

Universitat de les Illes Balears – 2008

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Programa de Doctorado Interuniversitario en Enfermería y Salud Internacional

Tesis Doctoral



Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)

Doctoranda

Margalida Miró Bonet. Miembro del grupo de investigación Determinantes Sociales de la Salud (DSS), Universitat Illes Balears e Historia de la Salud (GIHS), Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut

Directora

Dra. Denise Gastaldo. Faculty of Nursing. University of Toronto. Canadá

Universitat de les Illes Balears – 2008

Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Programa de Doctorado Interuniversitario en Enfermería y Salud Internacional

Tesis Doctoral

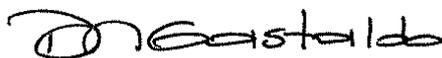
¿Por qué somos como somos?

**Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la
identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976)**

Doctoranda: Margalida Miró Bonet. Miembro del grupo de investigación Determinantes Sociales de la Salud (DSS), Universitat Illes Balears e Historia de la Salud (GIHS), Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut



Directora: Dra. Denise Gastaldo. Faculty of Nursing. University of Toronto. Canadá



Ponente: Dr. Andreu Bover Bover. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears.



Universitat de les Illes Balears, Diciembre 2008

RESUMEN

La cuestión básica que guía esta investigación es avanzar en el esclarecimiento de cuáles han sido los procesos de continuidad y transformación que han constituido la/s/ identidad/es/ profesional/es de los/as enfermeros/as en España entre 1956 y 1976. Esto permitirá poner de manifiesto los discursos dominantes y transformadores, así como las relaciones de poder que constituyeron a la profesión en dicho período.

Esta investigación está guiada por el paradigma crítico social y las perspectivas teóricas postestructuralistas y postfeministas. Desde estas perspectivas he conceptualizado la identidad profesional como un complejo entramado histórico, social y político que está en un proceso dinámico de construcción, deconstrucción y reconstrucción y no como una entidad psicológica, estable y definitoria de la profesión.

Planteo un estudio de análisis de discurso de carácter genealógico de manuales de moral profesional dirigidos a los/as ATS y, de entrevistas a profesionales que vivieron este período como estudiantes, profesoras y profesionales de Enfermería mediante técnicas de análisis textual y documental.

La constitución de la identidad profesional durante este período en nuestro país se ha formado por una compleja articulación discursiva y de relaciones de poder dominantes y transformadoras. Entre los dominantes cabe destacar los discursos de género, técnico, biológico y biomédico, y las relaciones de poder disciplinario, pastoral y de autogobierno. Respecto a las transformadoras cabe señalar el paso de un discurso residual de moral cristiana a un discurso laico y social, y la emergencia de discursos de concienciación profesional, lucha y resistencia. Estas transformaciones se sucedieron influenciadas por factores como particularidades del propio contexto sociopolítico, los intercambios internacionales, la creación de redes y plataformas nacionales y la participación en asociaciones y encuentros científicos.

Este estudio sugiere que los discursos y las relaciones de poder, emergidos a mediados del siglo XX en nuestro país tienen implicaciones en la posición actual de la enfermería en nuestro país. Estas implicaciones hacen referencia a la reproducción de prácticas profesionales, políticas y sociales sobre la profesión, como el discursos humanistas como resistencia al dominio médico, las diferencias de género, la dependencia social y profesional, el anonimato profesional y el papel de intermediación del profesional.

AGRADECIMIENTOS

Muchas han sido las personas que me han acompañado en este largo viaje. Algunas están ahí desde el inicio, otras han ido apareciendo felizmente a lo largo del camino para quedarse, con todas he aprendido y con ellas me he enriquecido en experiencia y conocimiento. Después de haber recibido tanto, me veo en la preciosa necesidad de dar Gracias.

A todas los/as enfermeros/as que abrieron sus corazones y recuperaron de sus memorias momentos de tensión, luchas, reconocimientos e ilusiones tanto personales como profesionales. A las personas que me han prestado de forma tan generosa imágenes y material fotográfico con las que he podido ilustrar este estudio.

A Denise Gastaldo por sus meticulosas revisiones, sus valiosas aportaciones, su complicidad y su espíritu alentador que me han permitido desarrollar este trabajo con mayor discernimiento. Contigo he descubierto el verdadero espíritu académico, el interés incansable por la ciencia, a la mujer entusiasmada y divertida, y al instrumento bien afinado que, en vez de originar todos los ruidos del mundo, produce siempre la nota precisa.

A Gloria Gallego, Rosa Miró, Sioban Nelson, Dagmar Meyer, Concha Zaforteza, Andreu Bover, Cristina Moreno, Carlos Vilafafila y Elena Lorente por contar con su amistad, su pensamiento creativo y sus enriquecedoras reflexiones. A Aina Rosselló su paciencia y su entrega en la revisión del estilo lingüístico de este proyecto.

A mi padre y mi madre quienes me han enseñado a reír, pensar y amar, por su fidelidad, y por hacerme creer que mi trabajo es importante.

A Toni por allanarme el camino, por cuidarme y mimarme tanto, por reforzar cada pequeño paso que he ido dando. Gracias por estar en mi vida, por la confianza incondicional que depositas en mí, y sobretodo por el respeto hacia mi deseo de dedicar parte de mi vida a seguir explorando.

Me gustaría dedicar este proyecto a todas aquellas personas que a lo largo de la historia no les ha preocupado pensar de forma distinta a como pensaban ayer, porque solamente cuando dudamos, estamos vivos.

CONTENIDOS	Pág.
RESUMEN	3
AGRADECIMIENTOS	4
CAPÍTULO 1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS	
1.1 Exigencia/s/ reflexiva/s/	12
1.2 El estilo del texto, reflejo de la perspectiva teórica	13
CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZACIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	
2.1 Contextualización histórica y social: la Dictadura Franquista (1939-1975)	16
<i>2.1.1 Repercusiones de la dictadura franquista en la política sanitaria, en la educativa y en los derechos de las mujeres</i>	18
2.2 Contextualización profesional: la profesión enfermera en España en el Siglo XX	23
<i>2.2.1 Inicio de la profesionalización laica: primera mitad del Siglo XX</i>	23
<i>2.2.2 Nuevos planteamientos para la profesión desde 1950 hasta 1976</i>	29
2.3 Perspectiva nacional e internacional sobre la identidad profesional de la enfermería	40
<i>2.3.1 Diferencias entre la perspectiva nacional e internacional</i>	40
<i>2.3.2 Similitudes entre la perspectiva nacional e internacional</i>	43
2.4 El ejercicio de las relaciones de poder en enfermería	45
CAPÍTULO 3. ORIENTACIÓN TEÓRICA Y PROBLEMÁTICA DEL ESTUDIO	
3.1 Orientación teórica	48
<i>3.1.1 Paradigma crítico social</i>	48
<i>3.1.2 La perspectiva teórica postestructuralista: espacios de duda y reflexión</i>	50
<i>3.1.2.1 La genealogía del discurso: continuidades, transformaciones y rupturas</i>	52

3.1.2.2	<i>Los discursos como regímenes de verdad</i>	54
3.1.2.3	<i>Las prácticas de poder y saber</i>	56
3.1.2.4	<i>Las estrategias de ejercicio de poder</i>	59
3.1.3	<i>La perspectiva teoría Feminista Postestructuralista</i>	62
3.2	Una mirada postestructuralista y postfeminista de la identidad profesional: plurarilidad y diversidad	65
CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN		
4.1	¿A qué trato de responder?	69
4.1.1	<i>Objetivo general</i>	70
4.1.2	<i>Objetivos específicos</i>	70
4.2	Diseño y tipo de estudio	70
4.3	Materiales, participantes y muestra intencional	72
4.3.1	<i>Manuales históricos de moral profesional</i>	72
4.3.2	<i>Entrevistas a estudiantes y profesoras</i>	77
4.3.3	<i>Entrevistas a profesionales</i>	79
4.4	Recogida de los datos	80
4.4.1	<i>Manuales históricos de moral profesional</i>	80
4.4.2	<i>Entrevistas a estudiantes y profesoras de las Escuelas de ATS</i>	81
4.4.3	<i>Entrevistas a profesionales</i>	82
4.5	Análisis de los datos: el modelo de análisis genealógico	83
4.6	Rigor metodológico	87
4.7	Consideraciones éticas	89
CAPÍTULO 5. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS		
5.1	La construcción discursiva de los/as profesionales	90
5.1.1	<i>El médico, autoridad científica</i>	91
5.1.2	<i>La enfermera perfecta, vocacional, dócil y habilidosa</i>	92

5.1.3	<i>La enfermera, profesional infravalorada y anónima</i>	98
5.1.4	<i>La enfermera busca una enfermería diferente</i>	101
5.2	La construcción discursiva de dos profesiones	103
5.2.1	<i>Medicina, saber exclusivo y profesión con prestigio</i>	103
5.2.2	<i>Enfermería, profesión sacrificada, disciplinada y vocacional</i>	106
5.2.3	<i>Enfermería, saber menor y hacer mecánico</i>	112
5.2.4	<i>Retos en el presente profesional</i>	116
5.3	La construcción discursiva de las relaciones profesionales entre médico/s/, enfermera/s/, paciente/s/ y familia/s/	117
5.3.1	<i>Subordinación, fiscalización y culpabilización</i>	117
5.3.2	<i>La mediación entre el médico y el paciente</i>	122
5.3.3	<i>Resistencias en las relaciones entre médico y enfermera</i>	123
5.3.4	<i>Relaciones distantes y dificultosas entre enfermera y paciente</i>	125
5.3.5	<i>La relación enfermera y paciente, entre el consuelo y la disciplina</i>	137
5.3.6	<i>Reconocimiento emocional de los pacientes al trabajo de las enfermeras</i>	130
5.3.7	<i>La familia, un obstáculo en la práctica de las enfermeras</i>	130
5.4.	Los factores contextuales en la construcción discursiva	133
5.4.1	<i>Contexto sociopolítico</i>	133
5.4.2	<i>Intercambios internacionales</i>	135
5.4.3	<i>Participación en redes nacionales</i>	137
5.4.4	<i>Reorganización de los servicios médicos</i>	138
CAPÍTULO 6. DISCUSION/ES/ DE LOS RESULTADOS		
6.1	Los manuales y las entrevistas, fuentes en el análisis genealógico	140
6.2	Los discursos y las relaciones de poder dominantes. Legitimadores de prácticas	141
6.2.1	<i>Discursos dominantes</i>	142

6.2.1.1	<i>Discurso de género, educadas para servir</i>	142
6.2.1.2	<i>Discurso técnico, "hacer" dependiente y rutinario</i>	144
6.2.1.3	<i>Discurso biológico y biomédico, la enfermedad y el médico como centro de atención</i>	145
6.2.1.4	<i>Silencios, discursos con valor en la sombra</i>	145
6.2.2	<i>Relaciones de poder dominantes</i>	146
6.2.2.1	<i>Poder disciplinario, estrategias normalizadoras</i>	147
6.2.2.1	<i>Poder pastoral, estrategias de orientación</i>	150
6.2.2.1	<i>Poder de autogobierno, estrategias autoaplicadas</i>	151
6.3	Discursos y las relaciones de poder transformadores. Tácticas emergentes y espacios de divergencia	151
6.3.1	<i>El discurso residual de moral cristiana, una herencia (re)vivida</i>	152
6.3.2	<i>Los discursos transformadores: emergencias y resistencias</i>	154
CAPÍTULO 7. (IN)CONCLUSIONES. CONSIDERACIONES FINALES		
7.1	Limitaciones del estudio	157
7.2	Nuevas exigencias reflexivas. Transformación de la investigadora	158
7.3	Nuevas aportaciones sobre la constitución de la identidad profesional, espacios relacionales de micropoder	161
7.3.1	<i>¿Cómo somos? (In) conclusiones de un análisis genealógico</i>	161
7.3.1.1	<i>Profesionales divididos entre el humanismo y la tecnificación</i>	162
7.3.1.2	<i>Profesión de saber menor y complementario</i>	165
7.3.1.3	<i>Profesionales vinculados/as a espacios de subordinación</i>	166
7.3.1.4	<i>Profesionales para todo, sin especialización</i>	168
7.3.1.5	<i>Profesionales que reproducen una mirada patológica y tecnológica</i>	169
7.3.1.6	<i>Profesionales sin voz propia</i>	170
7.3.2	<i>¿Por qué somos como somos? Socialmente contruídos y culturalmente variables</i>	172

7.3.2.1 <i>El poder normalizador de las relaciones de género en la profesión</i>	173
7.3.2.2 <i>La construcción social e histórica de las identidades profesionales</i>	174
7.3.2.3 <i>La reproducción de discursos represivos dificulta entender el poder como constructivo y transformador</i>	175
7.3.2.4 <i>Las resistencias como estrategias contrarias al poder y no como empoderamiento profesional</i>	175
7.4 Perspectiva/s/ de futuro	176
BIBLIOGRAFÍA	178
APÉNDICES	
Apéndice 1. Plan de estudios de ATS de 1953	204
Apéndice 2. Plan de estudios de ATS de 1955	205
Apéndice 3. Índice del libro, Miranda RM^a. (1956). <i>Moral profesional para el Ayudante Técnico Sanitario</i>. Madrid: Gráficas Onofre Alonso	206
Apéndice 4. Inventario de manuales de moral profesional dirigidos a ATS publicados entre 1956 y 1976	207
Apéndice 5. Información para profesionales entrevistados/as	211
Apéndice 6. Guía de entrevista estudiantes y profesores/as (versión castellano)	212
Apéndice 7. Ficha sociodemográfica para estudiantes y profesores/as (versión castellano)	213
Apéndice 8. Guía de códigos de transcripción	214
Apéndice 9. Ficha sociodemográfica para profesionales (versión castellano)	215
Apéndice 10. Guía entrevista profesionales (versión castellano)	216
Apéndice 11. Consentimiento informado estudiantes y profesores/as (versión castellano)	217
Apéndice 12. Consentimiento informado profesionales (versión castellano)	218
Apéndice 13. Codificación de las categorías profesionales: médico	219

Apéndice 14. Codificación de las categorías profesionales: enfermera	220
Apéndice 15. Citas del código “cualidades morales” de la categoría profesionales: enfermera, emergidos en los manuales	222
Apéndice 16. Codificación de la categoría profesiones: medicina	223
Apéndice 17. Codificación de la categoría profesiones: enfermería	224
Apéndice 18. Citas del código “dureza y sacrificio” de la categoría profesiones: enfermería, emergidos en las entrevistas	226
Apéndice 19. Codificación de la categoría relaciones profesionales: enfermera y médico	228
Apéndice 20. Codificación de la categoría relaciones profesionales: enfermera y paciente	229
Apéndice 21. Codificación de la categoría relaciones profesionales: enfermera y familia	230
Apéndice 22. Citas del código “subordinación” de la categoría relaciones profesionales: enfermera y médico, emergidos en los manuales	231
Apéndice 23. Codificación de la categoría factores contextuales	234
Apéndice 24.A Reflejo del dominio médico en la regulación de leyes. Decreto 74/2007, de 18 de mayo. Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la sanidad Valenciana. Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.	235
Apéndice 24.B Reflejo del dominio médico en la regulación de leyes. Ley de Sanidad básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 15 de Noviembre de 2002.	236
Apéndice 24.C. Reflejo del dominio médico en el uso del lenguaje en los registros clínicos. La reproducción del término “órdenes” en los registros clínicos.	237

ILUSTRACIONES

Portada. Enfermeras y estudiantes. Hospital Casa Salud de Valdecilla. 1956	0
--	---

Fig 1. Propaganda. Dictadura Franquista. 1958	20
Fig 2. Enfermera. 1924	25
Fig 3. Escuela de Enfermeras. Casa Salud de Valdecilla, Santander. 1940.	25
Imagen cedida por la Escuela de Enfermería. Universidad de Santander	
Fig 4. Escuela de Enfermeras. Casa Salud de Valdecilla, Santander. 1940.	26
Imagen cedida por la Escuela de Enfermería. Universidad de Santander	
Fig 5. Promoción de ATS 1971. Escuela de ATS Mare de Déu de Lluc. Palma de Mallorca.	30
Fig 6. Reglamento interno. Escuela de Enfermeras de la Ciudad Sanitaria Provincial “Franciso Franco”. Madrid, 1972	31
Fig 7. Escuela de ATS de Mare de Déu de Lluc. Palma de Mallorca. 1964.	32
Fig 8. Alumnas y profesorado. Escuela de ATS Mare de Déu de Lluc. Palma de Mallorca. 1962.	33
Fig 9. Enfermeras. Hospital son Dureta. Palma de Mallorca. 1965.	35
Fig 10. Enfermera y médicos. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. 1966.	35
Fig 11. Enfermeras y auxiliares. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. 1973.	35
Fig 12. Cartilla. Consejo Nacional Auxiliares Sanitarias Enfermeras ATS. Colegio provincial de Badajoz	36
Fig 13. Título de Diplomado en Enfermería. Ministerio de Educación y ciencia.	37
Fig 14. Mapa conceptual del referencial teórico	50
Fig 15. Caricatura de Michael Foucault. Extraída de http://es.wikipedia.org/wiki/Michael_Foucault	51
Fig 16. Portada manuales para primer curso de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario. Ediciones 1956, 1965 y 1971	73
Fig 17. Monitoras de la Escuela de ATS de Mare de Déu de Lluc. Palma de Mallorca, 1973	77

CAPÍTULO 1. ASPECTOS INTRODUCTORIOS

Antes de adentrarme en la contextualización y revisión de la literatura, quisiera comentar los intereses y las motivaciones que han influido de forma significativa en el planteamiento y desarrollo de esta investigación y, algunos aspectos del estilo lingüístico de este proyecto.

1.1 Exigencia/s/ reflexiva/s/

Entiendo que en gran medida soy resultado de las huellas de mi historia y de mis circunstancias, que me han constituido como persona, no sólo desde un punto de vista académico e investigador, sino desde mi subjetividad y sensibilidad como mujer y enfermera.

En este apartado expongo las motivaciones, las intenciones, las vivencias, y los intereses que me han llevado a plantear, analizar y reflexionar sobre este fenómeno de estudio desde esta particular orientación. Todos estos elementos son fundamentales para clarificar las perspectivas teóricas utilizadas, así como la posterior recolección, interpretación y discusión de los datos obtenidos en el estudio (Robles, 2000; Pope, Ziebland y Mays, 2000; Ratcliffe y González del Valle, 2000; Souza, 2002).

Una de las primeras circunstancias que me han llevado a investigar un tema como este se remonta al primer año de carrera cuando descubrí la esencia de una profesión que hasta el momento conocía muy poco. En aquel primer año, ya me pareció que cuidar es una función primordial, y que a su vez la envuelve una gran complejidad. Pero por otra parte, también fui descubriendo como la enfermería y sus profesionales son en muchas ocasiones silenciados/as y poco reconocidos/as en el sistema de salud y en la sociedad. A lo largo de mi carrera profesional he podido constatar como muchos/as enfermeros/as sumergidos/as en dinámicas profesionales y sociales reproducen, en ocasiones de forma inconsciente, discursos y relaciones de poder históricos convirtiéndose en agentes de esta silenciamiento profesional.

A esta experiencia le debo sumar mi propia vivencia como persona de un tiempo y lugar específico. Por un lado, el contexto histórico, compartido con los de mi generación, en el que hemos vivido importantes transformaciones en todos los niveles, económicos, sociales y culturales. Entre ellas, destacaría por su importancia en este trabajo la transición entre los valores ligados al rol de género tradicionales y actuales. Esta transición en ocasiones plantea conflictos en la búsqueda de autonomía e igualdad de género en la propia familia, conflictos en el ámbito profesional por la reivindicación de la equiparación y reconocimiento de la

competencia profesional, etc. Teniendo en cuenta que la profesión enfermera es mayoritariamente femenina y que su objetivo básico es cuidar, estos valores ligados al género modulan la manera en que entendemos el cuidado y el rol de la propia profesión tanto a nivel profesional como social.

También debo destacar la influencia de la orientación de mi formación universitaria. Inicié los estudios de Enfermería en el año 1992, en una Escuela Universitaria con una filosofía humanista, cuyo profesorado entendía la Enfermería como una profesión con una perspectiva disciplinar propia. El hilo conductor de mi orientación profesional se ha caracterizado por afianzar la aportación única y diferenciadora como enfermera en el sistema de salud. Por este motivo, desde los distintos contextos, responsabilidades y proyectos que han formado mi trayectoria profesional clínica, gestora y docente he tratado de clarificar y profundizar en aquellas señas de identidad nucleares y esenciales de la enfermería. Estas señas de identidad iban orientadas fundamentalmente hacia la atención de las personas desde una orientación cuidadora y no médico-curativa.

Y finalmente, debo apuntar que desde que formo parte del equipo de profesorado de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears mi docencia e investigación han estado vinculadas al área de Fundamentos de Enfermería e Historia de los Cuidados. Estas áreas aportan al currículum las bases históricas, filosóficas, conceptuales y metodológicas de la Enfermería.

Estas circunstancias y, con toda certeza, otras de las que ahora mismo no dejo constancia han propiciado mis inquietudes sobre aquellas cuestiones relativas a los procesos que han constituido las identidades profesionales de los/as enfermeros/as en nuestro país, y que permiten entender ¿Por qué somos como somos en la actualidad?

