éstas es que no consigue relacionar la descripción de la estructura con la del funcionamiento de la organización. Él intenta llenar ese vacío, y

seguramente ahí está la parte más interesante de su aportación, a través de la definición de lo que llama las "configuraciones estructurales", modelos de organización que comprenden la descripción de la estructura y de todos los flujos que en ella se producen: autoridad, material de trabajo, información y procesos de decisión que se producen.

En el presente trabajo se utiliza el modelo de configuración estructural que Mintzberg denomina "burocracia profesional" ya que la misma explica, en esquema, cómo funciona una organización profesional.

Se tratan sólo ocho de las muchas características que define Mintzberg para las "burocracias profesionales", ya que se considera que son las más relevantes a la hora de valorar el grado de desarrollo conseguido por la profesión enfermera.

Las primeras ideas hacen referencia a la coordinación y preparación en las "burocracias profesionales". Dice Mintzberg:

**1.-"El principal mecanismo de coordinación es la normalización de las habilidades y conocimientos".**

**"La preparación y el adoctrinamiento son fundamentales, dándose ambos en la formación de pre-grado"** (en la formación de post-grado lo que se pretende es "recordar" y "ponerse al día").

Comparando estos enunciados con la situación de la profesión enfermera, pueden destacarse dos cuestiones principales:

Parece que el sistema sanitario no desea otra "normalización" de las habilidades y conocimientos de las enfermeras que la que asegura la realización de las técnicas derivadas del diagnóstico y tratamien-

• • • • •  
**Una mirada a las actuales políticas de personal de las instituciones sanitarias públicas, permite decir que las enfermeras no reciben de las organizaciones donde trabajan adecuadas "recompensas profesionales"**

## La "ética del cuidado" tiende a desarrollar una especial sensibilidad hacia las necesidades del otro, y a practicarse a través de la empatía

to médico. Incluso muchos de los intentos de "normalización" que se llevan a cabo actualmente (si entendemos por eso la confección de protocolos), se hacen en base a la disciplina médica.

Las enfermeras tienen una dificultad clara para "adoc-trinar", porque el "adoc-trinamiento" es algo más que la transmisión de habilidades, ya que la doctrina contiene la filosofía profesional (el modelo). Dicha dificultad se deriva, tanto del

hecho de que una gran parte del profesorado de las Escuelas no reconoce la necesidad de adoptar un modelo profesional en el que basar sus enseñanzas, como de que una inmensa mayoría de los enfermeros y enfermeras que llevan a cabo la tarea de formar a los alumnos en el campo de prácticas, aplican en el trabajo diario métodos propios de los estudios de ATS, exclusivamente centrados en la aplicación de la técnica.

En este sentido, es interesante resaltar que una gran parte del colectivo enfermero actual es consciente de que esta carencia de doctrina representa un grave problema para su desarrollo profesional. Ante esto, se intenta entonces solucionar dicha carencia a través de actividades de formación continuada y especializada; intento que está casi siempre destinado al fracaso ya que no es esa la función de ese nivel y tipo de formaciones.

En este sentido, si la profesión enfermera en España está planteándose como una prioridad el conseguir objetivos de profesionalización (formarse en la disciplina y conseguir a través de ello la normalización de las habilidades y los conocimientos), el único camino eficaz es la implantación y el desarrollo de los niveles académicos de Licenciatura y Doctorado

La segunda idea de Mintzberg hace referencia a las normas. Su enunciado es:

**2.-"La burocracia profesional basa sus normas en la autoridad de naturaleza profesional (el experto). Las normas surgen, la mayoría de las veces, en**

**las asociaciones de expertos: Asociaciones científicas, Colegios profesionales, que se aseguran de que se impartan en las Universidades y sean utilizadas en la práctica".**

En relación a las enfermeras españolas, la pregunta que se plantea es ¿quiénes son las expertas y expertos y/o las comunidades científicas enfermeras con autoridad profesional suficiente para establecer normas? Seguramente, la respuesta es que actualmente no existen o no son percibidos como tales, lo que viene a ser lo mismo.

