



# 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.





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-







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.