1.2 El estilo del texto, reflejo de la perspectiva teórica

El texto de esta investigación toma una forma y un tono peculiar como reflejo de la perspectiva teórica desde la que se orienta. He decidido escribir en primera persona porque este estudio ha resultado ser un proceso reflexivo, afectivo, ético y transformador como investigadora. Además es un recurso que promueve una relación más dinámica del lector con el texto. En nuestro contexto puede resultar algo extraño pero es habitual en la literatura anglosajona, donde el/la investigador/a establece una relación más cercana con el/la lector/a.

Con la finalidad de desafiar los sentidos únicos de las palabras y transmitir la pluralidad, la multidimensionalidad y la complejidad de los fenómenos estudiados hago uso de ciertos recursos lingüísticos. Por ejemplo, las afirmaciones condicionadas y encadenadas, las palabras no totalizantes y los dobles significados, como el término herencias (re)vividas, que sugiere que son vividas a día de hoy y recuperadas de una época anterior.

Finalmente, he optado por mantener ambos géneros para referirme a los/as enfermeros/as, excepto en las citas de los manuales y las entrevistas donde respecto el género usado por los/as autores/as o entrevistados/as. Excepto en la revisión de la literatura, para referirme al Ayudante Técnico Sanitario (ATS), uso el término “enfermero/a”, ya que el término ATS no tiene significación en el ámbito internacional, aunque como veremos en nuestro país cada denominación ha tenido connotaciones históricas y profesionales diferentes.

CAPÍTULO 2. CONTEXTUALIZACIÓN Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

En los cuatro apartados de este capítulo recojo aquellos aspectos que permitirán contextualizar este estudio. En el primero, expongo la contextualización histórica y social de este estudio en nuestro país. En el segundo, exploro brevemente el proceso de profesionalización de la Enfermería en España en el siglo XX. En el tercero y cuarto, reviso la literatura nacional e internacional de los últimos 15 años sobre la identidad de la enfermería y de los/as enfermeros/as, y las relaciones de poder en la profesión. Estos últimos apartados permitirán tener una visión más completa sobre las aportaciones científicas realizadas en este campo y las aportaciones originales de esta investigación.

Las estrategias de búsqueda para la revisión de la literatura de cada apartado han sido específicas y diferentes. A pesar de ello, he completado la búsqueda de todos los apartados mediante la consulta de la base de datos de tesis doctorales (TESEO) con el propósito de localizar tesis doctorales relacionadas con la temática de estudio.

En el primer apartado he llevado a cabo una búsqueda de la literatura publicada a partir de 1993, a través del cruce de los descriptores: franquismo, sanidad, educación y mujer en la base de datos ISOC, del Centro de Información y Documentación Científica (CINDOC) del Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). He localizado manuales específicos sobre historia de España, en el catálogo de la Biblioteca Nacional de España (BNE).

En el segundo apartado he llevado a cabo una búsqueda de los estudios publicados desde 1993, cruzando los descriptores: enfermería, ATS, siglo XX y moral profesional. He consultado la base de datos CUIDEN, especializada en publicaciones de Enfermería en el ámbito Iberoamericano y el catálogo de la Biblioteca Nacional de España (BNE) para acceder a manuales específicos sobre historia de la enfermería, planes de estudios y otros documentos históricos como folletos divulgativos publicados por las Escuelas de ATS entre 1956 y 1976.

En el tercer apartado la revisión de la literatura sobre identidad y enfermería ha sido una tarea complicada, fundamentalmente por la variedad en la temática de las investigaciones situadas bajo el término de identidad o identidad profesional. Con la finalidad de explorar en profundidad las temáticas de mayor interés para esta investigación, he ido depurando las estrategias de búsqueda. Primero he realizado la búsqueda por palabras clave en el abstract, y posteriormente en el título, dejando fuera aquellos artículos cuyos descriptores podrían

aparecer en el abstract. He acotado las estrategias de búsqueda entre 1993 y 2007, cruzando los descriptores: identidad, enfermería y género, en la base de datos CUIDEN, especializada en publicaciones de Enfermería en el ámbito Iberoamericano, la base de datos Medline del *Nacional Library of Medicine*, y la base CINAHL del *Index to Nursing & Allied Health Literature*.

En el cuarto apartado, he llevado a cabo una búsqueda de los estudios publicados desde 1993, cruzando los descriptores: enfermería, poder y relaciones de poder. He consultado la base de datos CUIDEN, especializada en publicaciones de Enfermería en el ámbito Iberoamericano, la base de datos Medline del *Nacional Library of Medicine*, y la base CINAHL del *Index to Nursing & Allied Health Literature*.

2.1 Contextualización histórica y social: la Dictadura Franquista (1939-1975)

La profesionalización de la Enfermería Española entre 1956 a 1976 requiere una contextualización histórica, que explique su dinámica en relación con los cambios sociales, políticos y económicos que acontecieron en este período histórico. Entre los múltiples cambios que sucedieron destacó aquellos que influyeron más directamente en el desarrollo de la profesión en nuestro país, como los relativos a la política sanitaria, educativa y la situación de la mujer.

Tras el fin de la Guerra Civil (1936-1939) se instauró la dictadura franquista (1939-1975), un sistema jerárquico, represivo y autoritario, donde imperaba el inmovilismo y el conservadurismo. Los rasgos básicos que caracterizaron este Nuevo Estado fueron el antiparlamentarismo, el antiliberalismo, el partido único configurado como un partido de masas que dirigía la vida del Estado, la concentración de todos los poderes en el líder político, el control absoluto de los medios de comunicación, la glorificación carismática del Jefe y la exaltación nacionalista (De Puelles, 2002). Durante el régimen franquista, el Ejército, la Iglesia y la Falange fueron los apoyos fácticos sin los que el dictador no hubiera podido sobrevivir a las crisis, a las presiones exteriores, a la oposición política, a las protestas obreras y a la soledad del mando (García de Cortázar y González Vesga, 2003). El ejército fue convertido en el centro de la nación y la columna vertebral del estado. Era el arma disuasoria y el instrumento de represión y formación ideológica de la sociedad. La iglesia hizo una labor de legitimación del régimen ante el exterior y ante la sociedad. Y la Falange fue un partido político español, fundado en 1933 por José Antonio Primo de Rivera, hijo del dictador General Miguel Primo de Rivera. La Falange se fusionó posteriormente con las Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista (JONS), quienes clamaban

por la eliminación económica de la burguesía por un lado y odiaban las leyes anticlericales republicanas por otro (Marset, Sáez y Martínez, 1995).

Los treinta y nueve años de franquismo ofrecieron en común el monopolio del poder por parte del general Franco, pero a efectos de análisis, cabe distinguir tres períodos: el primer franquismo (1936-1957), el segundo franquismo (1957-1969) y el tardofranquismo (1969-1975) (González-Ares, 2002; Payne, 1997).

Una vez terminada la Guerra Civil (1939), el gobierno inició una política de autosuficiencia y aislamiento económico respecto a la economía de los demás países, con tendencia a crear un circuito económico cerrado que se prolongó hasta 1951 (González-Ares, 2002; De Puelles, 2002). Durante el primer franquismo se limitó la importación y, al mismo tiempo, se amplió por todos los medios la exportación de mercancías y de capital a otros países, con el fin de reforzar en ellos el propio dominio político y económico y asegurar elevados beneficios al capital monopolista (Payne, 1997). Fueron tiempos de estancamiento económico, de paro, de hambre, de represión, de masivos encarcelamientos, de ejecuciones sistemáticas y de exilio de ciudadanos comprometidos con el bando republicano (González-Ares, 2002).

A partir de 1951 tuvo lugar una apertura del país, en la que España ingresó en la Organización de Naciones Unidas (ONU) y en diferentes organismos europeos (Vilar, 1999). En este período se superó de forma progresiva el período de aislamiento internacional impuesto durante la década anterior. La recuperación económica y el comienzo de la industrialización fueron acompañados de una fuerte inflación. El año 1956 se caracterizó por una intensa agitación social y por la presencia de una vigorosa oposición universitaria. Durante esta época los principios ideológicos del régimen permanecieron inalterables, pero la política fue cambiando para transformarse en liberal. Esto permitió, ya a finales de la década, la aplicación de un modelo económico desarrollista que se manifestó principalmente en los años sesenta, y que caracterizó la segunda etapa.

Durante el segundo franquismo, tuvo lugar la definitiva institucionalización del régimen, se inició la apertura al exterior y con ella la liberación de la economía (López, 2001). El desarrollismo de la década de los sesenta, produjo en España un “boom” económico en un contexto de alabanza europea que favoreció el crecimiento global y el proceso de urbanización del país (De Puelles, 2002). Todo esto, junto con la emigración, que era principalmente masculina, conllevó la necesidad de mano de obra, lo que impulsó la incorporación de la mujer al mundo laboral. Los historiadores están hoy de acuerdo en que

a pesar de los intentos de adaptación, el problema fue que el régimen permaneció fiel a sus orígenes, y, por ello, fue incapaz de responder políticamente a las nuevas demandas de la sociedad. De esta forma, aunque el desarrollo económico produjo buenos frutos, trajo también consecuencias no deseadas por el régimen, entre ellas la de una nueva generación que pidió nuevos rumbos democráticos (De Puelles, 2002; Payne, 1997; Vilar, 1999).

Finalmente, el período llamado tardofranquismo, comprendió desde 1969, cuando Franco designó a D. Juan Carlos de Borbón a título de rey, hasta 1975 en que tuvo lugar la muerte de Franco (García de Cortázar y González Vesga, 2003; González-Ares, 2002). Este período constituyó la fase degenerativa de un sistema político ligado con quien lo había encarnado y representado durante cerca de cuatro décadas (González-Ares, 2002). A partir de entonces las características políticas del franquismo y su excepcional duración influyeron en los inicios del régimen democrático destinado a sucederle. Se inició una transformación que permitió a España integrarse en las pautas culturales europeas (Vilar, 1999).

2.1.1 Repercusiones de la dictadura franquista en la política sanitaria, educativa y en los derechos de las mujeres

De este período cabe destacar el retroceso que el régimen totalitario franquista y la ideología nacionalcatolista que promulgó supusieron en política sanitaria, educativa y en los derechos de la mujer española, conseguidos durante la Segunda República (Domínguez, 1986).

La Guerra Civil y la dictadura franquista posterior enterraron los planes republicanos de crear un sistema de seguridad social descentralizado y con pautas democráticas, y lo sustituyeron por un seguro obligatorio y centralizado. Durante cuarenta años, España se convirtió en un país sin Constitución, en donde los derechos civiles, y entre ellos el derecho a la salud, no fueron protegidos efectivamente. El sistema sanitario siguió una pauta enteramente autoritaria, de tintes falangistas y sin participación de la población (Domínguez, Rodríguez y De Miguel, 1983). El sector sanitario tuvo que esperar hasta los años setenta para volver lentamente a esquemas descentralizados y de tipo democrático, por los que cuarenta años atrás había abogado la Segunda República, y así cerrar un ciclo en la historia de la política sanitaria española (Domínguez, Rodríguez y De Miguel, 1983). Durante la dictadura franquista se planteó una política fiscal centrada en el consumo y no en los ingresos, bloqueándose la dotación presupuestaria en términos de política social y sanitaria (Sánchez, Mazarrasa y Merelles, 2000). Esta política hizo que se impusiese la

seguridad en el puesto de trabajo como la única compensación a la ausencia de libertad sindical y de un sistema de seguridad social eficaz.

Con el fin de garantizar una rápida incorporación de los obreros al trabajo, se creó en 1942 el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que se financiaba con las cuotas obreras y patronales deducidas del salario, junto con una pequeña participación estatal (Sánchez, Mazarrasa y Merelles, 2000). El SOE sentó las bases para la creación de un sistema de seguridad social, como mecanismo para coordinar y unificar toda una serie de seguros sociales que empezaron a proliferar desde 1948, proceso que culminó con la aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social en 1963. Esta ley consolidó el modelo médico de la seguridad social, con el que no sólo se persiguió ampliar la capacidad de regulación del sector público, sino, sobre todo, dar una mayor legitimidad a las estructuras del Régimen. Además, sirvió para estructurar una red asistencial de atención médica, centrada fundamentalmente en el hospital y en la especialización médico-quirúrgica y en unos gastos cada vez mayores en prestaciones farmacéuticas (Sánchez, Mazarrasa y Merelles, 2000). Otro cambio en materia de política sanitaria, que marcó la reestructuración del modelo sanitario, fue la Ley de Bases de Sanidad de 1944. Entre otras cosas, obligó a que en cada provincia hubiese un colegio oficial de médicos, otro de farmacéuticos y otro de auxiliares sanitarios que acogiera en su seno a practicantes, comadronas y enfermeras tituladas (Sánchez, Mazarrasa y Merelles, 2000).

En esta época la profesión médica ejercía un inmenso poder. Tras unos primeros años de rechazo y adaptación forzosa a la asistencia médica colectivizada del seguro de enfermedad, el Consejo General circunscribió su política a la colaboración con el Régimen en la construcción del SOE y la Seguridad Social. Como contrapartida, contó con un margen de maniobra política que aseguraba el monopolio profesional y el control del sistema sanitario público (Sánchez, Mazarrasa y Merelles, 2000).

Durante el franquismo, la política educativa fue reveladora de los valores de autoridad, jerarquía, orden, disciplina, aristocratismo, que caracterizaban la naturaleza del régimen (De Puelles, 2002). La educación fue reflejo de un Estado confesional católico, en el que se unía la exaltación del sentimiento nacionalista con una concepción fundamentalista de la religión (De Puelles, 2002). El sistema educativo fue un medio de consolidación de los valores que le eran favorables y que afectaron de modo importante los fines de la sociedad y del Estado (López, 2001).

La educación fue un campo de enfrentamiento por su monopolio, entre la Falange Española, portavoz de la orientación totalitaria del nuevo régimen y con fuerzas anticlericales en su seno, y la Iglesia jerárquica, que pretendía ser la principal agencia social de la educación (De Puelles, 2002). Debido a acontecimientos exteriores y especialmente al declive y la derrota militar, la Iglesia tuvo una posición hegemónica en la orientación de la educación. Esto hizo que dentro de los nuevos valores que se querían implantar en la sociedad, como el espíritu de sacrificio, la disciplina, la docilidad social y la política, ocuparan una posición preeminente los valores religiosos, pertenecientes a la cultura integrista del catolicismo tradicional o fundamentalista (De Puelles, 2002). La posición hegemónica de la iglesia, no sólo hizo que la religión y la moral pasaran a ser principios fundamentales de la enseñanza, sino que la educación fue considerada durante muchos años como una necesidad y función del individuo, de la familia, de los grupos sociales, de la Iglesia y del Estado (Mayordomo, 1990; De Puelles, 2002).

En el primer franquismo, se destruyó toda la obra progresista educativa que los republicanos habían construido, e implantaron el llamado nacionalcatolicismo, donde las materias escolares de Enseñanza Primaria que tradicionalmente eran prioritarias --- Matemáticas, Lenguaje, etc - se vieron relegadas frente a la Historia de la Patria, Formación del Espíritu Nacional, Religión, Catecismo, Historia Sagrada y asignaturas de Labores y Enseñanzas del Hogar que servirían para que en “las niñas brille la feminidad más rotunda” (Dueñas, 2005).

Para el régimen, la separación física de niños y niñas en la enseñanza primaria fue obsesiva



Fig 1. Progapanga. Dictadura Franquista, 1958.

y trascendió a los contenidos de los textos con distintos mensajes encaminados a abarcar todas las facetas de la vida cotidiana donde expresaban de manera tajante y reiterativa la peligrosidad que conllevaba la proximidad de hombres y mujeres, excepto dentro de la santa institución familiar (Dueñas, 2005). La generación de posguerra recibió un modelo de enseñanza, autoritario y castrante, del que se liberó en la calle y por sus propios medios (García de Cortázar y González Vesga, 2003). A partir de mediados de los sesenta, coincidiendo con un giro del país hacia una economía más libre, los valores ideológicos del

nacionalcatolicismo tendieron a hacerse más flexibles, más permeables a mentalidades y tendencias europeas y modernas (Dueñas, 2005; De Puelles, 2002).

Esta época también supuso un retroceso en los logros conseguidos en los derechos de la mujer española durante la II República (1931-1936) (Bosch y Ferrer, 1997; Maset, Sáez, Martínez, 1995). A lo largo de la dictadura, la involución en la situación de la mujer se reflejó en valores y pautas de comportamiento que para ellas tuvieron un significado ideológico y social muy marcado (Almansa, 2004a; Maset, Sáez, Martínez, 1995). La concepción jerárquica y autoritaria de la vida se reflejó en todo el conjunto de la sociedad, incluso en la familia, que era un ámbito de dominación y de división autoritaria de las tareas.

En el primer franquismo el rol predominante de la mujer española fue básicamente el de madre. La actividad de la mujer era preferentemente doméstica, su marco era la casa, y su vocación, ser la esposa y madre que la Iglesia y la sociedad civil habían arraigado en los ciudadanos (López, 2001; Núñez y Rebollo, 2005). La ideología franquista adoptó las tres “K” alemanas con la siguiente traducción “casa, cocina, calceta”. La mujer era considerada como ser inferior que necesitaba ser protegido por el hombre y cuyo fin último era la reproducción. Especialmente, después de una contienda que se había cobrado unas 300.000 vidas y en unos momentos en los que la mano de obra era escasa. Ambos hechos estuvieron reforzados por el Código Civil de 1889, que contemplaba la abolición del matrimonio civil, la prohibición del aborto y del uso de anticonceptivos así como la prohibición del divorcio. Esta situación de la mujer fue favorecida por una legislación discriminatoria, que le dificultó el acceso al mundo laboral. El Régimen fomentó la natalidad, protegiendo la familia numerosa con subsidios que solamente percibían las mujeres que no trabajaran fuera del hogar. A nivel educativo también se desalentaba a la mujer a trabajar, ya que la educación que recibían las niñas les impedía realizar trabajos cualificados en el futuro. Si la mujer lograba acceder al mundo laboral, debía abandonar el trabajo asalariado una vez hubiera contraído matrimonio, tenía prohibido el trabajo nocturno así como el acceso a determinadas profesiones y la discriminación salarial estaba amparada desde la legalidad.

No fue hasta 1961, coincidiendo con la escasez de mano de obra consecuencia del “boom” económico del país, cuando se revisó la legislación y se promulgó la Ley de derechos políticos, profesionales y de trabajo de la mujer. Esta ley promovió la redefinición del papel de la mujer al incorporarse al mundo laboral, lo que hizo que se introdujeran reformas legislativas que significaron una mínima liberalización de las costumbres. La mujer pudo acceder a profesiones vetadas hasta el momento, a excepción de las relacionadas con el

ejercicio militar. En 1962 se abolió la obligatoriedad de retirarse del trabajo remunerado una vez se hubiera accedido al matrimonio y, finalmente, quedó ilegalizada la discriminación salarial. Con todo, se mantuvo la figura del hombre como cabeza de familia, y la mujer siguió relegada a la autoridad masculina en la legislación laboral y en el código civil (Marset, Sáez, Martínez, 1995).

Por el impacto que supuso para la profesión y para el avance de la sociedad española durante esta época, cabe destacar el papel que desarrolló la Sección Femenina de la Falange, en la que algunas mujeres prestaban servicios gratuitos, por ejemplo como divulgadoras sanitarias (Almansa, 2004a). La Sección Femenina de la Falange, creada en 1934 por José Antonio Primo de Rivera, se encargó de instruir a las jóvenes sobre como ser buenas patriotas, buenas cristianas, buenas esposas y futuras madres de familia. La labor de la Sección Femenina tuvo un gran impacto ya que se dedicó a la formación de mujeres en el cuidado de los recién nacidos, medidas de higiene, atención a huérfanos y formas modernas de organización familiar. Era considerada como agente fundamental para preservar y afianzar un determinado modelo familiar acorde con los valores imperantes (Mayordomo, 1990). Tras estos esfuerzos, era innegable el objetivo adoctrinador de la Sección Femenina (Almansa, 2004b).

Las demandas del país junto con el interés del gobierno en canalizar la vida de las jóvenes, hicieron que la formación de enfermeras adquiriese una gran importancia para la Sección Femenina (Almansa, 2004b). El modelo cultural que el nuevo régimen quiso transmitir tuvo en este campo de la formación una manera de modelar comportamientos de las mujeres y dio a las enfermeras unos valores que se han mantenido vigentes durante años. La Sección Femenina organizó durante la guerra cursillos de formación de enfermeras para paliar la demanda existente, y una vez terminada la guerra, siguió manteniendo su interés hacia esta faceta de formación y orientación de las actividades femeninas creando el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las JONS. Una noción de lo que significó la labor de la Falange durante el período de guerra puede aportarla el dato de que la Sección Femenina tenía durante este período 80.000 enfermeras movilizadas, cifra de profesionales que no se volvió a alcanzar hasta 1976 en el hospital la Paz de Madrid (Domínguez, 1990).

2.2 Contextualización profesional: la profesión de enfermería en España en el Siglo XX

Conocer como ha trascendido la profesionalización de la enfermería en nuestro país y cuáles han sido las principales características de la misma permitirán entender mejor el presente de la Enfermería Española. Exponer todos los cambios que acontecieron en el proceso de profesionalización de la enfermería en la segunda mitad del siglo XX sería muy extenso. Por ello, únicamente expongo de forma breve las características del proceso de profesionalización en la primera mitad del siglo XX y posteriormente aquellos que sucedieron desde mediados de los cincuenta hasta 1976, último año en el que se enmarca este proyecto.