Con toda probabilidad, en esa situación ha influido de forma fundamental la colonización interna producida por el estereotipo que ha provocado y provoca:

- escaso reconocimiento intra-profesional
- poca o nula práctica en hacer "genealogía profesional"
- vivencia de la propia aportación como "natural" y, por tanto, escasa de valor.

En relación al funcionamiento de las profesiones y a las tareas básicas de los profesionales, Mintzberg dice:

**3.-"El núcleo de operaciones de la profesión funciona como un repertorio de programas normativos. En este sentido, el profesional tiene dos tareas básicas: a) categorizar la necesidad del cliente de acuerdo con una contingencia predeterminada, indicando así el programa normativo que habrá de utilizar, tarea denominada "diagnóstico", y b) aplicar o ejecutar dicho programa".**

Como se sabe, la mayoría de la profesión enfermera trabaja de acuerdo con diagnósticos médicos y dedica una importante parte de su tiempo tanto a funciones de colaboración con dicho diagnóstico como al mantenimiento de la estructura del sistema sanitario.

La identificación con el estereotipo ha obstaculizado mucho que las enfermeras puedan hacer orden simbólico y nombrar el mundo con el que trabajan desde su propio lugar de enunciación (Rivera, 1994), o sea, desde la perspectiva única que da el conocimiento de la disciplina enfermera. Aun así, se está en camino de conseguirlo ya que esto es lo que aportan los modelos profesionales y sus correspondientes categorías diagnósticas.



En cuanto al control de la calidad del trabajo que realizan los profesionales, Mintzberg considera que:

**4.-“A menudo, cada profesional trabaja con sus propios clientes, sujeto únicamente al control colectivo de sus colegas, que lo prepararon y adoctrinaron en un principio y que conservan posteriormente el derecho a censurarlo si no trabaja como es debido”.**

La primera parte de la característica no se cumple o no se percibe así en lo que respecta a las enfermeras y, por tanto, tampoco puede cumplirse la segunda parte correspondiente a la censura.

Aun expresado este criterio, es necesario destacar que éste es uno de los apartados del análisis que ofrece más dudas. Dudas que pueden traducirse en las siguientes preguntas, cuya respuesta deberá elaborar el conjunto del colectivo:

¿Quién controla la calidad del trabajo de las enfermeras y los enfermeros?; ¿quién tiene capacidad de censurar?; ¿a quién le otorgan las enfermeras capacidad de control?; ¿existe una censura “institucional” que trasciende lo laboral?

La quinta característica de las que describe Mintzberg como propias de las burocracias profesionales está en relación con la identidad y la construcción del prestigio profesional. Su enunciado es:

**5.-“El profesional suele identificarse más con su profesión que con las organizaciones con las que trabaja ya que es de aquéllas de quien recibe el renombre (una parte muy importante de sus recompensas profesionales)”.**

En la actualidad, esta circunstancia no se da en las enfermeras ya que tienen poca identificación laboral pero también demuestran escasa identificación profesional. Además, parece que entre muchas y muchos de las enfermeras y enfermeros, el “renombre” se valora más cuando procede de la profesión médica.

De todas formas, una mirada, por superficial que sea, a las actuales políticas de personal de las instituciones sanitarias públicas, permite decir que las enfermeras tampoco reciben de las organizaciones donde trabajan adecuadas “recompensas profesionales”. En este sentido, sólo hace falta fijarse en los baremos que aplican en la provisión de plazas o incluso lo que se valora en los tribunales de las oposiciones de las Escuelas de Enfermería, aspec-

tos frecuentemente intrascendentes a la hora de medir la capacidad como profesor, o incluso como enfermero, de las y los opositores.