2.2.1 Inicio de la profesionalización laica: primera mitad del Siglo XX

Aunque esta investigación se centra en el período entre 1956 y 1976, creo que es importante exponer brevemente las características de la profesión en la primera mitad del siglo XX, ya que nos permitirá conocer la evolución de las tres vertientes principales – practicante, matrona y enfermera- que hoy configuran la enfermería en nuestro país. La diversidad y la heterogeneidad de los planes de estudios de enfermería en los últimos 50 años ha sido uno de los factores que han originado distintas concepciones de la profesión que todavía hoy están lejos de unificarse (Alberdi 1999; Almansa, 2004a; Canals, 1998; Domínguez, 1986; Hernández, 1996; Siles, 1999).

En la primera mitad del siglo XX podemos destacar las múltiples reformas docentes para la obtención de los diferentes títulos que acreditaban para el cuidado de las personas (Gómez, Hernández y Moral de Calatrava, 1999). A principios del siglo XX se dio estatuto legal a la práctica de los cuidados y la profesión se institucionalizó bajo tres denominaciones - practicante, matrona y enfermera- (Domínguez, 1990).

La publicación de la *Ley de Instrucción General de la Sanidad Pública* de Enero de 1904, supuso un adelanto en las profesiones sanitarias, ya que se reconocieron por primera vez en España la legitimidad de los títulos de practicante y matrona y la regulación de su ejercicio profesional. Nadie podía ejercer una profesión sanitaria sin título que le autorizase para ello (Bernabeu y Gascón, 1999; Domínguez, 1986; Hernández, 1996). Hasta finales del XIX, el personal que proporcionaba cuidados en los hospitales españoles eran fundamentalmente monjas o practicantes, quienes realizaban actividades técnicas concretas (Domínguez, 1986).

La formación teórica y práctica necesaria para poder optar al título oficial de practicante fue especificada por primera vez en la *Ley de Instrucción Pública* del 9 de Septiembre de 1857 (Gómez, Hernández y Moral de Calatrava, 1999; Ortego, 2002a). La consideración social de la que gozaban los practicantes quedó plasmada durante el siglo XX, en el que cargaron de significado una parte fundamental de la historia de las profesiones sanitarias e influyeron decisivamente en la preservación de la vertiente más técnica de la enfermería (Gómez, Hernández y Moral de Calatrava, 1999; Siles, 1999). De hecho, la denominación de practicante ha pervivido durante años, a pesar de las unificaciones legales y el cambio de denominación (Domínguez, 1986).

Los practicantes, la mayoría hombres, realizaban una labor destacada en el ambiente extrahospitalario y rural, donde eran tradicionalmente reconocidos. La *Ley de Instrucción General de la Sanidad Pública* de 1904 habilitó a los Practicantes, como profesión auxiliar de la Medicina y para el ejercicio de las pequeñas operaciones de cirugía menor, bajo disposición de un licenciado o doctor. Fundamentalmente ayudaban a los médicos en todo tipo de intervenciones quirúrgicas, aplicaban medicinas y tratamientos prescritos por los médicos, ponían inyecciones, etc. (Domínguez, 1986; Fernández et al, 2000; Gascón y Cotanda, 1991; Hernández, 1996).

El ejercicio de las matronas empezó a regularse alrededor de 1888, quienes al igual que los practicantes, quedaron bajo jurisdicción médica y limitaron sus actividades a la atención de partos no distócicos (Gómez, Hernández y Moral de Calatrava, 1999). Esta profesión era exclusivamente femenina, tenían especificadas unas funciones concretas, tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, que consistían en atender y asistir partos naturales, cuidar a la embarazada y neonato y ayudar al médico especialista en la asistencia a las embarazadas (Fernández et al, 2000; Gascón y Cotanda, 1991; Hernández, 1996).

Hasta finales del siglo XIX en lo que a las profesiones sanitarias se refería, la legislación se centraba en la labor que practicantes y matronas desarrollaban principalmente en la asistencia domiciliaria. Solamente la iniciativa privada se había ocupado hasta entonces del trabajo de las enfermeras (Fernández et al, 2000). En concreto, sólo había enfermeras en el Instituto Rubio de Madrid, debido a que Federico Rubio y Gali en 1896 creó la Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, la primera escuela de enfermeras de España (Domínguez, 1986).

Federico Rubio fundó esta escuela como consecuencia de sus viajes a Inglaterra, de sus relaciones con personalidades destacadas del sistema sanitario inglés y de su conocimiento

de la Fundación Nightingale. El plan de estudios de esta escuela se basaba en dos años de formación teórica y práctica, impartidas por médicos del hospital la Princesa de Madrid y de formación moral, que recaía sobre las monjas de dicho hospital (Gómez, Hernández y Moral de Calatrava, 1999). El primer requisito que se exigió a las alumnas fue el de practicar la religión católica y vestir uniforme de rayadillo con delantal blanco, en cuyo peto llevaban la Cruz de Malta morada con la corona real bordada en el centro y una inscripción en seda amarilla con el título de la Escuela. Usaban alpargatas abiertas y zuecos de madera. Se las obligó a cortarse el pelo al rape y llevar la cabeza cubierta con un birrete ribeteado de amarillo.



Fig 2. Enfermera. 1924.

A pesar del importante avance que supuso para la enfermería la creación de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, la primera normativa legal que permitió la expedición del título oficial de enfermera, reconocido por el Ministerio de Instrucción Pública, apareció en España el 21 de Mayo de 1915 (Bernabeu y Cotanda, 1991). En esta Real Orden de 1915, a instancias de la Congregación de las Siervas de María, se autorizó a ejercer la profesión de enfermera a quienes

acreditasen tener los conocimientos necesarios, perteneciesen o no a comunidades religiosas, con arreglo al programa establecido.

Las enfermeras constituyeron la última de las vertientes históricas de la enfermería, dado que fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional (Bernabeu y Cotanda, 1991; Siles, 1999). La promulgación de esta normativa, vino a dar cobertura legal a la enfermería, ejercida hasta el momento por personas que se



Fig 3. Escuela de Enfermeras. Casa Salud de Valldecilla. Santander, 1940.

dedicaban a los cuidados de los enfermos, tanto religiosas como seglares. Por ello, se considera a las enfermeras como las herederas de una tradición milenaria asumida por mujeres, ya sea en el ámbito doméstico o movidas por un ideal religioso (Siles, 1999).

Los estudios de enfermera tenían una duración de 2 años, contemplaban enseñanzas teóricas y prácticas, al final de los cuales se obtenía un certificado de aptitud para ser

enfermeras en medicina y cirugía. Su formación tenía un carácter técnico y vocacional, con una marcada dependencia del estamento médico y unas connotaciones exclusivamente femeninas de la profesión. En esta época, las enfermeras ayudaban a los médicos en la sala de operaciones, en los dispensarios, y en las enfermerías. Proporcionaban información al médico, estaban en la cabecera del enfermo en hospitales y domicilios, hacían guardia de doce horas, aplicaban remedios, limpiaban, planchaban y ejecutaban órdenes (Domínguez, 1986; Fernández et al, 2000; Ortego, 2002b).

En la mayoría de las escuelas de enfermeras se declaró como finalidad el deseo de emancipación de la mujer, aunque el criterio de consideración social de la mujer seguía siendo de inferioridad y dependencia. Las escuelas ofrecían una posibilidad para las mujeres que se adaptaban a los valores morales imperantes en la época; ofrecían una actividad digna, respetable para la mujer, exaltándose el altruismo, y los valores morales e intelectuales (Domínguez, 1986).

Entre las titulaciones de practicantes y enfermeras existían algunas diferencias, tanto en los contenidos como en la orientación de la enseñanza. Las enfermeras cursaban sus estudios



Fig 4. Escuela de Enfermeras. Casa Salud de Valldecilla. Santander, 1940.

en escuelas dependientes de hospitales y los practicantes los cursaban en las facultades de medicina. En el programa de formación para practicantes se incluían asignaturas con una orientación más técnica y médica, como por ejemplo, anatomía descriptiva, medicación tópica, nociones de fracturas, vendajes y apósitos, cirugía menor, autopsia médico-legal (Fernández et al, 2000). En

cambio, en el programa para enfermeras, se incluían asignaturas con una orientación más espiritual y moral, como moral profesional, religión, acción social, higiene y prevención y cuidados según sintomatologías (Domínguez, 1986; Fernández et al, 2000; Hernández, 1996).

Otra variable fundamental para entender las diferencias entre las tres profesiones, practicante, matrona y enfermera, es el género de los/as estudiantes matriculados/as y titulados/as. En las estadísticas se aprecia una mayoría de varones en la titulación de practicante y una abrumadora mayoría de mujeres en la titulación de matrona y enfermera

(Hernández, 1996; Siles, 1999). En el curso 1952-1953, año en el que se sentaron las bases para la reorganización de los estudios, había matriculadas 11.586 enfermeras y 1.008 matronas, de las cuales la totalidad eran mujeres y 4.874 practicantes, de los cuales 3.307 eran hombres (Domínguez, 1986). Parece que esta distribución no obedecía únicamente a factores intraprofesionales, sino a la división sexual del trabajo (Hernández, 1996).

La creación de la titulación de enfermera supuso tensiones y conflictos para el colectivo de practicantes, que lo vieron como un menoscabo a sus intereses. Los practicantes consideraban que las enfermeras incurrían en intrusismo y suponían un detrimento de las posibilidades laborales de los practicantes (Domínguez, 1986). Para entender mejor las relaciones entre los practicantes y las enfermeras en estos años, hay que tener presente que había médicos que defendían la existencia del colectivo profesional de los practicantes, mientras que otros preferían la labor auxiliar de las enfermeras (Hernández, 1996). A pesar de que en 1915 se legitimó el título de enfermera, publicándose el programa oficial de estudios, todavía en 1923, ocho años después de la normalización del título de enfermera, se subrayaban las diferencias entre ambos:

“Hay una enorme diferencia entre un practicante y una enfermera y que debe hacerse resaltar para que aquellos sepan hacer sus derechos. El practicante es una persona perita, con un título profesional, de esfera más limitada, pero tan respetable como otra cualquier carrera oficial, que ejecuta las prescripciones del médico con arreglo a la ciencia. La enfermera es cualquier persona que hace lo que el médico ordena, con arreglo a la práctica”.

(Ventosa, 1984).

En esta primera mitad del siglo XX, principalmente en los años 40 y 50 en España, cabe destacar los avances en el terreno de la ciencia y especialmente en el campo de la medicina que provocaron en la clase médica una actitud tendente a la especialización (Bernabeu y Gascón, 1999). Esta tendencia hizo que los médicos empezaran a necesitar de profesionales más capacitadas a las que poder delegar algunas de las tareas que ellos habían realizado hasta el momento, y así poder especializarse en sus áreas. De modo que muchos médicos aumentaron el interés en formar enfermeras y en escribir obras destinadas a estas profesionales. En esta primera mitad del siglo XX se crearon las primeras escuelas para la formación de enfermeras en nuestro país. A excepción de la escuela Santa Isabel de Hungría que había sido creada por Federico Rubio Gali en 1896 en Madrid, se crearon, entre otras, la Escuela de Santa Madrona (1917), de Cruz Roja de Madrid (1918), la Mancomunitat de Catalunya (1919), de Santa Cristina (1925), de Cruz Roja de Barcelona (1926), Casa Salud de Valldecilla (1929), de la Generalitat de Catalunya (1933), de la Falange (1942), etc. (Domínguez, 1986; Clemente, 1999; Fernández et al, 2000). En Baleares la

primera escuela de enfermería que existió fue la de Santa Madrona, que dependía de la escuela del mismo nombre en Barcelona. Fue inaugurada el 6 de Febrero de 1930, se cerró durante la Guerra Civil y no volvió a funcionar.

Durante los tres años de la Guerra Civil (1936-1939), la enseñanza oficial de enfermeras, matronas y practicantes en las Facultades de Medicina, se interrumpió en la mayor parte de ellas, por lo que no se volvieron a realizar exámenes hasta acabada la contienda (Domínguez, 1986; Fernández et al, 2000; Gómez, Hernández y Moral de Calatrava, 1999). Pero la difícil situación sanitaria que atravesaba el país hizo que se demandase gran número de enfermeras y, mediante unos cursos acelerados, proliferaron las Damas enfermeras militares, Damas de la Cruz Roja, enfermeras del Cuerpo de Enfermeras de la Falange Española Tradicionalista y de las JONS (Domínguez, 1986).

Las enseñanzas planificadas y el reconocimiento legal para practicantes, matronas y enfermeras surgió en España en época similar a otros países, como Suiza, 1859; Inglaterra, 1860; Estados Unidos, 1872; Canadá, 1890; Cuba, 1901, etc. (Domínguez, 1986). En nuestro país, además del particular contexto sociopolítico hay dos diferencias fundamentales que cabe señalar. Un rasgo fundamental de los inicios de la profesión es que mientras en Europa fue predominantemente femenina, en España presentó dos vertientes, los practicantes, predominantemente varones y las enfermeras, la mayoría mujeres. Y un segundo rasgo diferenciador es que el inicio de estas tres vertientes profesionales no fueron lideradas por una enfermera que poseía y ejercitaba un concepto de la enfermería (Domínguez, 1986). En España fue el movimiento religioso y la presión médica, quienes tuvieron mayor influencia en los inicios de la enfermería como profesión (Gómez, Hernández y Moral de Calatrava, 1999). En cambio en otros países, la enfermería estuvo muy influida por los planteamientos y la orientación que Florence Nightingale difundió desde Inglaterra sobre la profesión (Domínguez, 1986). Esta reformadora de la enfermería orientó tanto la formación, como la propia práctica que realizaban las enfermeras. Florence Nightingale organizó una profesión femenina con una jerarquización casi militar, con una rígida disciplina que se adquiría durante el aprendizaje y con marcado sentido religioso. Su deseo de lograr una ocupación respetable para las mujeres hizo que además de las cualidades y conocimientos también se considerase la moral como requisito indispensable (Domínguez, 1986; Hernández, 1996). Trató con esta formación de proporcionar conocimientos apropiados a la mujer, con lo que se convirtió en un inicio de emancipación, y les ofreció un cierto poder.

Un aspecto destacable y diferenciador de las enseñanzas de F. Nightingale fue que ya en su programa de 1873 incluía la filosofía, la razón de ser y de existir y la utilidad de la enfermería. Esto hizo que las enfermeras formadas bajo esta orientación empezaran a ocupar puestos en los hospitales, asumir su propia responsabilidad bajo las órdenes de enfermeras formadas y no de médicos (Domínguez, 1986). Como apuntan Gordon y Nelson (2005), esto hizo que los hospitales contasen con enfermeras bien formadas y que los médicos perdieran el control directo de la enfermería, aunque seguían controlando mucha de la práctica de las enfermeras.

2.2.2 Nuevos planteamientos para la profesión desde 1950 hasta 1976

En la segunda mitad del siglo XX se sucedieron modificaciones importantes que afectaron al desarrollo de la enfermería. En el período en el que se centra este estudio (1956-1976) se sucedieron cambios en el sistema sanitario y educativo de gran importancia para el proceso de consolidación de la profesión en nuestro país (Alberdi, 1999; Hernández, 1996).

En el marco sanitario, la *Ley de Bases de Sanidad* de 1944 estableció la titularidad del estado en asistencia sanitaria y social. Sobre la base de estos principios el Instituto Nacional de Previsión (INP), posteriormente denominado (INSALUD) pasó a configurarse como una de las entidades gestoras de la Seguridad Social. A partir de estos momentos, y coincidiendo con el auge económico incipiente en el país en la década de los cincuenta se fueron produciendo toda una serie de transformaciones en el sistema sanitario español (Bernabeu y Gascón, 1999; Hernández, 1996). Entre estas transformaciones, se inició en España un progresivo desarrollo hospitalario, caracterizado por la creación de grandes hospitales con dotaciones tecnológicas avanzadas. Entre otros, este hecho generó la necesidad de una demanda en el número de profesionales, tanto médicos como enfermeras. En el caso de las enfermeras debían ser profesionales capacitadas para realizar técnicas cada vez más complejas, capaces de enfrentarse a los retos de las nuevas tecnologías y permanecer en la fiel tradición de sumisión y obediencia al médico (Domínguez, Rodríguez y De Miquel, 1983; Fernández et al, 2000; Hernández, 1996). Este aumento en la demanda se tradujo en la creación de escuelas de enfermeras en todos los hospitales de la Seguridad Social.

En cuanto a los cambios en materia educativa, en esta segunda mitad del Siglo XX hubo dos hitos en el proceso de consolidación de la profesión enfermera. El primero fue la publicación del Decreto de 4 de Diciembre de 1953 que unificó los estudios de practicante, matrona y enfermera -que anteriormente corrían paralelos- en una sola titulación: Ayudante

Técnico Sanitario (ATS). El segundo cambio fue en 1977, cuando las Escuelas de ATS se integraron en la Universidad, convirtiéndose en Escuelas Universitarias de Enfermería.

La puesta en marcha de los estudios de ATS, en la década de los cincuenta, supuso profundas modificaciones en la profesión, no sólo por el cambio de denominación y de plan de estudios sino de orientación en la formación de estos profesionales. El nuevo



Fig 5. Promoción ATS 1971. Escuela de ATS Mare de Déu de Lluç. Palma de Mallorca.

nombre de la titulación, ponía de manifiesto su carácter eminentemente técnico y hospitalario. El hospital era el campo de actuación en que tenía que desarrollar su actividad (Fernández et al, 2000). En cuanto al cambio de denominación de Enfermera a ATS, cabe destacar que en la Primera Asamblea Nacional de Enfermeras de 1959, se aprobó solicitar al Ministerio de Educación

Nacional, la continuidad del universalmente conocido nombre de enfermera, en lugar del nuevamente creado de ayudante técnico sanitario, que ni en España ni en el extranjero nadie sabe lo que quiere decir (Bernabeu y Gascón, 1999; Hernández, 1996).

«Las Enfermeras solicitamos de las autoridades que se reformara la Carrera de Enfermera porque los estudios básicos oficiales no estaban a la altura que el progreso de la ciencia y el ejercicio de su profesión exigía de ellas y, realmente, eso fue lo que se nos concedió cuando en el año 1952 se publicaron los Reglamentos para las Escuelas de Enfermeras exigiendo en todas ellas tres años de estudios [...] pero después y por conveniencias de otros auxiliares sanitarios se nos ha impuesto, para las futuras Enfermeras, un nombre sin significado [...] el nombre de Enfermera tiene el prestigio que para él han conseguido tantas abnegadas y heroicas Enfermeras de España y el mundo entero».

Primera Asamblea General de Enfermeras, 1959

Rico-Avello (1962) director de la Escuela de Instructoras Sanitarias apuntó que era un desacierto elegir una denominación tan confusa y larga para estos profesionales, apartándose deliberadamente de la terminología aceptada unánimemente por los organismos internacionales. Esta reivindicación coincidía con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a todos los países miembros, de dar el nombre de enfermera a los profesionales que se dedicaban a prestar cuidados (Fernández et al, 2000). La nueva denominación de ATS con la que se designó a los/as profesionales de enfermería parecía ser el resultado directo de las características del sector sanitario y del giro que se le quiso imprimir, tanto desde el Gobierno como desde el estamento médico que era

mayoritario en el sistema sanitario y además marcaba las pautas de actuación (Fernández et al, 2000).

Los ejes sobre los que se desarrolló la formación de estas profesionales fueron la enfermedad, la tecnificación de la práctica y la dependencia de la Medicina (Alberdi, 1993; Domínguez, Rodríguez y De Miquel, 1983; Domínguez, 1986; García, Pancorbo y Rodríguez, 2001). Algunas de estas consideraciones las puso de manifiesto Usandizaga (1958) autor del “Manual de la enfermera y del practicante” utilizado en la formación de las ATS:

“El Ayudante Técnico Sanitario, como su nombre indica claramente, tiene a su cargo funciones exclusivamente auxiliares. Debe conocer perfectamente un número de técnicas para poderlas practicar correctamente cuando el médico lo ordene. Sólo de una manera verdaderamente excepcional, cuando falte éste y sea urgente su intervención, podrá actuar por iniciativa personal. Ahora bien, la correcta ejecución de unas técnicas auxiliares no excluye un cierto nivel de cultura médica indispensable para la mejor comprensión de las mismas... Es decir, una buena preparación para las funciones auxiliares y adquirir una cultura médica elemental, son los objetivos de la enseñanza de los ATS...”

Usandizaga, 1958.

En esta segunda mitad del siglo XX, para cubrir la demanda existente de profesionales se



Fig 6. Reglamento interno. Escuela de Enfermeras de la Ciudad Sanitaria Provincial “Francisco Franco”. Madrid, 1972.

fueron desarrollando numerosas escuelas de ATS, que fueron agentes de transmisión ideológica de los valores tradicionales que imponían la Iglesia Católica y el Régimen Franquista. Principalmente, las escuelas de la Sección Femenina consideradas claros dispositivos de adoctrinamiento del régimen franquista (Almansa, 2004a; Fernández et al, 2000). Las profesionales que se formaron en ellas, y que actualmente siguen en activo, asimilaron como verdades incuestionables ideas tales como que la profesión dependía absolutamente de la medicina y que la función de la mujer era la sumisión al varón (Almansa, 2004a).

Los propósitos y valores que las escuelas de las JONS sustentaban los definían los mismos fundadores:

«Constituir un servicio social que con su técnica y su moralidad, puede afirmarse que tiene una actuación científica moderna y que realiza funciones de asistencia Cristiana y generosa, pues su identidad y sus realidades prácticas se fundamentan en el credo católico y en las enseñanzas del Evangelio»

(Vida Femenina Balear, 1930).

Los requisitos exigidos para el acceso a las enseñanzas de ATS eran: a) título de Bachillerato elemental o laboral, b) carta de presentación en la escuela de dos personas de reconocida solvencia moral, c) tener 17 años cumplidos, d) examen de ingreso para acceder al centro que consistía en una prueba de aptitud, e) una entrevista personal para comprobar las cualidades vocacionales del/a aspirante, f) certificado de buena salud, y g) examen de reválida al finalizar los estudios de 3 años académicos. La candidata, al finalizar tres meses de prueba podía ser admitida definitivamente o expulsada de los estudios.

Entre 1956 y 1976 se publicaron dos planes de estudios, uno en 1953 (Apéndice 1) y otro en 1955 (Apéndice 2). La siguiente reorganización sustancial del plan de estudios no tuvo lugar hasta 1977. La orientación de los estudios planteada a principios de los años cincuenta se mantuvo con pocos cambios durante veinticinco años. Incluso el primer plan de estudios de 1953 era más progresista y global en cuanto a enfoque, ya que en el plan de 1955 se eliminaron asignaturas que en los actuales planes de estudios se pueden considerar básicas, como técnicas de cuidados, matemáticas aplicadas, medicina preventiva, bioquímica aplicada, etc. (Domínguez, 1986). Además, en el plan de 1955, se disminuyeron las horas dedicadas a asignaturas técnicas y aumentaron las horas dedicadas a la práctica y asignaturas complementarias, como educación física o formación política.

Esto hace suponer que la tendencia era que las enfermeras supieran poco, pues el tiempo dedicado a los contenidos teóricos del programa se redujeron en un 30%, aun incluyendo en esas enseñanzas teóricas las asignaturas de religión y moral profesional (Domínguez, 1986). El perfil formativo se orientaba hacia un modelo de profesión sanitaria de ayuda al médico y con su práctica circunscrita al hospital.



Fig 7. Escuela de ATS Mare de Déu de Lluc. Palma de Mallorca, 1964.

En ambos planes, las asignaturas de cada curso se dividían en una parte práctica y otra teórica, con un peso muy diferente en el plan de estudios. La enseñanza práctica suponía más de un 70% del total de las horas del currículum. Desde su primer día de clase las estudiantes trabajaban solas en las unidades, y asumían su papel como colaboradoras y auxiliares (Rico-Avello, 1962; Hernández,

1996; García, Sainz y Botella, 2004). En cuanto a la enseñanza teórica, prestaban escasa

atención a los problemas y situaciones médicas, sociales, psicológicas o de relaciones humanas, al mismo tiempo había un exceso de materias de patología médica, patología quirúrgica y terapéutica (Rico Avelló, 1962). La mayoría de asignaturas eran una parte reducida de las que se impartían en las Facultades de Medicina; de hecho, el nombre de muchas asignaturas se iniciaban con la frase “Nociones de...” (Fernández et al, 2000). Además, se incluían materias como educación física, formación política, religión y moral profesional que se consideraban fundamentales para el cumplimiento de la profesión, al presuponer que su práctica diaria acentuaba las condiciones morales de las alumnas y exaltaban su vocación (Alberdi, 1992; Bernabeu y Gascón, 1999). Ante esta situación, Rico Avelló (1962), director de la Escuela de Instructoras Sanitarias, apuntó la conveniencia de incorporar en futuras revisiones de los programas disciplinas como sociología, psicología, relaciones humanas, antropología y medicina social.

Tras la unificación de los estudios, se siguieron estableciendo algunas diferencias de género entre las enseñanzas de ATS masculinos y femeninos. En 1955 se publicó una orden que prohibía la coeducación de los/as alumnos/as de ambos sexos en las Escuelas de ATS



Fig 8. Alumnas y profesorado. Escuela de ATS Mare de Déu de Lluc. Palma de Mallorca. 1962.

(Orden de 6 de Julio de 1955). Y este mismo año se publicó otra orden que obligaba a las alumnas a cursar los estudios de ATS en régimen de internado (Orden de 2 de Julio de 1955), mientras que los estudiantes varones cursaban la carrera por libre (Domínguez, 1986; Fernández et al,

2000). Entre 1972 y 1976 fue cuando se autorizó la enseñanza mixta y se suprimió la obligatoriedad del internado (Domínguez, Rodríguez y De Miguel, 1983). El internado no estaba destinado a cubrir problemas de residencia, sino a asegurar la vida ordenada y casi clerical de las estudiantes (Hernández, 1996). Era una manera de exaltar sentimientos de responsabilidad, disciplina, camaradería y contribuir a las relaciones humanas (Rico-Avello, 1962). Por otro lado, mientras los hombres cursaban la asignatura de Autopsia médico legal, las mujeres realizaban en su lugar Enseñanzas del hogar (Domínguez, Rodríguez y De Miquel, 1983; Ortego, 2002b). Y finalmente, también cabe destacar la diferencia entre sexos de los estudiantes matriculados/as. En 1960, se concedieron 419 títulos de ATS femeninos y 157 de ATS masculinos (Rico-Avello, 1962).

En la mayoría de las escuelas, los órganos de gestión y dirección corrían a cargo de catedráticos de las facultades y el profesorado lo componían en su mayoría médicos (Domínguez, 1986). En algunas escuelas se creó el cargo de jefa de escuela y secretaria de estudios, que podían ser desempeñados por una enfermera, además del puesto de capellán y administrador (Domínguez, 1986; Fernández et al, 2000). El hecho de que directores y profesores fueran médicos relegaba a las enfermeras, a un papel secundario de secretarias de estudios, monitoras o instructoras, con pocas posibilidades de intervención en la dirección de las escuelas y en la toma de decisiones sobre cualquier cuestión que afectase a la enfermería, tanto de carácter educativo como profesional (Domínguez, 1986; Hernández, 1996; Fernández et al, 2000). Su papel se centraba fundamentalmente en el control de todo lo relativo a las prácticas de las alumnas en las unidades, como la disciplina, la asistencia, la uniformidad, el comportamiento, la habilidad, etc. (Rico-Avello, 1962; Diputación Provincial de Madrid, 1972).

Las escuelas de ATS pertenecían el 50% al INP y el resto a las facultades de medicina, diputaciones provinciales, ayuntamientos y entidades privadas (Fernández et al, 2000). Hasta finales de los 70, estas escuelas se fueron vinculando como escuelas profesionales a las facultades de medicina de los distritos universitarios de Barcelona, Granada, Madrid, Salamanca, Santiago de Compostela, Sevilla, Valencia y Valladolid.

En Baleares se creó en 1960 la escuela Mare de Déu de Lluc, situada en el actual Hospital Universitario de Son Dureta y en 1969 la escuela de ATS de los Hermanos San Juan de Dios, ambas en Palma de Mallorca. La primera dependía del Insalud y fue el embrión de la actual Escuela Universitaria de Enfermería de la Universitat de les Illes Balears. La segunda dependía de la Universitat Central de Barcelona, y en ella se formaron durante 5 años enfermeros/as y fisioterapeutas. En 1971 se autorizó a la Escuela de los Hermanos de San Juan de Dios a otorgar con carácter oficial títulos de fisioterapeuta después de finalizar dos años de formación. No queda constancia del año de cierre de esta escuela, pero en el Real Decreto de 14 de Abril de 1978 se recoge la conversión como Escola Universitaria adscrita a la Universitat de Barcelona.

Posteriormente, en 1970 se creó la Escuela de Salus Infirmorum en la actual Policlínica Miramar, que dependía de Salus Infirmorum de Madrid. Esta escuela cerró en 1976, y durante este tiempo formó aproximadamente a 30 enfermeras, quienes hasta 1974 recibían la formación teórica y práctica en Mallorca pero realizaban los exámenes en Madrid. El

director de la esta escuela fue el cardiólogo Dr. Juan Munar y la subdirectora la Sra. M^a Teresa de la Cierva.

La década de los sesenta y setenta supuso para España una apertura al mundo exterior y una nueva consideración para la mujer tanto en aspectos profesionales, como académicos y políticos. Este aperturismo llevó a algunos/as enfermeros/as a conocer lo que sucedía fuera de nuestras fronteras y a incorporarse a centros de trabajo en otros países. Esto permitió contar con profesionales con una nueva y diferente visión de la enfermería, que promovió el surgimiento de grupos que empezaron a cuestionar aspectos concretos de la práctica, de la orientación de la enfermería en nuestro país y de la búsqueda de su propia identidad (Fernández et al, 2000). Todo ello, junto con las siguientes circunstancias, hizo que la década de los setenta supusiera una nueva coyuntura para la profesión (Fernández et al, 2000; Hernández, 1996).



Fig 9. Enfermeras. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, 1965.



Fig 10. Enfermera y médicos. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, 1966.



Fig 11. Enfermeras y auxiliares. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, 1973.

En el campo asistencial, aunque la estructuración hospitalaria era totalmente jerárquica, se afianzó el trabajo de los/as ATS, lo cual permitió un cierto desarrollo de la organización de la enfermería hospitalaria (Fernández et al, 2000).

En este momento era difícil plantear cambios en la práctica profesional. Por un lado, porque el trabajo de los/as ATS, tal y como se hacía, satisfacía plenamente a los médicos, ya que eran profesionales que no se cuestionaban sus órdenes, ni tomaban ninguna decisión sin consultar previamente y sin autorización expresa. Y por otro lado, porque las propuestas debían pasar por los filtros de la estructura jerárquica de los hospitales, por el director médico, los adjuntos médicos, los supervisores generales, la enfermera jefe, etc. (Fernández et al, 2000). No hay que olvidar que en la época comprendida entre 1956 y 1976, la legislación apoyaba e institucionalizaba la subordinación de la profesión enfermera respecto a la medicina (Alberdi, 1999; Fernández et al, 2000).

En este contexto el trabajo de los/as ATS, aunque era dependiente de la medicina, se fue afianzando en cuanto a la complejidad de las técnicas, la incorporación a las historias clínicas de los registros donde las enfermeras recogían la continuidad de los cuidados de los pacientes durante las 24 horas del día, la organización de los cuidados inicialmente por tareas y más adelante, dentro de un concepto de atención global, por pacientes (Domínguez, 1986).

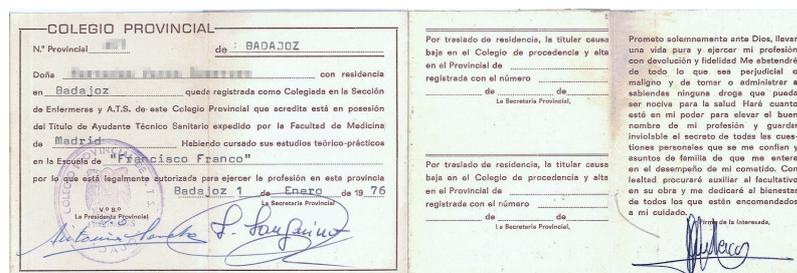


Fig 12. Cartilla. Consejo Nacional de Auxiliares Sanitarios. Sección Enfermeras ATS. Colegio Provincial de Badajoz. 1976.

Tras la unificación de los estudios de practicante, matrona y enfermera bajo la titulación de ATS, el segundo cambio importante en materia educativa en la segunda mitad del siglo XX fue la publicación el 4 de Agosto de 1970 de la *Ley General de Educación*, que estableció que en función de la naturaleza y extensión de sus enseñanzas, las Escuelas de ATS se podían convertir en centros de formación profesional o en escuelas universitaria (Fernández et al, 2000). Ambas posibilidades tuvieron desde los primeros momentos defensores y detractores. Aunque en el seno del colectivo profesional fue creciendo fuertemente la idea de que la mejor solución era justamente la integración en la Universidad, lo cual permitiría aspirar a tener una continuidad en Especialidades, Licenciatura y Doctorado (Mompert, 2004a).

A partir de entonces y coincidiendo en España con numerosas manifestaciones de carácter estudiantil, la mayoría de los/as ATS del país salieron en defensa de la reivindicación de la integración de los estudios de ATS en la Universidad (Fernández et al, 2000). El lema que movilizó a los profesionales y a los estudiantes de la época fue “por una mejor Sanidad, ATS a la Universidad” (Mompert, 2004a).

La consecución de la Enfermería universitaria fue un proceso largo y complejo que duró casi siete años, finalmente en Julio de 1977 se aprobó en el Real Decreto 2128/77 *la integración en la Universidad de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario como Escuelas Universitarias de Enfermería*. Este hecho permitió reorientar la formación de estos profesionales de forma distinta y dio lugar a que las enfermeras empezaran a construir un patrimonio profesional específico (Alberdi y Cuixart, 2005; Amezcua, 2003). La profesión pasó de girar alrededor

de la ayuda a otro profesional o de la patología a orientarse hacia la persona, sus requerimientos de ayuda para seguir un tratamiento, para controlar o manejar adecuadamente su enfermedad o para abordar con éxito una situación de riesgo para su salud o bienestar (Alberdi y Cuixart, 2005).

En este momento, los planteamientos de la OMS sobre la desigualdad y la dependencia de la población ante la atención sanitaria, impusieron una concepción más integral de la salud, que hizo incorporar nuevos planteamientos a la formación de todos los profesionales sanitarios (Fernández et al, 2000). En este contexto, se elaboraron las directrices del nuevo plan de estudios para la Diplomatura de Enfermería, que se inició en 1977 (Fernández et al,



Fig 13. Título de Diplomado en Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. 1983.

2000). Entre las nuevas directrices, cabe destacar la prestación de cuidados de enfermería al individuo enfermo y sano, a la familia y a la comunidad, en el medio hospitalario y en el ámbito extrahospitalario, teniendo en cuenta los aspectos de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación. Se incluyó la participación del/a

enfermero/a en el equipo de salud. Y la participación y desarrollo de la investigación en el área de enfermería (Fernández et al, 2000; Sánchez, Mazarrasa y Merelles, 2000). Los rasgos básicos de la formación de enfermería tuvieron su orientación hacia la salud y la comunidad y la consideración de la persona y de su entorno (Domínguez, 1986). Por primera vez, se trataba de formar a un/a profesional con funciones propias, capaz de desarrollar su trabajo tanto en el campo hospitalario como extrahospitalario, y cuyo objetivo era el cuidado integral de la persona, tanto enferma como sana (Domínguez, Rodríguez y De Miquel, 1983; Fernández et al, 2000).

Las directrices para el nuevo plan de estudios de enfermería planteaban una duración total de 3 cursos académicos y de 4.600 horas repartidas de forma equitativa entre contenidos teóricos y prácticos. Este nuevo plan de estudios incluyó los objetivos generales de cada asignatura, que marcaban las líneas básicas de los contenidos de cada materia del currículum. Dicho plan de estudios se distribuía según cinco áreas de conocimientos: ciencias básicas (bioquímica y biofísica), ciencias médicas (anatomía, fisiología, farmacología, clínica y dietética), ciencias de la conducta (tres niveles, según cada uno de los cursos), ciencias de la enfermería (enfermería fundamental, historia de la profesión, deontología, médico quirúrgica, enfermería materno-infantil, geriatría y psiquiatría), salud pública (dos niveles) y asignaturas optativas (Fernández et al, 2000; Ortego, 2002b). Las

asignaturas de moral profesional, religión, formación política y educación física, que sumaban un considerable número de horas, no se incluyeron en este plan (Domínguez, 1986). Y finalmente, en estos planes no se hacían distinciones de género entre hombres y mujeres (Ortego, 2002a).

Entre los años 1977 y 1981 la mayoría de las escuelas de ATS se integraron en las universidades, aunque actualmente aún siguen existiendo escuelas adscritas que están en proceso de integración (Hernández, 1996). En aquellas escuelas en las que la predisposición de los médicos que dirigían la docencia permitió que las enfermeras ocupasen cargos de responsabilidad y se integraran plenamente en la docencia, se logró que la integración fuese más rápida, ya que se consiguieron más fácilmente los cambios requeridos en la orientación de los programas (Domínguez, 1986; Fernández et al, 2000). En las escuelas donde el poder médico se afianzó y donde en algunos casos ni siquiera había enfermeras en el centro, éstas no tuvieron posibilidades de integrarse en la docencia y permanecieron como monitoras dedicadas a controlar las prácticas que realizaban los/as estudiantes. Estas escuelas sólo cambiaron de nombre, ya que los contenidos y la orientación seguían siendo las mismas que la carrera de ATS (Fernández et al, 2000).

La integración de los estudios de enfermería a la universidad aseguró más recursos educativos y capacitó a los/as enfermeros/as para asumir funciones más complejas: hacer juicios críticos, tomar decisiones y reorientar las actividades de acuerdo con las transformaciones sociales, las demandas y las necesidades de salud de la comunidad. Además, los/as propios/as profesionales de enfermería pudieron acceder a plazas de profesorado, no tan sólo para la coordinación de las prácticas, sino con responsabilidad global sobre la formación de los/as estudiantes e incluso en la dirección de escuelas.

El camino iniciado en las escuelas en julio de 1977 se encontró con dos obstáculos principales. El primero de ellos referido a los docentes de aquel momento, que por su titulación no estaban capacitados para enseñar en la Universidad, y el segundo, al ambiente creado en los centros asistenciales, cuyos profesionales veían con mucha reticencia que alumnos de un nivel que se entendía como superior fueran supervisados por enfermeras no tituladas con esa Diplomatura (Mompart, 2004a).

Ello dio origen a algunas medidas, como la Orden Ministerial del 13 de Diciembre de 1978 que autorizaba a los antiguos docentes, sin licenciatura ni doctorado, para enseñar en las escuelas universitarias de forma transitoria, el curso de Nivelación de ATS, que homologó desde el punto de vista académico a unos y otros y la *Ley de Reforma Universitaria (11/1983)*,

que autorizó a los Diplomados a desarrollar enseñanza en algunas áreas, especialmente en Enfermería.

Otro de los desafíos al que se enfrentaron los/as enfermeros/as docentes de la época fue la adquisición de la formación necesaria para enseñar en la Universidad (Gómez, Hernández y Moral de Calatrava, 1999; Mompert, 2004). Se entró en un periodo de formación personal para alcanzar los estándares de conocimiento en las áreas de nueva implantación así como en aquellas que habían estado en manos mayoritariamente de médicos. Las plazas docentes se fueron cubriendo cada vez más por enfermeros/as que optaron a ello en igualdad de condiciones que otros/as profesionales.

Los estudios de ATS y de la Diplomatura Universitaria en Enfermería coexistieron desde 1977 hasta la supresión de las enseñanzas de ATS, una vez finalizadas las promociones que habían ya iniciado los estudios (Domínguez, 1986). Los/as Diplomados/as en Enfermería asumieron las mismas funciones que los/as ATS, para los cuales en 1980 y durante cinco años, se estableció la equiparación de la titulación (Real Decreto de 11 de Enero de 1980 sobre la homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería). Los/as ATS que lo desearon, ya que no suponía ninguna mejora salarial, pudieron convalidar sus estudios y obtener el título de Diplomado/a en Enfermería, mediante la realización de un curso de nivelación que impartió la Universidad Nacional a Distancia (UNED). El curso de nivelación se planteó para resolver varias cuestiones importantes: por un lado homologar la titulación académica de todo el grupo profesional, lo que evitaría que para las mismas funciones existieran dos grupos de profesionales titulados de diferente manera. Y por otro lado nivelar, en lo posible, los conocimientos de todos/as los/as enfermeros/as, aún de aquellos/as con largos años de experiencia práctica profesional (Calvo y Mompert, 1992). Este curso comprendió las ocho asignaturas de la Diplomatura que no habían realizado durante su formación, como Conceptos de Enfermería, Enfermería Psicosocial, Bioquímica, Biofísica, Bioestadística, Enfermería Comunitaria, Administración y Ética y Legislación (Domínguez, 1986; Hernández, 1996).

Según datos del Consejo General de Enfermería (2006) unos 10.000 ATS no realizaron el proceso de convalidación de su título en el período entre 1980 y 1985. Ante la necesidad de unificar la profesión de forma definitiva y adaptar la titulación al nuevo escenario del Espacio Europeo de Educación Superior, la Comisión Mixta del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, abrió el mes de Abril de 2006 un nuevo y último plazo para la realización de los cursos de nivelación. Este curso, igual que el anterior, se realizó de forma

semipresencial y gratuita. En esta ocasión, los contenidos se dividieron en cuatro bloques temáticos: el marco legislativo y sanitario actual, el desarrollo de la profesión enfermera, aspectos psicosociales del ejercicio profesional y por último la evolución del sistema sanitario y las tendencias existentes en gestión y la incorporación de las nuevas tecnologías al servicio de la salud (Consejo General de Enfermería, 2006).

2.3 Perspectiva nacional e internacional sobre la identidad profesional de los/as enfermeros/as

Bajo el término de identidad se han publicado artículos que abordan una amplia diversidad de temáticas, como por ejemplo las competencias profesionales, la conceptualización del cuidado, las actitudes y los valores, la metodología, los modelos conceptuales, el desarrollo profesional, la autonomía y el reconocimiento profesional, la investigación, la formación, las relaciones profesionales y, principalmente, el género, la imagen social y las representaciones sociales. Los estudios publicados usan un amplio abanico de métodos y técnicas, cuantitativas como los test y los cuestionarios y cualitativas como los grupos focales, la observación participante, las entrevistas y el análisis de fuentes documentales.