Siguiendo con el mismo tema, en cuanto a la promoción de los profesionales, Mintzberg opina que:

**6.-“Entre los profesionales, la promoción no está relacionada con la ascensión en una escala administrativa sino con el progreso profesional o con la capacidad para hacer frente a problemas profesionales cada vez más complejos”.**

El estereotipo aceptado por el sistema sanitario no admite esto de las enfermeras. Por el contrario, muchas veces aquéllas que son creativas y asumen fácilmente responsabilidades son “castigadas”. Su “de-generación” (o sea, su intento de escapar de los estrechos límites del estereotipo de género), es vivida como transgresora del orden establecido y frecuentemente son marginadas, incluso por sus propias colegas, dentro de la vida de la Institución. En este sentido es necesario recordar que las sociedades tienen unos fuertes mecanismos de control de los estereotipos que “castigan” a quienes se esfuerzan por salirse de los mismos (Herrero,1993).

En cuanto al papel que los profesionales desean desempeñar en el conjunto de las organizaciones a las que pertenecen, Mintzberg opina que:

**7.-“Los profesionales dentro de las organizaciones no sólo controlan su propio trabajo sino que también ansían un control colectivo de las decisiones administrativas que les afectan”.**

Es cierto que las enfermeras ansían dicho control pero la duda que se plantea es si la finalidad del mismo es profesional o laboral.

Por fin, la última característica de las descritas por Mintzberg hace referencia a los directivos de los profesionales. Dice el autor:

**8.-“El administrador profesional (a tiempo completo) sólo conserva su poder mientras los profesionales siguen opinando que sirve “efectivamente” a sus intereses”.**

Desde la actual experiencia parece que nada tiene que ver el poder de los y las directoras de Enfermería con la opinión profesional que tengan de ellos sus colegas enfermeros. Muy probablemente la dificultad para construirse como profesión, derivada de la identificación con el estereotipo, hace, también, que los directivos y directivas enfermeras sigan viendo limitada su actuación a jefes de personal.

Una vez finalizado el repaso respecto a la situación de la profesión enfermera española en relación a la consecución de las características que son propias de las profesiones, parece que hay pruebas más que suficientes para afirmar que existe una fuerte identificación entre la profesión enfermera y el estereotipo femenino y que ésta ha afectado y afectado de forma negativa a su proceso de profesionalización.

En este sentido de profundizar en los aspectos que dificultan o pueden favorecer la consecución por parte de las y los enfermeros españoles de todas las características profesionales, es necesario destacar la utilidad de trabajar con la teoría de género, ya que si bien no carece de limitaciones, sin duda son ventajas mucho mayores.

Por este motivo, todas las personas interesadas en el desarrollo de la profesión enfermera deben fomentar la realización de investigaciones desde esta perspectiva metodológica, para lograr que las enfermeras puedan recuperar su genealogía ahora mismo enmascarada o sencillamente expoliada. Y para conseguir hacer el orden simbólico que permita “nombrar la realidad”, encontrando la coherencia entre la perspectiva enfermera y el entorno en que se desarrolla la práctica cotidiana.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- OMS *“Función de las mujeres en la asistencia sanitaria”*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988.
- 2.- Gracia Guillén, D. *“Orígenes de la Enfermería española. Una profesión y su historia”*. JANO, Vol. XLVII,1098:53, 1994.
- 3.- Mintzberg, H. *“La estructuración de las organizaciones”*. Barcelona, Editorial Ariel, 1984
- 4.- Alberdi Castell, R. *“Las enfermeras para el tercer milenio”*. ROL de Enfermería, 178: 43-50. Junio, 1993.
- 5.- Allué, M. *“Perder la piel”*. Barcelona, Planeta/Seix Barral, 1996.
- 6.- Rivera Garretas, M.M. *“Nombrar el mundo en femenino”*. Barcelona, Icaria,1994.
- 7.- Herrero Brasas, J. A. *“La sociedad gay: una invisible minoría”*. Madrid. Claves de razón práctica,1993, 36:20-33 y 37:26-42.