Entre todas las temáticas investigadas, el género es considerado uno de los determinantes históricos en la constitución de la identidad de la enfermería y no únicamente un efecto o resultado de un proceso de constitución como pueden ser la imagen, la autonomía o las relaciones profesionales.

2.3.1 Diferencias entre la literatura nacional e internacional

Una de las diferencias entre los estudios sobre la identidad profesional a nivel nacional e internacional es que en España la mayoría de los estudios se han abordado principalmente desde perspectivas teóricas positivistas o constructivistas. Esto ha contribuido a que la identidad haya sido conceptualizada como un fenómeno universal, unánime, estable y persistente a lo largo del tiempo, o bien como el resultado de la experiencia vivida por los/as enfermeros/as. La identidad ha sido concebida como un continuum entre dos polos opuestos, de intensa y débil identidad profesional o bien como el resultado de un proceso de socialización, en el que el/la enfermero/a en interacción con otros/as internaliza los conocimientos, las habilidades, las normas, los valores y la cultura de la profesión.

De acuerdo con estas perspectivas, las investigaciones en España se han centrado principalmente en explorar las dimensiones personales e interpersonales que conforman este fenómeno. Han tratado de descubrir que es lo real, a través de hallazgos que

consideran predictivos del fenómeno o mediante los constructos específicos individuales o negociados por consenso sobre la identidad (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006). La finalidad de estos/as autores/as ha sido predecir y generalizar un conjunto de señas consideradas prerequisites para el desarrollo de la identidad profesional. Es decir, promover una unanimidad en estas señas dentro del colectivo que permita desarrollar y construir una identidad profesional específica y única.

Otra característica de los estudios nacionales, a diferencia de los internacionales es que la mayoría de los artículos son de opinión personal o de revisión, siendo escasas las investigaciones originales empíricas e históricas. Este tipo de artículos, que no quiero devaluar, han generado planteamientos y debates profesionales necesarios en un momento en que la profesión en nuestro país está viviendo hace años una crisis de identidad socioprofesional, a causa de muchas tensiones y conflictos profesionales (Carballo, 2005; García y Martínez, 2001; Martínez, 2005; Rigol, 2003; Roca, 1996; Siles, 2000).

Las investigaciones empíricas o históricas en este campo, se han centrado en describir el proceso de construcción social e histórica de la profesión (Hernández, 1996; Siles, 1999; Valls, 1998) o en analizar de forma aislada algunos de los elementos que han constituido la identidad profesional, principalmente las actitudes y valores (Aguilar, García y Calvo, 2004; Ramió, 2003, 2005) y la imagen social (Amezcuca, 2001; Bernet, 2005; Frutos, Hernández y Muñoz, 1997; Martínez, 2004a; Mena, Barquero, Carrasco y Benítez, 1997; Miró, Gallego, Palou y cols, 1996; Santo Tomás, 1997; Siles, García, Cibanal, Gallardo y Lillo, 1998).

De las investigaciones revisadas, quisiera destacar tres estudios por el interés que su orientación teórica y sus objetivos tienen para este proyecto. Los llevados a cabo por Domínguez (1983 y 1986) sobre el estudio de los cuidados y la enfermería en España, desde una perspectiva histórica. Además de explorar el proceso histórico, la autora explora la aparición de distintas ideologías a lo largo de la formación de las enfermeras en España desde principios del siglo XX y sus implicaciones para la profesión. Y por otro lado, el estudio de González (2005) donde analiza desde el punto de vista de los alumnos la formación en las antiguas escuelas de ATS (1955-1979). A través de entrevistas semiestructuradas la autora recoge las experiencias que vivieron durante sus tres años de formación. Este estudio fue presentado en el II Congreso Internacional de Historia de la Enfermería, celebrado en Granada en 2004 y del que sólo se ha publicado el resumen. A pesar de haber contactado directamente con la autora, hasta el momento no he podido acceder al estudio completo.

Otra diferencia entre los estudios nacionales e internacionales, es consecuencia de la especificidad en el desarrollo profesional de la enfermería en cada país. Los factores históricos acontecidos en nuestro país permiten comprender los intentos bien intencionados de la mayoría de los/as autores/as de promover la unanimidad en las señas identitarias que los/as enfermeros/as deben desarrollar en base a dos dimensiones diferenciadas, la independiente y la interdependiente.

La puesta en marcha de los estudios de ATS en 1956 conllevó la colonización de la profesión por el discurso médico (Alberdi, 1999; Alberdi y López, 2004; Miró y Gallego, 2005; Mompart, 2004b; Uribe y Jaramillo, 2002). Esta colonización hizo que los/as enfermeros/as se acomodaran en un papel secundario, subordinado y complementario al de la medicina, silenciando de este modo su propia voz. Este hecho contribuyó a que se desdibujara la identidad de los/as enfermeros/as, ya que el cuidado perdía significado o bien lo consideraban como actividad subalterna (Domínguez, 1990; Miró, Zaforteza y Gallego, 2006; Uribe y Jaramillo, 2002). En cambio, a partir de 1976 coincidiendo con la transformación de las escuelas de ATS a Escuelas Universitarias, se dieron algunos elementos que generaron un cambio progresivo en la orientación profesional, de concepciones biomédicas hacia concepciones de cuidados de orientación holística y humanista, lo cual comienza a generar conciencia colectiva de identidad profesional (Domínguez, 1990; Medina, 1999; Mompart, 2004b; Ortego, 2002b; Ramió, 2005).

En España, a diferencia de otros países se considera que la identidad de los/as enfermeros/as se ha conformado en base a dos dimensiones o roles, el autónomo y el colaborativo, los cuales marcan las líneas estratégicas que debe seguir la profesión (Alberdi y Cuixart, 2005; Teixidor, 1997; Riopelle y Teixidor, 2000). El rol autónomo o independiente es el que define en sí mismo la profesión y por tanto, muestra cual es la aportación específica de el/la enfermero/a dentro del equipo interprofesional (Alberdi y Cuixart, 2005; Cuixart, 2006; Téllez, 1998). El rol autónomo es el que integra competencias y actuaciones asociadas al servicio específico que ofrecen los/as enfermeros/as en su práctica profesional y que no se puede llevar a cabo sin haber interiorizado los saberes enfermeros, como los modelos conceptuales y los diagnósticos de enfermería (Fernández, Garrido, Tomas y Serrano, 2000; Riopelle y Teixidor, 2000; Ramos, 2005; Teixidor, 1997). Este rol se basa en la toma de decisiones que dependen exclusivamente de la iniciativa de la enfermera y se guía por los valores humanistas y éticos del cuidado (Alberdi, 1998, 1999; Alberdi y López, 2004; Durán, 1999; Mompart, 2004b; Riopelle y Teixidor, 2000; Teixidor,

1997; Téllez, 1998; Ramió, 2005). Esta dimensión está dirigida a dar soporte a la persona que vive una experiencia de salud, como la satisfacción de las necesidades básicas, promover un clima de confianza y bienestar y aplicar cuidados de prevención y promoción, entre otros.

El rol colaborativo o interdependiente integra las intervenciones que el/la enfermero/a desarrolla en complementariedad con el resto de miembros del equipo multidisciplinar. En esta dimensión se comparten saberes, se busca un acuerdo en un objetivo común. En esta dimensión el/la enfermero/a aplica las indicaciones médicas y las técnicas específicas y realiza actividades de vigilancia del estado de salud de la persona en situación de enfermedad, particularmente de las complicaciones fisiopatológicas y de las reacciones ante tratamientos (Fernández, Garrido, Tomas y Serrano, 2000; Riopelle y Teixidor, 2000; Teixidor, 1997).

En resumen, junto a los diferentes contextos históricos, sociales y políticos entre países, la principal diferencia entre las investigaciones publicadas a nivel nacional e internacional son las perspectivas teóricas y el tipo de estudios que se plantean, lo cual ha influido en la conceptualización más dominante del fenómeno de la identidad y, en el conocimiento producido al respecto.

2.3.2 Similitudes entre la literatura nacional e internacional

A pesar de las diferencias entre los contextos históricos y profesionales, autores/as españoles/as (Alberdi, 1999; Carballo, 2005; García y Martínez, 2005; Martínez, 2005; Rigol, 2003; Roca, 1996) y de otros países (Boschma, Yonge y Mychajlunow, 2005; Degeling, Hill, Holmes, 2001; Kennedy, Coyle y Maxwell, 2000; Takase, Maude y Manias, 2006) coinciden en apuntar que la profesión está viviendo hace años una crisis de identidad socioprofesional. Según Collière (1991), esta situación de malestar en la cual sigue la profesión en diferentes países de Europa, Estados Unidos, Canadá, etc. evidencia la necesidad de recobrar las raíces de nuestra historia y de reapropiárnosla para ejercer influencia y dominar hoy las situaciones engendradas.

Además de esta situación de crisis, los/as autores/as apuntan otras similitudes profesionales entre países. Los/as enfermeros/as siguen tratando de redefinir y de identificar su espacio profesional; de hacer reconocer su función específica en el cuidado de la salud; de asumir las responsabilidades y de poder ejercer su función con autonomía (Alberdi, 1999; Apker, Ford y Fox, 2003; Mrayyan, 2005; Rafferty, Ball y Airen, 2001; Rigol, 2003; Siles, 2000). Hoy en día la profesión ha evolucionado en muchos aspectos pero

siguen predominando relaciones de subordinación bastante clásicas, donde la enfermería se sigue posicionando como una profesión dependiente (Degeling, Hill, Kennedy, Coyle y Maxwell, 2000; Domínguez, 1990; Rigol, 2003). Para la mayoría de enfermeros/as su identidad profesional depende del cumplimiento de las rutinas derivadas de la medicina (Alberdi, 1999; Blue y Fitzgerald, 2002; Degeling, Hill, Kennedy, Coyle y Maxwell, 2000; Mompert, 2004b).

Entre los elementos centrales que pueden haber influido en la identidad profesional, en el reconocimiento y en el poder social de la profesión en los distintos períodos históricos destacan, a) las relaciones de género y b) el dominio médico o la biomedicalización de la profesión y del sistema sanitario.

Las relaciones de género y el escaso valor que la sociedad otorga al cuidado han condicionado el lugar que ocupa la profesión en la sociedad y en las instituciones sanitarias, que se estructuran y organizan en un sistema de valores masculinos y tecnocráticos (Alberdi, 1998; Bachiller, 2002; Boschma, Yonge y Myshajlunow, 2005; Canals, 1998; Chamizo, 2004; De Souza, Vaghetti y Brodersen, 2006; Domínguez, 1990; Fajardo y Germán, 2004; García, 2004; Martínez, 2004b; Medina, 1999; Piqué, 2003; Roca, 1996; Siles, 2000).

Las relaciones de género se proyectan a lo largo de su evolución profesional, en la práctica profesional y sobretodo en el carácter patriarcal de sus relaciones con la medicina (Attree, 2005; Degeling, Hill, Kennedy, Coyle, Maxwell, 2000; Cánovas, 2004; Cano, 2004; Fajardo y German, 2004; Gallego, Bover, Miró y cols, 2002). Los cuidados, especialmente no técnicos, han sido asociados a acciones consideradas femeninas por naturaleza con características de devoción, sensibilidad, sacrificio por el cuidado, lo cual las convertía en subsidiarias y complementarias (Boschma, Yonge y Myshajlunow, 2005; Cano, 2004; Ramió, 2005; Teixidor, 2002). En cambio, la medicina ha sido comparada con orientaciones masculinas, científicas, instrumentales y superiores (Carrasco, Marquez y Arenas, 2005; Degeling, Hill, Kennedy, Coyle, Maxwell, 2000; Deppoliti, 2003; Gallardo, Ortiz et al, 2006).

Estos elementos han supuesto una justificación histórica que han contribuido a naturalizar y reforzar las desigualdades profesionales y las jerarquías en las organizaciones, que tienden a privilegiar el rol curativo y diagnóstico y relegar la enfermería a un rol de soporte (Chamizo, 2004; Wicks, 1999). Las relaciones de género también han contribuido a que la profesión haya sido relegada y limitada al ámbito doméstico o privado, lo que colisiona

frontalmente con lo que se considera la esfera de lo público que confiere un estatus social superior o de dominio sobre la esfera doméstica (Antonín, Flor y Tomás, 2003; García, Sainz y Botella, 2004). Aunque la profesión y el cuidado posean importancia social y relevantes implicaciones económicas y políticas, se han desarrollado en una condición de reclusión, de invisibilidad y de poco prestigio social (Copnell, 2006; Copnell y Bruni, 2006; Holmes y Gastaldo, 2004; Ramió, 2005).

Otro elemento central en la producción de conocimientos, políticas y prácticas en la profesión sobretodo a partir de mediados del siglo XX, ha sido el dominio médico (Apker y Eggly, 2004; Blue y Fitzgerald, 2002; Boschma, Yonge y Mychajlunow, 2005; Degeling, Hill, Kennedy, Coyle y Maxwell, 2000; García, Sainz y Botella, 2004; Meyer, 1996; Rigol, 2003). El dominio médico o la biomedicalización del sistema de salud han tenido impacto sobre la profesión. Por ejemplo, ha llevado a que los/as enfermeros/as reciban una fuerte presión para que atiendan prioridades relacionadas con la tecnología y con el diagnóstico médico a costa de abandonar la atención de otras necesidades de los pacientes (Alberdi, 1999; Domínguez, 1990; Holmes, 2001b; Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006; Miró, Zaforteza y Gallego, 2006).

2.4 El ejercicio de las relaciones de poder en enfermería

A nivel internacional, pero sobretodo en España, son una minoría los estudios que han abordado de forma explícita el análisis de las relaciones de poder en la profesión, ya que el poder, igual que el empoderamiento toma diferentes formas en diferentes contextos (Bradbury-Jones, Sambrook y Irvine, 2008). Los estudios se centran en explorar fundamentalmente las relaciones entre enfermeros/as y médicos/as, y en menor medida entre enfermeros/as y paciente. Llama la atención que ninguno de los estudios publicados desde el año 2000 analicen las relaciones entre enfermeros/as y auxiliares de enfermería.

Los estudios publicados son más políticos que científicos, ya que ofrecen una caracterización general u opinión personal, siendo escasas las investigaciones originales sistemáticas y empíricas. La mayoría de los estudios se centran en el análisis de las relaciones interprofesionales, los conflictos, la colaboración y la comunicación entre médico y enfermero/a, desde perspectivas teóricas organizacionales o sociopsicológicas (Bradbury-Jones, Sambrook y Irvine, 2008). Estas perspectivas se centran de forma particular en la distribución del poder en las organizaciones de arriba-abajo (Kuokkanen y Leino-Kilpi, 2000); o bien en las experiencias psicológicas personales donde las creencias, los valores y las percepciones individuales son factores clave (Manojlovich, 2007). Son

minoritarios los estudios que analizan las relaciones de poder desde perspectivas sociocríticas, desde las que el poder es ejercido de forma inestable de diferentes formas, en diferentes contextos. Puede ser distribuido y ejercido de abajo-arriba, y lateralmente, y estar influido por factores culturales, sociales y políticos.

Actualmente persiste el estereotipo negativo de la ausencia de ejercicio de poder o la subordinación y represión de los/as enfermeros/as, cuando como el resto de profesionales en sus interacciones y en su práctica profesional ejercen diferente poder ante las distintas circunstancias (Kuokkanen y Leino-Kilpi, 2000; Bradbury-Jones, Sambrook y Irvine, 2008). Las relaciones de poder son ejercidas de forma diferente por enfermeros/as y médicos/as. En general, los/as enfermeros/as ejercen estrategias de poder sutiles, o bien subestiman su ejercicio de poder (Lingard, Reznick, Espin, Regehr, De Vito, 2002). Los/as enfermeros/as tienen un acceso más limitado, están confinados/as en las unidades clínicas en las cuales trabajan y, no disponen de espacios privados para tomar decisiones sobre la situación de sus pacientes. Los/as enfermeros/as planifican su trabajo y toman decisiones en espacios públicos en los que hay continuas interrupciones, mientras que los/as médicos/as lo hacen en espacios privados que permiten llevar a cabo actividades intelectuales y de concentración.

En las organizaciones se proporciona a los/as profesionales con mayor estatus o reconocimiento, mayor flexibilidad en el uso de su tiempo que a los/as profesionales “subordinados” (Lingard, Reznick, Espin, Regehr, De Vito, 2002). En los hospitales, los/as médicos/as pueden permitirse el privilegio de regular su propio tiempo. En cambio, las enfermeras trabajan dentro de un horario fijo, llevan a cabo sus tareas o rutinas dentro de límites de tiempo más rígidos y dominados por y de forma indistinta desde el tiempo médico (Riley, Manias y Polgase, 2006). Aunque actualmente los/as enfermeros/as no actúan tanto desde roles subordinados, suelen ejercer un rol de soporte y mantenimiento del status quo médico (Blue y Fitzgerald, 2002).

Las formas de resistencias suelen ser ejercidas por parte de los/as enfermeros/as, quienes tratan de retar los desequilibrios de poder. Estas resistencias son ejercidas a través de la confrontación, el informe a una autoridad superior o a través de la educación a pacientes y familiares para que tomen decisiones respecto a su plan de salud (Peter, Lunardi y Macfarlane, 2004). Los puntos que generan resistencias son los desacuerdos en el tratamiento a pacientes en fase terminal y en el mantenimiento de medidas de soporte a la vida que amenazan la autonomía y la integridad de las personas (Peter, Lunardi y

Macfarlane, 2004). Los/las médicos/as ejercen un control sobre el conocimiento y una posición de autoridad en la toma de decisiones en relación al paciente (Manias y Street, 2001; Lingard, Espin, Evans, Hawryluck, 2004). Los estudios apuntan diferencias entre enfermeros/as y médicos/as en el grado de acceso y libertad de movimiento en los espacios dentro de los hospitales (Manias y Street, 2001).

Las relaciones de poder entre médicos/as y enfermeros/as pueden ser fuente de tensión, conflicto y sufrimiento para los trabajadores e influir en la calidad de atención prestada, ya que pueden resultar fuente de errores (Riley, Manias y Polgase, 2006). Los estudios apuntan que la falta percibida de poder por parte de los/as enfermeros/as, les genera tensiones morales, frustración, decepción y participa en su propia opresión. Cuando las relaciones de poder son extremas los/as usuarios/as pueden sentirse vulnerables y pueden experimentar dificultades en la toma de decisiones sobre los servicios de salud que reciben (Peter, Lunardi y Macfarlane, 2004). Los escasos estudios que analizan la relaciones de poder entre enfermero/a y paciente, señalan como relaciones de poder, la confianza y la protección de los derechos del paciente (Peter, Lunardi y Macfarlane, 2004).

En nuestro país hay que destacar tres publicaciones donde se contempla el ejercicio de relaciones de poder entre enfermeros/as y familiares en Unidades de Cuidados Intensivos (Zaforteza, De Pedro, Gastaldo y cols, 2003; Zaforteza, Gastaldo, Sanchez-Cuenca y cols, 2004; Zaforteza, Gastaldo, De Pedro, 2005). Estos/as autores/as proponen que las relaciones de poder existentes en las Unidades de Cuidados Intensivos deberían ser retadas, si entendemos que los profesionales de la salud deben ofrecer información sobre el paciente a los familiares en un proceso planificado (Zaforteza, Gastaldo, Sanchez-Cuenca y cols, 2004). Algunas de las estrategias de poder apuntadas por enfermeros/as en estos estudios es la consideración insuficiente de su papel como informadores/as, el incremento en la participación en el proceso de atención a los familiares y la flexibilización de las normas restrictivas de las unidades (Zaforteza, Gastaldo, De Pedro, 2005). Además, se evidencian ciertas resistencias por parte de médicos, como el mantenimiento de su centralidad en el proceso de información o en la creación de normas para la relación con los familiares (Zaforteza, Gastaldo, De Pedro, 2005).

CAPÍTULO 3. PROBLEMÁTICA DEL ESTUDIO Y ORIENTACIÓN TEÓRICA

He dividido este capítulo en dos apartados. En el primero, expongo las orientaciones teóricas desde las cuales trataré de responder a las preguntas y a los objetivos de la investigación. Y en el segundo expongo la nueva orientación que esta investigación aporta a lo que ya sabemos sobre la identidad de la profesión en nuestro país. Pongo en conexión la revisión de la literatura con mi posición ontológica y con mi posicionamiento epistemológico.

3.1 Orientación teórica

La epistemología es una de las cuestiones fundamentales en la planificación y diseño de cualquier investigación, especialmente de una investigación cualitativa (Guba y Lincoln, 2000; Mason, 1996). Su importancia radica en que la elección de una perspectiva es determinante desde el punto de vista de las interpretaciones y resultados que se pueda hacer de un mismo fenómeno (Stoehrel, 2000).

Los paradigmas y las teorías de conocimiento que conectan con mi visión sobre la naturaleza de la identidad profesional son el paradigma crítico social y las perspectivas teóricas postestructuralistas y postfeministas. Desde estas perspectivas he podido conceptualizar la identidad como un complejo entramado histórico, social y político que está en un proceso dinámico de construcción, deconstrucción y reconstrucción y no como una entidad específica, biológica, psicológica, individual, estable, privada y definitoria de la profesión. Por este motivo, concibo la identidad no como un fenómeno que exista realmente sino que ha sido constituido por una estructura de organización social, producto de la cultura y del poder.

3.1.1 Paradigma crítico social

El Paradigma Crítico Social supone una red de concepciones teóricas y metodológicas entrelazadas basadas en los principios filosóficos del constructivismo social, aunque va más allá en la crítica al positivismo (Guba y Lincoln, 2000; Montero, 2002). Desde este paradigma se anuncia que las estructuras y preconcepciones sociales pueden ser fuente de opresión y marginación para muchos colectivos sociales y se aboga por luchar para el cambio de estructuras de poder y por la crítica del conocimiento que lo soporta y mantiene (Castel, Rendueles, Donzelot y Álvarez-Uria, 2006; Guba y Lincoln, 2000).

El Paradigma Crítico Social es un paradigma amplio que denota una serie de orientaciones teóricas, incluyendo el marxismo, el materialismo histórico, el Feminismo y el

Postestructuralismo (Guba y Lincoln, 2000). Independientemente de sus diferencias, tienen en común la suposición epistemológica de que la naturaleza de la investigación está regida por los valores y que el conocimiento no es neutro, sino político. De ahí que este enfoque promueva la exploración de las fuentes que dan lugar a dogmas, la influencia de la autoridad y tradición sobre el conocimiento y la búsqueda de alternativas efectivas para caracterizar el conocimiento y la práctica de la profesión (Kincheloe y McLaren, 2003).

Las asunciones fundamentales de los/as investigadores/as que se sitúan en el paradigma Crítico Social son: a) todo pensamiento está fundamentalmente mediado por relaciones de poder que se constituyen social e históricamente, b) las relaciones entre concepto y objeto y entre significante y significado no son nunca estables o fijas y están a menudo mediadas por las relaciones sociales, c) los hechos nunca pueden ser aislados del dominio de valores o separados de alguna forma de adscripción ideológica, d) el lenguaje es un eje central para la constitución de la subjetividad, tanto consciente como inconsciente, e) en cualquier sociedad, ciertos grupos gozan de privilegio sobre otros y, aunque las razones para este privilegio pueden ser ampliamente variadas, la opresión que caracteriza a las sociedades contemporáneas se reproduce con más fuerza cuando los subordinados aceptan su estatus social como natural, necesario o inevitable, f) la opresión tiene muchas facetas, centrarse sólo en una, excluyendo otras, frecuentemente elude la interconexión entre ellas, y finalmente y g) las prácticas investigadoras consolidadas están generalmente, aunque muy a menudo sin saberlo, implicadas en la reproducción de sistemas de clase, raza y opresión de género (Kincheloe y McLaren, 2003).

Esta perspectiva se sitúa en un relativismo escéptico, entendiendo que no existen grandes teorías que puedan reflejar la complejidad de la realidad, moldeada por relaciones de poder y que ésta existe en tanto se construye a través del habla, los textos y los medios de masas (Guba y Lincoln, 2000; Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006). Lo que se considera “verdad” es una cristalización de discursos dominantes y transformadores.

Los/os investigadores/as cuya orientación comparte estas asunciones, tratan con sus estudios de dudar acerca de lo que se sabe y de reconstruir, de hallar nuevas formas de mirar (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006). El propósito de estas investigaciones es la crítica, desmontar la relación existente entre discurso y poder, para posteriormente plantear la transformación de las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, étnicas y de género (Dzurec, 1995; Heslop, 1997; Weedon, 1997). Es decir, para construir un discurso transformador que dispute el terreno de lo que hasta ahora se ha considerado natural o

aceptado, las personas debemos desarrollar una percepción crítica sobre la realidad actual que nos estimule a ello (Castel, Rendueles, Donzelot y Álvarez-Uría, 2006; Kincheloe y McLaren, 2000).

En líneas generales me siento identificada con esta perspectiva, ya que me permite adoptar una postura crítica ante el conocimiento dado por establecido sobre la identidad profesional de los/as enfermeros/as. Me permite dejar bajo sospecha aquellas asunciones que actualmente se pueden considerar únicas e inamovibles respecto a la profesión y reconocer la especificidad histórica y cultural de dichas concepciones sociales. Y por otro lado, promueve la consideración de las relaciones de poder como elementos determinantes en la construcción y el mantenimiento de los discursos profesionales. En definitiva, me posibilita comprender y cuestionar en la actualidad prácticas profesionales, algunas de las cuales son objeto de tensiones y conflictos dentro y fuera de la profesión.

Aunque resulta difícil recoger la multiplicidad de conexiones entre los referenciales teóricos que conforman este estudio, el siguiente mapa conceptual trata de mostrar de forma resumida las diversas perspectivas y sus principales relaciones.

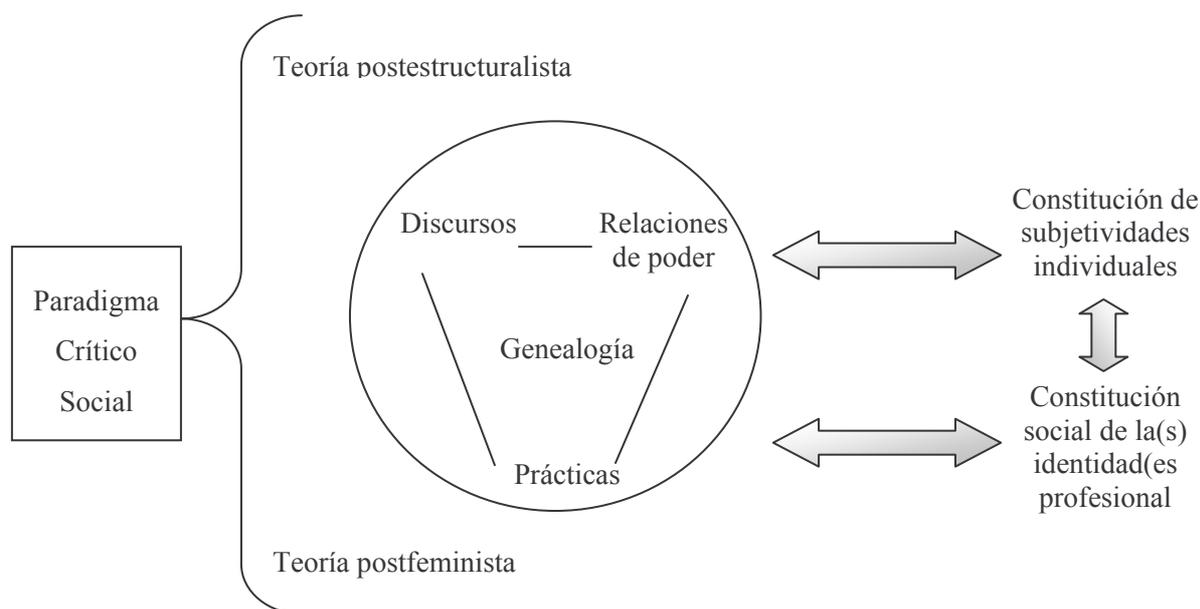


Figura 14. Mapa conceptual del referencial teórico

3.1.2 La perspectiva postestructuralista: espacios de duda y reflexión

El Postestructuralismo es una corriente de pensamiento perteneciente al paradigma socio-crítico. Una de las piedras angulares del Postestructuralismo y de la filosofía postmodernista en la pasada década ha sido la posición desarrollada por el filósofo y

psicólogo Michael Foucault, continuador entre otros, del pensamiento de Heidegger (Fox 2000; Lupton 1994, Vahabi y Gastaldo, 2003; Valverde 1991).



Fig 15. Caricatura Foucault. Imagen extraída de http://es.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault

El Postestructuralismo hace referencia a un rango de posiciones teóricas que desafían la idea de que el lenguaje es neutral, objetivo y libre de valores respecto a la realidad (Cheek, 2000; Crowe, 1998; Weedon 1997). El Postestructuralismo enfatiza que la verdad está socialmente construida, y que hay muchos discursos que compiten para producir lo que nosotros/as tomamos como realidad (Foucault, 1980a; Fox, 1993; Gastaldo y Holmes, 1999; Vahabi y Gastaldo, 2003).

La llamada crítica postestructuralista o crítica foucaultiana trata de cuestionar la relación entre poder y conocimiento y como esta relación está enclavada en las prácticas cotidianas (Cheek y Rudge, 1993; Dzurec, 2003; Fox, 2000; Francis, 2000). El propósito no es cuestionar la verdad o falsedad del conocimiento producido, sino los efectos o las implicaciones de los discursos dominantes y poco cuestionados (Vahabi y Gastaldo, 2003). Esta perspectiva permite generar nuevas posiciones desde las que resistir, cuestionar o transformar los discursos dominantes que son aceptados sin crítica ni reflexión y que perpetúan estereotipos sobre la profesión (Ang y Hermes, 1996; Cheek 2000, Cheek y Porter 1997, Crowe, 1998; Duzrec, 2003; Gastaldo y Holmes, 1999; Gilbert, 1995, Henderson, 1994; Heslop, 1997; Manias y Street, 2000; Meyer, 2005; Nelson, 1994; Prior, 1997; Walter, 1997; Wodak, 2001).

Las investigaciones orientadas desde el Postestructuralismo analizan los discursos presentados a través de la literatura, los medios de comunicación, las fotografías, o los textos científicos, considerados artefactos culturales y políticos en la culturización de los/as profesionales, los/as estudiantes y en el desarrollo de las disciplinas (Apple y Christian-Smith, 1991; Atkinson y Coffey, 1997; Ball, 2001; Huntington y Gilmour, 2001). El análisis de los textos usados en escuelas y universidades tiene especial relevancia cuando la educación se concibe como un conjunto de procesos por los cuales las personas son transformadas o se transforman como sujetos de una cultura, ya que producen y ponen en circulación significados y sentidos relacionados con los modos de ser, de pensar, de concebir el mundo y de relacionarse con la vida (Hiraki, 1992; Fischer, 2001; Meyer, 1998; Parker, 2004).

Desde la perspectiva postestructuralista los textos no se conciben como una representación de algo en particular, ni tampoco como un reflejo verdadero y preciso de un aspecto del mundo exterior, sino como explicaciones que predominan en un particular período sociohistórico (Prior, 1997). En ellos se reflejan los discursos que denotan los saberes menos discutidos y más influyentes desde el punto de vista cultural y juegan un papel importante en la construcción y mantenimiento de las concepciones sobre las realidades (Cheek, 2000; Prior, 1997).

El análisis de los textos no sólo tiene una dimensión cultural, sino también social y política (Apple y Christian-Smith, 1991; Lupton, 1992). En este sentido, Crowe (2005) apunta que una forma de explorar la constitución de las prácticas profesionales es mediante los textos que han sido centrales para las profesiones, como manuales o libros de texto, protocolos, anotaciones clínicas, representaciones en los medios de comunicación, fotografías, transcripciones de entrevistas con pacientes o profesionales, entre otros. Nuestros conocimientos sobre la profesión y su práctica han tomado forma a partir de textos, los cuales se generan de los intereses de grupos con poder que operan en el amplio contexto social en el cual la profesión está envuelta (Cheek y Rudge, 1994).

3.1.2.1 La genealogía del discurso: Continuidades, transformaciones y rupturas

No me propongo llevar a cabo el ambicioso ejercicio de sintetizar la obra de M. Foucault, sino de abordar los conceptos desarrollados en la obra de este autor que me han permitido avanzar en el cuestionamiento sobre la/s/ identidad/es/ profesional. Me parece interesante aceptar la invitación de Foucault de no utilizar sus investigaciones como un corpus teórico cerrado y completo sino como un instrumental dispuesto a ser utilizado para pensar de forma diferente en los problemas del presente.

“[...] lo que yo digo debe tomarse como propuestas, no pretenden ser afirmaciones dogmáticas que hayan de ser tomadas o dejadas en bloque. Únicamente se invita a participar a quienes estén interesados en ello.”

(Foucault, 2002).

A lo largo de la obra de Foucault se pueden identificar tres períodos (Cheek y Porter, 1997; Gilbert, 1995; Kenway, 2001; Hermann Omar, 2003). En el primer período, llamado arqueológico, trató de aclarar las estructuras, reglas y procedimientos que determinan las distintas formas de nuestro saber, aquello que puede o no decirse dentro de un discurso concreto y en un tiempo determinado. En el segundo período, conocido como genealógico, su foco de interés fue el poder y sus relaciones con el discurso y el conocimiento. En los estudios genealógicos desarrolló las proposiciones del primer período sobre las condiciones

históricas y sociales de la aparición de discursos y su relación con los poderes institucionales. Y finalmente, en sus últimos años, empezó a deshacer su noción universalista de poder, diferenciando aspectos específicos como la gubernamentalidad, que según Foucault (1990) describe el punto de encuentro entre las formas de poder ejercidas por uno mismo y aquellas ejercidas por otros.

En este estudio me centro fundamentalmente en los aspectos desarrollados por M. Foucault durante su etapa genealógica, ya que analizo las relaciones entre conocimiento y poder y como éstas producen una forma particular de profesional y práctica profesional. Como apuntó Foucault (1990), no se puede entender un fenómeno social sin analizar las condiciones históricas que han motivado su conformación. Esto significa que las circunstancias presentes de la identidad profesional no son independientes de su genealogía sino que son resultado de las continuidades y rupturas en los discursos y en sus relaciones de poder que la han constituido.

La genealogía es un modelo, y no simplemente un método, ya que hace frente a cuestiones de orden epistemológico y teórico (Varela, 2001a). Desde este modelo de análisis se intenta explicar la formación de saberes específicos, cómo se articulan formas concretas de ejercicio del poder, y formas de subjetivación o constitución de identidades sociales. La genealogía cuestiona lo que se ha dado por supuesto del presente y enseña cómo las cosas pueden ser diferentes al separar el poder de la verdad, de las formas prevalecientes de dominio social (Gilbert, 1995). Puede ser entendida como un análisis de los saberes sometidos, que pretende explicar su existencia y sus transformaciones situando los saberes y los discursos como una pieza de relaciones de poder (Acevedo y Ramos, 2003; Ball, 2001; Foucault, 1980b).

Uno de los rasgos más visibles de la genealogía es que hace un uso específico de la historia, no para reconstruir períodos históricos pasados, sino la lógica interna de determinados procesos que han tenido lugar en el pasado y siguen teniendo incidencia en el presente (Varela, 2001a). La genealogía no es un intento de comprender el pasado desde el punto de vista del presente, sino más bien de usar la historia para cuestionar el presente (Marshall, 2001; Turner, 1997). Por esta razón, Foucault (2005) y otros autores como Gastaldo y Holmes (1999) se refieren a esta propuesta como historia del presente, ya que ofrece a la investigación una mirada específica que hace hincapié en las discontinuidades, las rupturas, las inflexiones o los cambios de rumbo en los saberes y en las prácticas y muestra poco interés por la causalidad, escapando a la búsqueda del origen (Foucault, 2001a; Fox, 1993,

2000; Turner, 1997). El uso que hace Foucault de la historia es rastrear, y sacar a la luz la lógica de los procesos, con el fin de entender lo que está pasando en el presente (Varela, 2001b).

La genealogía se puede interpretar como una forma de mirar y de escribir la historia que difiere de la historia tradicional, porque se asume como historia con perspectiva crítica (Dreyfus y Rabinow, 1992; Dussel y Caruso, 1996; Marshall, 2001). Esta perspectiva crítica se caracteriza por no escribir una historia de las ideas, ni una historia completa del pasado. No presenta causas históricas, sino que señala espacios en los que se dieron posibilidades y en los que ciertos acontecimientos fueron emergiendo. Y finalmente, no hace exposiciones teleológicas de la razón, en general, ni del razonamiento de determinados pensadores, sino que escribe la historia del presente, de las condiciones que nos hacen pensar de una manera determinada en la actualidad.

El análisis genealógico no tiene unas reglas o pasos definidos, fundamentalmente trata de responder al interrogante sobre cómo se constituye el campo concreto que se quiere estudiar. Para ello trata de descubrir, a) qué es lo que se conoce como lo legítimo o lo verdadero de un objeto, b) cuales son las relaciones de poder, c) cuáles son los procesos que intervienen en la constitución del campo, y d) qué modificaciones se producen en ese ámbito hasta llegar al presente (Dreyfus y Rabinow, 1992; Hermann Omar, 2003; Varela, 2001b).

3.1.2.2 Los discursos como regímenes de verdad

Los discursos son considerados como grupos de ideas, formas de pensamiento y prácticas consolidadas e integradas dentro de una amplia estructura social, que aunque raramente reconocidos de forma consciente, proveen la base para lo que es reconocido como conocimiento (Garay, Iñiguez y Martínez, 2003; Heslop, 1997; McLaren, 2004). Se refieren a lo que puede ser dicho, pensado y hecho, pero también a quién puede hablar, cuándo y con qué autoridad (Georges, 2003; Manias y Street, 2000). Los discursos son, pues, prácticas sociales que forman sistemáticamente los objetos de que hablan (Iñiguez, 2006).

Los discursos son prácticas que configuran sistemáticamente los objetos de los que hablan...los discursos no se refieren a objetos; no identifican objetos; los construyen y, al hacerlo, ocultan su propia invención.

(Foucault, 2001c).

En la sociedad los discursos se pueden solapar, complementar o incluso oponer. Los discursos dominantes son aquellos que se encuentran arraigados en la sociedad, que se

consideran incuestionables y proporcionan una estructura para debatir el valor de una forma de hablar sobre la realidad por encima de otras (Parker, 1992). Los discursos dominantes pueden limitar otras formas de pensamiento sobre un fenómeno, definiendo los límites de las posibilidades del conocimiento (Cheek, 2004; Cheek y Rudge, 1993). Estos discursos pueden ser considerados como regímenes de verdad, ya que determinan lo que cuenta como conocimiento importante, legítimo y relevante (Cheek y Porter, 1997; Foucault, 1980b; Manias y Street, 2000). Son formas de normalización y sistemas legitimados que se instituyen como referentes y que configuran las prácticas de los profesionales (Cheek, 2004).

Según el principio de discontinuidad de Foucault (2001b) los discursos dominantes están en continuo desafío (Manias y Street, 2000), ya que en la medida en que se construyen por exclusiones o inclusiones, mantienen relaciones antagónicas con otras posibilidades de significado y posturas, llamados discursos transformadores. Estos discursos emergen precisamente desde su condición de excluido y desde fuera, buscan ser instituidos, buscan abrir alternativas de significación, comprensión y acción. Los discursos transformadores buscan crear resistencias o trasgresiones, cuestionan los discursos monolíticos y unitarios buscando otras posibilidades de estar presentes (Bover, 2004; Epstein y Johnson, 2000). Cuando un discurso transformador comienza a oponerse al orden instituido, en equilibrio inestable, entonces se produce una discontinuidad o incluso la aparición de un nuevo orden. Este nuevo orden supondría una ruptura o trasgresión, es decir el traspaso del límite impuesto por las prácticas discursivas que están autorizadas y reproducidas por algunas estructuras y, que en instancias extremas, eclipsan la posibilidad de que otros discursos puedan existir (Schubert, 1995). Los discursos transformadores podrían ser concebidos como discursos de proyecto, es decir, tratan de construir nuevas identidades que redefinan su posición en la sociedad y al hacerlo buscan la transformación de toda la estructura social.

Para Foucault no existe una única verdad, porque el conocimiento es construido socialmente, es transitorio y estrechamente asociado con el poder (Arslanian-Engoren, 2002; Foucault, 2004). La verdad es el resultado producido por individuos que organizan un cierto consenso y que están insertos en una determinada red de prácticas de poder (Varela, 2001b):

Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su política general de verdad: esto es, el tipo de discurso que acepta y tiene la función de ser verdadero, los mecanismos e instancias que le capacitan a uno para distinguir lo verdadero de lo falso (...) el status de los que tienen el encargo de decir lo que se considera verdadero.

Foucault (1980a)

Los discursos tienen una base institucional, se asientan y toman fuerza en las instituciones como la iglesia, el ejército, la familia, los hospitales, las escuelas o las universidades (Deleuze, 1995; Foucault, 2005; Weedon, 1997). Estas instituciones, y de forma importante la escuela, juegan un papel clave en la normalización social; son las encargadas de hacer prevalecer ese conjunto de creencias, narrativas y sentidos que se consideran como lo dado por supuesto (Deleuze, 1995; Larrosa, 1995). Desde estas instituciones se propicia la producción, transmisión y reproducción de determinados discursos y de sus relaciones de poder que van a participar en la constitución de la persona (Larrosa, 1995).

3.1.2.3 Las prácticas de poder y saber

Una precisión clave para el Postestructuralismo es la relación dinámica que existe entre conocimiento y poder, en la cual las formas de poder están imbuidas en el saber y las formas del saber están penetradas por las relaciones de poder (Barbero, Calvo, González, Manrique y Nespral, 2005; Cheek y Rudge, 1993; Cheek y Porter, 1997; Kenway, 2001; Lupton, 1992; Manias y Street, 2000; May, 1993; McHoul y Grace, 1993; Meyer, 1996; Turner, 1997; Vahabi y Gastaldo, 2003; Weedon, 1997).

Las estrategias de poder legitiman, sustentan y promueven lo que es aceptado como apropiado o verdadero, en relación a lo inadecuado y falso. El conocimiento se desarrolla en respuesta, y algunas veces en resistencia, a los límites impuestos por las estrategias o relaciones de poder (Doering, 1992). La producción de conocimiento es una forma de ejercer el poder, una forma para definir a otras personas y a nosotros/as mismos/as (Manias y Street, 2000; Vahabi y Gastaldo, 2003). La producción social del significado tiene lugar a través del discurso, ya que capacita y facilita a algunos grupos para pronunciarse sobre la forma y medida del mundo (Cheek y Porter 1997; Kenway, 2001; Prior, 1997). Desde esta perspectiva un análisis de los discursos y sus relaciones de poder posibilita no sólo conocer cómo y porqué en ciertos momentos se establecen o modifican, sino también cómo se constituyen prácticas e identidades sociales (Acevedo y Ramos, 2003; Cabruna, 1998; De Andrés, 2000; Gilbert, 1995).

“...las personas aceptan como verdad, como evidencia, ciertos temas que se han construido en un determinado momento de la historia, pero esa presunta evidencia puede criticarse y destruirse.”

(Martin et al, 1988)

Desde la modernidad se han planteado distintas conceptualizaciones de poder, por un lado aquellas que lo identifican con posesión y por el otro lado, las que señalan su carácter de relación. Este estudio se sitúa en este último enfoque, en el que Foucault concibe el poder

no sólo como un ejercicio negativo o represivo, sino como un ejercicio constructivo o productivo (Dean, 1999). Las formas de ejercer el poder en la sociedad son dinamizadoras y creadoras de conocimiento, de identidades, de verdades, de tensiones, conflictos y, de nuevas realidades (Barbero et al, 2005; Cheek y Porter, 1997; Heslop, 1997; Gastaldo, 1997; Holmes y Gastaldo, 2004; Varela, 2001b). El poder realiza un ejercicio de influencia y orientación sobre las percepciones, cogniciones y preferencias de las personas. Establece formas de conocimiento e institucionaliza prácticas, que las personas aceptan de forma natural (Gilbert, 1995). Foucault desplazó la atención de la idea de poseedores del poder, a los procesos por los cuales los sujetos ejercen poder y cómo son constituidos como efecto de las relaciones de poder (Crawford, 1994; Foucault 1990; Fox 1993; Vahabi y Gastaldo, 2003).

De las proposiciones que Foucault planteó sobre el poder considero importante destacar algunas. El poder es un concepto relacional históricamente determinado. No es una sustancia, ni una esencia, ni una institución, ni una estructura. La red de las relaciones de poder no es inmutable ni eterna, se va modificando a lo largo del proceso histórico, porque las sociedades tienen como rasgo distintivo el dinamismo, donde existen conflictos y rupturas de los predomios existentes en busca de la transformación (Foucault, 2002; Gabilondo, 1990). Las relaciones de poder se caracterizan por ser móviles, inestables y modificables, no prefijadas de antemano e incluso, en ocasiones, se pueden invertir.

Contrariamente a las representaciones tradicionales de los trabajos de Marx (1946) o Weber (1986), el poder no pertenece a una clase privilegiada de individuos, ni pertenece a un grupo pequeño de gente que ocupa una posición de autoridad legítima en el corazón de las organizaciones (Perron, Fluet y Holmes, 2005). El poder no es algo que se pueda adquirir, arrebatarse o compartir, algo que se pueda conservar o dejar escapar. El poder impregna todas las capas de la sociedad, se ejerce, se practica a partir de innumerables puntos de apoyo y dentro de un juego de relaciones (McHoul y Grace, 1993). Las realidades sociales ya no deben ser entendidas en términos de dominantes -quienes poseen el poder- y dominados -quienes no lo poseen-.

Para Foucault no existe la dominación, cada grupo está inmerso en relaciones de poder que usa para sus intereses, pero que la posición desigual y jerárquica hace que algunos grupos puedan, más o menos, determinar la conducta de otras personas, pero jamás de manera exhaustiva y coercitiva (Dreyfus y Rabinow, 1992; Foucault, 1990). Foucault, no entiende la dominación o subyugación como una apropiación estable sino como una disposición,

tácticas, estrategias o técnicas en una red de relaciones constantemente en tensión (Dreyfus y Rabinow, 1992). De ahí que la atención no se focalice sobre cuestiones relacionadas con quién posee el poder sino en cómo las relaciones de poder hacen que unas personas o grupos estén en posiciones privilegiadas para ejercer el poder, y descubrir el modo en que ese poder interacciona con otros/as creando un juego que hace evolucionar una realidad hacia un estado determinado (Barbero et al, 2005; Foucault, 2004). Foucault no pretendió en sus investigaciones analizar directamente el fenómeno del poder ni elaborar los fundamentos de tal análisis, sino explorar los diferentes modos por los cuales las personas nos constituimos en relación a complejas relaciones de poder (Foucault, 2004).

El poder es múltiple y multidireccional, esto significa que no está localizado, no tiene un solo origen. Se concibe como un espeso tejido que atraviesa las instituciones, las relaciones sin localizarse exactamente en ellas. Cuando se habla de relaciones de poder no sólo se hace referencia a la política, el gobierno o determinados grupos o élites, sino que se refiere a todas las relaciones existentes entre las personas -amorosas, económicas, pedagógicas, institucionales, etc.-. Para describir esta multidireccionalidad Foucault utilizó el concepto de capilaridad, para dar a entender que el poder no opera sólo desde arriba hacia abajo sino también desde abajo hacia arriba, atraviesa todas las relaciones y es difuso (Cheek y Rudge, 1993; Manias y Street, 2000). El poder tiene que ser analizado como algo que circula y no como una única forma de poder, ni como un lugar en el que se pueda adscribir (Foucault, 2004; Witto, 2001).

Las relaciones de poder no pueden existir más que en función de una multiplicidad de puntos de resistencia, no es el resultado de un consenso, donde hay poder hay rechazo, resistencia, hay contrapoder (Foucault, 1994; Manias y Street, 2000; Peerson, 1995). El poder necesita de resistencia como uno de sus condiciones fundamentales de operación. Es a través de los puntos de resistencia que el poder se difunde a través del campo social (Dreyfus y Rabinow, 1992). En consecuencia, los que se resisten o rebelan contra otra forma de poder no pueden satisfacerse con denunciar o criticar esta forma de violencia, lo que hace falta es volver a poner en tela de juicio la forma de racionalidad existente (Foucault, 1990). La resistencia se puede presentar en diferentes niveles y formas pero siempre está presente en los contextos donde existen discursos dominantes que influyen o determinan las dinámicas sociales (Foucault, 2001c). Las relaciones de poder orientan, conducen e influyen en las conductas de las personas, sometiendo las prácticas e identidades a ciertas normas sociales específicas de cada tiempo (Foucault, 2002). El

ejercicio del poder no es simplemente unas relaciones entre personas a nivel individual o colectivo, sino es una forma por la cual ciertas acciones puede modificar a otros (Foucault, 1990).

3.1.2.4 Las estrategias de ejercicio de poder

Entre las formas de ejercicio de poder, como mecanismos para gobernar y manejar la vida de la población e individuos en sus esferas públicas y privadas, Foucault (1994) identificó el poder disciplinario, pastoral, de autogobierno y de resistencia. El poder disciplinario es ejercido a través de mecanismos y estrategias, que son usadas para manipular y controlar. El objetivo de tales estrategias es forjar un sujeto útil y dócil que pueda ser subyugado, transformado y resocializado (Foucault, 2002; Varela, 2001b). A través de esta forma de ejercicio de poder se mantiene un statu quo y se forman nuevos saberes, nuevas prácticas, nuevos mecanismos de sujeción y normalización (Varela, 2001b). Las técnicas disciplinarias son usadas de forma masiva en la sociedad aunque son más habituales en ciertas instituciones como escuelas u hospitales, aunque no se reducen a estas particulares instancias (Dreyfus y Rabinow, 1992).

Las personas ejercen el poder disciplinario a través de una serie de mecanismos como, la normalización, la homogeneización, la vigilancia y el control, el sometimiento, la subyugación, la mirada clínica, el control de espacios y el uso de tiempos, las recompensas y las sanciones (Foucault, 2001b, 2002). Estas estrategias se usan de forma complementaria y las fronteras entre ellas son muy difusas.

Las estrategias de normalización operan estableciendo definiciones comunes de objetivos y procedimientos, que toman la forma de manifiestos de cómo se debería ordenar y organizar la actividad humana (Dreyfus y Rabinow, 1992). Su finalidad es que las personas se constituyan y se identifiquen con ciertos estándares y lograr así la conformidad dentro de una estructura social (Dreyfus y Rabinow, 1992; McHoul y Grace, 1993). Las estrategias de normalización no sólo prescriben conductas particulares, sino que categorizan a los individuos en grupos (McLaren, 2004). De este modo, se define lo que es normal o desviado, lo aceptado o inaceptable, lo superior o inferior, lo bueno o lo malo.

La homogeneización es un mecanismo que lleva en cierto sentido a amenazar la identidad de las personas en muchos aspectos ya que promueve la armonización de los saberes y la conformidad de los individuos (Dreyfus y Rabinow, 1992). La homogeneización dificulta la individualidad y la singularidad de las personas, uno de los vértices del pensamiento crítico.

Cuando las personas sucumben a las masas, de algún modo se vulneran sus potencialidades naturales y su condición de auténtica libertad.

La vigilancia y el control son procedimientos por los cuales aquellos que están situados en posiciones más estratégicas observan a los que están por debajo. Foucault (2002) apuntó como mediante la vigilancia, deliberada o no, la sociedad moderna ejercita sus sistemas de control de poder y conocimiento. Foucault (2002) sugirió que por todos los niveles de la sociedad moderna existe un tipo de 'prisión continua', desde las cárceles de máxima seguridad, trabajadores sociales, enfermeras, médicos, policía, maestros, hasta nuestro trabajo diario y vida cotidiana (Dreyfus y Rabinow, 1992). Foucault (2004) analizó el tránsito del castigo a la (auto)vigilancia a través de la figura del panóptico diseñada por el filósofo utilitarista J. Bentham, tecnología de control y vigilancia social que lo ve todo sin ser visto. El efecto principal del Panóptico es inducir en la persona un estado de conciencia sobre su visibilidad permanente que asegura el funcionamiento automático del sistema. De manera que la vigilancia es permanente en sus efectos, incluso si es discontinua en su acción.

Las estrategias de sometimiento y subyugación son mecanismos de imposición, sujeción, represión, opresión, doma o conquista de individuos o saberes. Son estrategias físicas y simbólicas que constituyen al individuo de manera tal que sus movimientos y ritmos respondan y se subordinen a las necesidades de los dispositivos disciplinarios (Dreyfus y Rabinow, 1992). El sometimiento de los individuos a ciertas pautas, reglas o normas es fundamental para el sostenimiento de las relaciones de poder que rigen la sociedad moderna (Foucault, 2005).

La mirada clínica no es sinónimo de visión, sino una metáfora que Foucault utilizó para referirse a otra estrategia de poder a través de la cual los acontecimientos de alteración orgánica pueden ser leídos, organizados e interpretados en una concepción anatomo-clínica (Foucault, 2001a). La mirada clínica definida por Foucault puede ser extrapolada a cualquier mirada cotidiana que se inscribe en el espacio social y es a la vez efecto y soporte de determinadas prácticas y relaciones con los otros.

Otras estrategias disciplinarias de poder son el control de espacios y el uso de los tiempos. El control de espacios es la distribución y asignación de los individuos a determinados espacios, a menudo espacios de clausura o bien la división de ciertos grupos de individuos de otros (McHoul y Grace, 1993). Para Foucault, los espacios tanto físicos y simbólicos son una pieza fundamental para el dispositivo de conocimiento y poder que lo ha convertido en

referencia inmediata en los análisis sociales del poder. El espacio y el tipo de relaciones que se dan en él poseen una íntima relación. Según Tirado y Mora (2002) los primeros directores de los espacios colectivos son los médicos y los militares. Los primeros piensan y gestionan los hospitales; los segundos, las campañas y fortificaciones. El uso de los tiempos es una estrategia de ejercer el poder mediante la fragmentación o división de las actividades o tareas en horarios fijos y tiempos preestablecidos, lo cual se convierte en un nuevo dispositivo de control.

Finalmente, cabe destacar las recompensas y las sanciones como aquellas estrategias a través de las cuales se consigue la permanencia de un orden o de un poder normativo. A través del manejo de recompensas y castigos o amenazas se logran algunas de los mecanismos anteriormente comentados.

El poder pastoral es otra forma de poder menos impositiva que se basa en la información y conocimientos que se obtienen en base a una relación de confianza, de corte emocional o terapéutica. El poder pastoral es una forma individualizada de poder en la que alguien actúa de guía para otros (Holmes y Gastaldo, 2004). Este/a líder o pastor/a reconduce a sus “ovejas” que se descarrían favoreciendo la unidad del grupo y la cohesión, mostrando una bondad constante e individualizada que se concreta en el día a día. El/la líder ejerce el poder desde el cumplimiento del deber y la abnegación, porque todo lo que hace es para bien del rebaño (Foucault, 1990; Lunardi, 1999). Es ejercido mediante mecanismos como la intermediación, la introspección o el autoexamen.

La intermediación o la representación es una estrategia de ejercicio de poder en la que una persona defiende los derechos, necesidades o deseos de otro ante una tercera persona. En cuanto a la introspección o autoexamen, son formas de ejercer el poder en los que uno/a es interpelado a verbalizar sus conductas, reconocer sus defectos y explorar sus verdaderos intereses e inquietudes. En la mayoría de las ocasiones estos ejercicios son llevados a cabo de forma introspectiva, pasiva o en silencio.

Las estrategias de autogobierno, llamadas también de autogestión o subjetivación son formas de poder de relacionarse con uno/a mismo/a que se vuelven parte de la vida cotidiana, no exteriorizado, pero en el que se implican las relaciones de conocimiento y control (Gastaldo, 1997). Es una forma de poder autoaplicada por los individuos, dirigida hacia el control de su propio comportamiento. Este autogobierno está influenciado por los discursos sociales dominantes que han sido interiorizados e incorporados como deseo propio pero que ha sido constituido socialmente (Bover, 2004; Gastaldo, 1997).

Donde hay poder hay resistencia. Las estrategias de resistencia o lucha están presentes en todas partes dentro de la red de poder (Foucault, 2005). Foucault sostenía que la resistencia es coextensiva al poder y que es rigurosamente contemporánea (Foucault, 1994). La resistencia no es la imagen invertida del poder, sino que es tan móvil y tan productiva como él. No se debe conceptualizar la resistencia en términos de negación, sino como proceso de creación y transformación. En el momento mismo en el que se da una relación de poder existe la posibilidad de la resistencia. No estamos atrapados por el poder; siempre es posible modificar su dominio en condiciones determinadas y según una estrategia precisa. La finalidad de este poder es infiltrar cada vez con mayor profundidad la existencia humana, tanto a nivel individual como colectivo (Foucault, 1994).

3.1.3 La perspectiva Feminista Postestructuralista

Una de las razones por la que esta perspectiva teórica constituye un referente en este estudio es que el género es un constructo social con una fuerte implicación en la construcción de la identidad de la profesión, donde las categorías de género y las relaciones de poder están en la base de su concepción (Canals, 1998; Harding, 1996a; Meyer, 1998). El género, además de modular el desarrollo profesional, modula el valor asignado al cuidado tanto por los propios profesionales, como por la sociedad y por el sistema de salud (Meyer, 1996).

Una de las críticas del postfeminismo al trabajo de Foucault es su falta de reconocimiento de la dimensión de género en sus discusiones sobre el poder. A pesar de esta crítica, los/as investigadores/as feministas postestructuralistas comparten puntos de convergencia con pensadores como Foucault, Derrida, Deleuze, Guattari y otros. Comparten un escepticismo respecto a los enunciados universales sobre la existencia, la naturaleza, las fuerzas de la razón, la ciencia, el lenguaje y el sujeto (Harding, 1996b; Olesen, 2000; Ramazanoglu y Holland, 2002). Otro punto de convergencia entre ellos es la atención sobre el rol productivo de los discursos a la hora de crear y mantener ubicaciones social y económicamente privilegiadas (Huntington y Gilmour, 2001). Desde el postfeminismo, también se sostiene que cualquier conocimiento se considera adscrito a una serie de valores e intereses que habitualmente responden y alimentan discursos sociales dominantes (Nicholson, 2000; Weedon, 1997).

A diferencia de un feminismo anterior, el feminismo postmoderno hace una relectura de las metas basadas en la búsqueda de la igualdad entre hombres y mujeres. El postfeminismo pretende señalar la especificidad y valor de las estrategias y los valores femeninos asignados

a la mujer y que pueden contribuir a superar el sexismo y la opresión sobre la que se basa el sistema patriarcal predominante (Weedon, 1999). El foco de atención del postfeminismo se resitúa desde la mujer dominada, a las relaciones de poder que reproducen y legitiman estas diferencias y desigualdades (Mansfield, 2000).

El concepto de género se explora en su carácter relacional interdependiente desde el cual se educa a hombres y mujeres como sujetos de género, se rechaza la homogeneidad, esencialismo y universalidad de los términos de mujer, hombre, dominación masculina y subordinación femenina. De ahí que la atención se centre en explorar la pluralidad, los conflictos y la provisionalidad de los procesos que delimitan las posibilidades de definir y vivir el género en cada sociedad y no sus diferentes segmentos culturales y sociales (Weedon, 1997).

El postfeminismo invierte y redefine la posición de mujer y su representación social, proponiéndola como una alternativa de alteridad positiva al sujeto masculino (Amorós, 1997). Aboga por una estrategia deconstructivista que cuestiona la validación del conocimiento libre de valores y universal basado en la experiencia del hombre blanco (Hooyman y Gonyea, 1995). Esta estrategia tiene como fin desestabilizar un modelo binario inscrito en la dualidad masculinidad/feminidad impulsado desde la modernidad en el que se privilegia a uno sobre el otro, por ejemplo el hombre sobre la mujer (Phoca, 1999). Esta nueva forma de entender y vivir la categoría de mujer como realidad plural y cambiante, da paso a procesos de subjetivación abiertos, inacabados, contingentes y múltiples, por los que las mujeres proponen y producen otras subjetividades o identidades que desafían lo masculino como valor social (Brenan, 1996; García-Selgas, 1996).

Una de las principales contribuciones del postfeminismo ha sido insistir en los procesos políticos, históricos y de género que envuelven la producción de todo conocimiento (Aranda, 2006). Desde esta perspectiva se pretende alentar la producción de discursos transformadores que sean competentes con los discursos patriarcales dominantes y que permitan una posibilidad de cambio de las relaciones opresivas en busca de una mayor equidad y diversidad de roles para hombres y mujeres (Aranda, 2006). Desde esta perspectiva las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres son sociales, culturales y discursivamente construidas y no biológicamente determinadas (Meyer, 2004).

Las identidades atribuidas a cada género y las subjetividades de los individuos son construidas en épocas y contextos históricos particulares (Olesen, 2000). Estas entidades se constituyen a través del lenguaje, prácticas culturales, instituciones sociales y relaciones de

poder (Meyer, 2004; Paech, 1996). Así, las diferentes generaciones que viven contextos temporales específicos y diversos, pueden presentar diferencias en la forma de conceptualizar el género y su representatividad en el medio social (Meyer, 2004). Ello nos conduce a conectar la experiencia de género de las personas según el momento histórico en que se construyen su(s) identidad(es). En este sentido, Bordo (1990) afirma que no todas las mujeres son iguales frente al sistema entendido como patriarcal y opresor, ellas pueden también formar parte de éste para perpetuar las clásicas relaciones de poder y dominación existentes, basadas en los privilegios y la supremacía de las élites (Hooks, 2000).

El feminismo postestructuralista no concibe el sujeto como una entidad biológica universal, sino constituido desde múltiples posiciones sociales e influenciado por las relaciones de poder prevalentes entre individuos y grupos, así como las relaciones entre el conocimiento y el poder (Ramazanoglu y Holland, 2002; Weedon, 1999). La postmodernidad implica una relectura de las ideas ilustradas heredadas de la concepción monolítica de sujeto (Durán, 2002). El sujeto postmoderno está constituido por diferentes subjetividades y contextos que lo hacen diverso y cambiante según los procesos e interrelaciones sociales (Lowell, 2000; Olesen, 2000; Weedon, 1999;). No sólo existe el rol referido a la profesión, sino que coexisten varios roles y subjetividades ligados a él como son el de género, raza, generación, clase y muchos otros que interactúan y evolucionan en un proceso continuo en nuestro inestable contexto social y político.

Este enfoque centrado en la pluralidad y la multivocalidad permite desafiar los discursos de emancipación, a partir del análisis de los mecanismos de poder y la redefinición de la identidad que se presenta como múltiple, cambiante, contradictoria y en construcción (Arslanian-Engoren, 2002; Orner, 1999; Rifà, 2003). Permite cuestionar la existencia de roles y sesgos androcéntricos determinados natural y biológicamente, comprender, exponer y transformar la red jerárquica social, que usa el poder para silenciar y marginar los discursos relativos al género (Arslanian-Engoren, 2002; Gavey, 1997; Meyer, 1996; Weedon, 1999;).

El género modulado también por la generación y por otros discursos dominantes conforma las identidades personales y sociales y da significado a las relaciones de poder, ya que sobre la base de una diferenciación sexual se establecen límites y se indican posibilidades asumidas como comunes, propias y naturales (Meyer, 1996; Stoeckel, 2000; West y Zimmerman, 2002).

3.2 Una mirada postestructuralista y postfeminista de la identidad profesional de los/as enfermeros/as: pluralidad y diversidad

La conceptualización de la identidad en este estudio se sustenta en principios teóricos y filosóficos originados desde la posmodernidad y, en concreto, desde el Postestructuralismo y el Feminismo Postestructuralista..

La perspectiva postestructuralista y feminista postestructuralista ofrece herramientas teóricas que permiten concebir la/s/ identidad/es/ sin desligarla de su dimensión política, histórica y cultural (Crowe, 1998; Gilbert, 1995; Gómez, 2003; Meyer, 1996). Estas perspectivas permiten deshacer dicotomías y características del pensamiento moderno, como individuo-sociedad, agente-estructura, objetivo-subjetivo presentes en otras aproximaciones teóricas (Gómez, 2003). Abren un nuevo campo de posibilidades sobre las influencias recíprocas de la estructura social y el sistema de roles y estatus en la configuración de la/s/ identidad/es/, como resultado de procesos de interacción social múltiples, emergentes y cambiantes.

La posmodernidad articula una serie de críticas al proyecto de la ilustración entre las cuales cabe destacar la crisis del concepto occidental de sujeto universal, estable, unitario, independiente, ahistórico, totalizado e interiorizado. Desde la posmodernidad se reconoce la diversidad y la pluralidad en los significados, lo que permite resituar o desplazar conceptos fijados y unificados como el de identidad o subjetividad (Aranda, 2006; Weedon, 1997). Desde este enfoque se pone en duda cualquier declaración de verdad y cualquier intento de definición de uno/a mismo/a o de cualquier acontecimiento o posición (Cabruja, 1996).

En las últimas dos décadas, las ciencias sociales se hacen eco de manera explícita de las críticas de la posmodernidad a los conceptos de sujeto e identidad. Estas disciplinas se cuestionan y redefinen su objeto de estudio desde una mirada histórica, reflexiva y transdisciplinar y redefinen herramientas conceptuales y empíricas apropiadas para entender la compleja naturaleza de este fenómeno (Crespo y Soldevilla, 2001; Gómez, 2003; Ibáñez, 2000; Jussim y Ashmore, 1997).

Las ciencias sociales han entendido la/s/ identidad/es/ desde tres aproximaciones básicas (Gómez, 2003; Rose, 2007). La aproximación positivista, parte de la independencia entre el individuo, la sociedad y el conocimiento para, así, defender la posibilidad de un conocimiento objetivo. Las aproximaciones que se sitúan dentro de la sociología del

conocimiento o del marxismo vinculan el individuo a la sociedad que, sin embargo, constituyen esferas independientes. Definen la relación que existe entre el conocimiento y la sociedad en términos de distorsión, error o ideología. La aproximación postestructuralista o de la nueva sociología del conocimiento científico, en la cual sitúo este estudio, da un paso más, atreviéndose a poner en relación los tres dominios: individuo, sociedad y conocimiento, dominios que se confunden unos con otros, difuminándose hasta el punto de no poder ser abordados separadamente. Desde esta última perspectiva la identidad no es una cuestión meramente psicológica, aunque sin duda lo psicológico es importante, sino que también tiene mucho que ver con procesos históricos, políticos y sociológicos (Ibáñez, 2002; Iñiguez, 2001; Ovejero, 1995).

Desde esta perspectiva, la/s/ identidad/es/ se plantean como construcciones sociales que emergen por discursos, prácticas institucionalizadas y relaciones de poder, con carácter temporal y circunscrito histórico y socialmente (Bungay y Carter, 1996; Heslop, 1998; Holmes y Gastaldo, 2004; Iñiguez, 2001; Paech, 1996; Prior, 1997;). Estas construcciones son las que influyen en los pensamientos y emociones conscientes e inconscientes de la persona, su sentido de sí misma y sus formas de entender las relación con el mundo (Barbero et al, 2005; Epstein y Johnson, 2000; Weedon, 1997). Las personas nos constituimos no tanto de nuestra particular y esencial forma de ser o carácter, sino fundamentalmente de la influencia de las relaciones de poder, los discursos y los hechos históricos y sociales y de la forma en la que nos ubicamos respecto a ellos (Mansfield, 2000). Según Foucault, nuestras identidades, self o subjetividades se constituyen dentro de campos discursivos, en los cuales se establecen relaciones entre instituciones sociales, lenguaje, subjetividad y poder (Mansfield, 2000; Paech, 1996; Weedon, 1997).

La identidad es algo más que una realidad biológica o psicológica, es más bien algo relacionado con la elaboración conjunta de cada sociedad particular a lo largo de su historia, algo que tiene que ver con los discursos y las relaciones de poder (Atkinson y Coffey, 1997; Cabruja, 1996, 1998; Danziger, 1997; Gergen, 1992, 1996; Iñiguez, 2001; Pujal, 1996). La identidad no es una esencia, sino un proceso dinámico que se crea por influencia de múltiples formas de poder que se van reconfigurando en lo cotidiano en cada tiempo y espacio (Gastaldo y Holmes, 1999; Gilbert, 1995; Netto y Ramos, 2004). Las identidades se constituyen de forma plural y múltiple en función de lo que se dice y se hace, de ahí que lo importante no estriba en saber qué es lo verdadero o lo falso de una verdad,

sino en conocer cómo algo ha llegado a convertirse en verdad, qué se ha prohibido y excluido para llegar a ser de este modo (Barbero et al, 2005).

Desde esta perspectiva, la/s/ identidad/es/ personal/es/ y social/es/ es el resultado de prácticas, de formas de pensar y hablar sobre los sujetos (Traynor, 2006). Thoits y Virshup (1997) apuntan que ambas identidades tienen en común que son socialmente construidas y culturalmente variables, son categorías con significado social, aceptadas por las personas como identificación de ellas mismas y del grupo. Lo que conecta lo personal con lo social, lo micro con lo macro, lo local con lo global es una relación o proceso de conformación social, en el que cada uno de los niveles contribuye al conjunto del sistema y a la vez ambos no son posibles al margen del sistema social que los origina (Iñiguez, 2001).

En la actual sociedad de la información la identidad personal o colectiva se entiende como los procesos de construcción que se efectúan mediante unas fuentes o atributos culturales que los sujetos van organizando y jerarquizando en el curso de su experiencia (Castells, 2003). Según este autor, en un mundo de flujos globales y plurales de salud, poder e imágenes la construcción social de la identidad siempre tiene lugar en un contexto marcado por las relaciones de poder.

De todo ello se desprende la idea de que la/s/ identidad/es/ no está atrapada en un discurso único y dominante, sino que existe una potencialidad para desafiar e invertir en otras formas de ser. El conocimiento y la visión que las personas tienen sobre ellas mismas puede ser contradictoria y constantemente cambiante o reconstituida (Meyer, 1998; Weedon, 1999). Esta perspectiva permite liberar a los individuos de identidades esencialistas que constriñen el comportamiento y luchar para emerger lenguajes alternativos, para describir experiencias y abrir nuevas posibilidades para la identificación social y de comportamiento (Siedman, 1992).

Estos planteamientos sustentan la necesidad de abordar el estudio de la/s/ identidad/es/ profesional desde su genealogía, porque las concepciones del yo, del colectivo y del mundo sólo pueden ser críticas cuando se aprecia la historicidad de su constitución (Kincheloe y McLaren, 2003). Llevar a cabo una genealogía de la/s/ identidad/es/ no significa construir la historia de las diferentes ideas sobre ella, sino explorar las prácticas históricas que la configuran (Rose, 1998).

Desde perspectivas más críticas no me planteo preguntas como, ¿Quién es el/la enfermero/a? o ¿Qué es la enfermería? sino ¿Cómo se constituye la identidad profesional? El objetivo no es descubrir lo que somos sino, como ¿Porqué somos como somos?, cuestionarnos o plantearnos qué y cómo tendríamos que deshacernos de sometimientos, hegemonías, ataduras impuestas por las estructuras de poder (Foucault, 2002). Esto permite comprender que no estamos confinados a una forma específica de *self*, sino que a través de nuestras prácticas tenemos posibilidad de transformar (Foucault, 2001b). Parafraseando a Foucault, Stoeckel (2000) afirma:

Liberarse significa alcanzar una conciencia crítica, un grado de conciencia que nos permita entender cómo construimos nuestra identidad, y que nos permita entender que nos es posible construir nuevas identidades y nuevas subjetividades.

Una de las contribuciones de esta investigación al estudio de la identidad profesional de los/as enfermeros/as es la perspectiva sociocrítica desde la que se plantea. Las perspectivas postestructuralista y feminista postestructuralista permiten aportar una visión más integradora de este fenómeno, tanto del pasado como del presente. Esta nueva forma de abordar el estudio de la identidad prioriza el análisis del fenómeno frente a su descripción y permite explorar y cuestionar desde la diversidad, la complejidad y la articulación temporal, algunos aspectos sobre la identidad profesional arraigados, poco discutidos y desafiados en la actualidad. Desde estas perspectivas el fenómeno de la identidad es un proceso incompleto, discontinuo y de cambio, atravesado por múltiples representaciones.

Con esta investigación miro la historia desde el presente con la finalidad de desentrañar, revisar e interrogar los discursos y las relaciones de poder que han ido constituyendo prácticas, políticas, tensiones en la profesión y analizar sus implicaciones en la actualidad profesional. Este conocimiento posibilitará promover futuros cambios profesionales y sociales a través de lo se llama un proyecto de posibilidad (Cheek y Porter, 1997; Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006; Meyer, 1996; Walter, 1995).

CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo abordo la cuestión metodológica de la investigación, evitando reducirla exclusivamente a cuestiones de método, sino articularla coherentemente a la ontología y a la epistemología del estudio. Lo que trato de exponer son las vías de obtención de información y datos que he empleado para cuestionar y producir conocimientos a partir de unas perspectivas teóricas.

4.1 ¿A qué trato de responder?

La inicio de esta investigación tuve la sensación de no saber por dónde insertar la mirada, bajo qué perspectiva, hasta dónde intentar ver y aceptar que ya no es posible ver más allá. La sensación, fue como lanzarme a un mar lleno de problemáticas, preguntas, posturas, construcciones muy elaboradas, contextos amplios y demandantes.

Para vencer esta sensación de amplitud, ha sido útil plantearme a lo largo de la investigación una serie de preguntas, a algunas de las cuales trataré finalmente de dar respuesta con este estudio, ¿Cómo es posible que una actividad tan fundamental para el bienestar de las personas, se haya situado históricamente, incluso en la actualidad en la sombra de la escena sanitaria, social y política?, ¿Por qué ciertos discursos se han mantenido como las “verdades” naturales e incuestionables sobre la profesión, mientras que otros no han tenido la misma aceptación y prominencia?, ¿Por qué resulta tan difícil combatir la dominancia de ciertos discursos y transformarlos?, ¿Cuales son los impactos de estos discursos sobre las políticas sanitarias, prácticas profesionales, relaciones profesionales y los estereotipos que construye la sociedad sobre la profesión?

En esta investigación no parto de hipótesis cerradas para ser comprobadas, sino de preguntas abiertas y objetivos que tienen la finalidad de orientar el estudio (Denzin y Lincoln, 2000). Mi interés en este proceso de investigación es explorar como la/s/ identidad/es/ de la profesión es socialmente e históricamente construida por los discursos y sus relaciones de poder. El eje central de la investigación no son mis hipótesis como investigadora sino, el contexto social e histórico en el que los discursos y sus relaciones de poder se sucedieron (Crowe, 2005).

La cuestión básica que guía el planteamiento de esta investigación es tratar de averiguar cuáles han sido los procesos de continuidad, transformación y ruptura que han constituido la(s) identidad(es) profesional de los/as enfermeros/as en España entre 1956 y 1976. Esto

permitirá poner de manifiesto los discursos dominantes, transformadores y las relaciones de poder naturalizadas a través de estos discursos.

4.1.1 Objetivo general

Analizar los procesos de continuidad, transformación y ruptura que han conformado la/s/ identidad/es/ profesional/es/ de los/as enfermeros/as en España entre 1956 y 1976.

4.1.2 Objetivos específicos

1. Analizar los discursos dominantes y sus relaciones de poder, que contribuyeron a mantener continuidades en la constitución de la identidad profesional de los/as enfermeros/as durante este período.
2. Analizar los discursos transformadores y sus relaciones de poder, que contribuyeron al cambio en la constitución de la identidad profesional de los/as enfermeros/as durante este período.

4.2 Diseño y tipo de estudio

Desde una metodología cualitativa y a partir de los referenciales postestructuralista y feminista postestructuralista, planteo un estudio de análisis de discurso de carácter genealógico de dos fuentes mediante técnicas de análisis textual y documental. Analizo los manuales de moral profesional dirigidos a los/as ATS y las transcripciones de entrevistas semiestructuradas realizadas a profesionales que durante esta época histórica fueron estudiantes o profesoras de las escuelas de ATS, y a profesionales que ocuparon cargos o lideraron proyectos significativos en cualquier ámbito de ejercicio de la Enfermería durante esta época.

Antes de exponer las fases del estudio, presentaré la metodología, el método y las técnicas usadas en esta investigación. La metodología cualitativa es el abordaje analítico que me ha permitido responder mejor a los objetivos planteados, fundamentalmente en lo relativo al sentido y la significación de los discursos y las relaciones de poder (Beltrán, 1992; Ibáñez 2002; Iñiguez, 1999, 2001; Iñiguez y Antaki, 1994; Ortí, 1994; Pérez, 2002). La metodología cualitativa me ha permitido abordar el análisis del fenómeno con mayor riqueza y particularidad, ya que permite una mayor comprensión de los aspectos que están en el mundo subjetivo de los/as profesionales, y permiten entender el cómo de la permanencia y la transformación de muchas prácticas (Conde, 2002).

A nivel ontológico considero la realidad como dinámica, global y construida en un proceso histórico y de interacción. En un nivel epistemológico, asumo tanto una vía inductiva como deductiva. Parto de la realidad concreta y de los datos que ésta aporta, y a la vez de perspectivas teóricas críticas que se integran con los datos obtenidos para generar un nuevo conocimiento. En un plano metodológico, la investigación se caracteriza por un carácter emergente, construyéndose a medida que se avanza en el proceso de investigación, a través del cual se recaban las distintas visiones y perspectivas de los/as participantes. Y finalmente, desde un nivel técnico, utilizo técnicas que permiten recabar datos que informan de la particularidad de la situación, permitiendo una descripción exhaustiva y densa de las realidades concretas (Guba y Lincoln, 2000; León y Montero, 2003).

Esta investigación se desarrolla en tres etapas, en todas ellas uso como método de investigación el análisis de discurso, por ser un método pertinente para explorar y poner al descubierto como las identidades, el conocimiento y las relaciones de poder han sido construidos tanto en textos escritos como hablados (Lupton, 1992; Crowe, 2005). El análisis de discurso ofrece un método riguroso para analizar la producción oral y escrita de importantes fuentes de datos dentro de la práctica y la política profesional (Barclay y Lupton, 1999; Crowe, 2005; Morse, 2001; Taylor, 2003; Traynor, 2006).

En la primera etapa, mediante el análisis textual de los manuales sobre moral profesional, pretendo desempolvar de la memoria histórica las piezas de evidencia con las que reconstruir los rasgos principales de los discursos y de las relaciones de poder que han contribuido a la constitución de la identidad profesional de los/as enfermeros/as con sus continuidades, transformaciones y rupturas. En la segunda etapa, a través de entrevistas semiestructuradas, exploro la constitución y significación de los discursos y sus relaciones de poder para las personas que vivieron esta época, como estudiantes o como profesoras de las escuelas de ATS. Y en la tercera etapa, a través de entrevistas semiestructuradas, exploro los procesos que contribuyeron a que se produjeran las continuidades y las transformaciones discursivas y de relaciones de poder, desde el punto de vista de profesionales que ocuparon posiciones y lideraron proyectos significativos en cualquier ámbito de la Enfermería en nuestro país entre 1956 y 1964.

Quisiera comentar que la finalidad de la segunda y tercera etapa no es la de subordinar el análisis de los manuales históricos a las entrevistas, ni tampoco de buscar fuera el sentido o autoridad de los textos. Como apunta Letherby (2002), las entrevistas son un medio en el que se generan datos que son una inscripción de situaciones sociales complejas donde el

significado es constituido y renegociado y donde el poder circula y se difunde. La modalidad de entrevista semiestructurada me ha permitido formular preguntas en relación a los temas centrales del estudio y al mismo tiempo dar libertad al entrevistado/a para acceder a sus experiencias, interpretaciones o puntos de vista (Field, 1995). La finalidad ha sido obtener una riqueza informativa contextualizada y holística elaborada por las personas entrevistadas, en sus palabras y posturas.

4.3 Materiales, participantes y muestra intencional

Tanto los manuales de moral profesional como los/as estudiantes y profesores/as en las escuelas de ATS tienen en común el estar situados/das en el mismo horizonte, el contexto educativo de las escuelas de ATS. La educación entendida desde un significado más amplio, hace relación al conjunto de prácticas, saberes, discursos, relaciones de poder y de valores, que cada generación mantiene, reestructura y transmite a las siguientes (Flecha, 2005). En este sentido, Meyer (2004) apunta que los procesos educativos envuelven sutiles y refinadas estrategias de naturalización y legitimación que precisan ser reconocidas y problematizadas, ya que en estos procesos las personas se transforman y aprenden a reconocerse como profesionales.

Respecto a los/as profesionales que ocuparon cargos o lideraron proyectos significativos/as en la Enfermería en España entre 1956 y 1976, aportan a este estudio una mayor legitimidad no por quienes eran sino por las posiciones que ocuparon y por los proyectos que lideraron desde el ámbito docente, gestor o clínico en el marco de un conjunto de relaciones institucionales dentro de la Enfermería Española.

Considero que el análisis de estas tres fuentes puede resultar fundamental para entender cómo se constituyeron los sistemas de producción, que crearon los entramados en los que se va constituyendo la identidad profesional de los/as enfermeros/as y cómo se sucedieron los procesos de reproducción, que dan estabilidad y permanencia a los discursos y las relaciones de poder en la profesión en la actualidad.

4.3.1 Manuales históricos de moral profesional

Los textos constituyen un buen punto de partida para un análisis cualitativo, ya que son instrumentos que nos instruyen cómo ver el mundo y nos proporcionan el significado por el cual podemos relacionarnos con él (Prior, 1997). Los textos constituyen uno de los pilares de la enseñanza, ya que sirven de base para la instrucción de los/as estudiantes (Larrosa, 1995). Los manuales escolares o universitarios, sirven claramente de

instrumentos de consolidación de formas y de códigos morales y sociales, máxime tratándose de manuales de moral a través de los cuales se trata de inculcar pautas de comportamiento según un modelo social (Guereña, 1998).

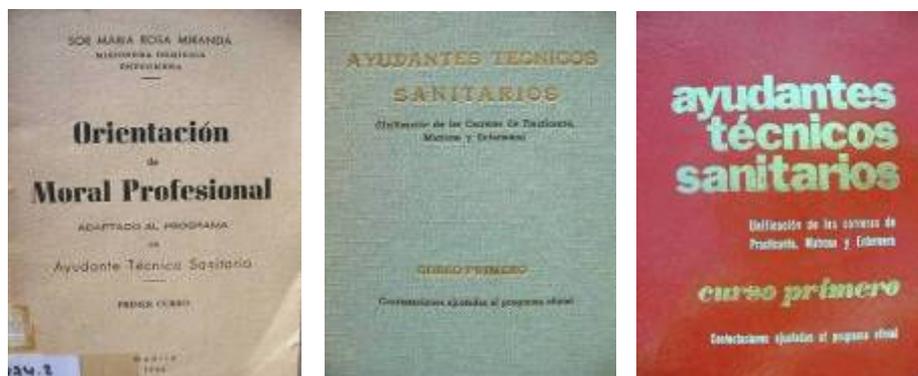


Fig 16. Portada de manuales para primer curso de los estudios de Ayudante Técnico Sanitario. Ediciones de 1956. 1965 v 1971

Los manuales de enseñanza son, en mayor o menor grado, productos de una época histórica susceptibles de observación y análisis, en los que se reflejan los discursos de los que ejercen el poder, así como las diferentes formas que estos tienen de transmitir sus valores con el fin de intentar mantener su estatus de privilegio (López, 2001). En este sentido, Collière (1991) apunta que los manuales son pensados, redactados y escritos por aquellos/as que deciden sobre el lugar, el rol y el estatus asignado a los/as profesionales. No hay que olvidar que la cuestión de la enseñanza es una cuestión de poder, puesto que enseñar es formar personas amoldadas a las miras e intereses de los que instruyen (Guereña, 1998).

Partiendo de estas premisas y de las expuestas en el capítulo anterior, considero que los manuales de moral profesional dirigidos a los/as ATS y publicados entre 1956 y 1976, conforman un grupo de textos cuyos discursos han influido en la constitución social de la(s) identidad(es) de los/as enfermeros/as y de la enfermería. La influencia de estos textos se debe a varias razones, entre las cuales cabe destacar: a) han sido producidos en contextos específicos, como las escuelas de ATS y hospitales, instituciones donde se han producido y reproducido discursos sobre la profesión, b) son reveladores de condiciones históricas, sociales e intelectuales que han constreñido y condicionado los discursos profesionales y, c) recogen creencias y convicciones que han poseído un valor para la colectividad. Es decir, implican un posicionamiento en un entramado discursivo y definen en el espacio social unas identidades históricamente circunscribibles.

He seleccionado los manuales según muestreo intencional y muestreo de casos extremos, con la finalidad de recoger la máxima variabilidad de los discursos en relación a los objetivos propuestos. Los criterios de inclusión han sido:

1. Los manuales de moral profesional. De entre todas las materias que componían el currículum del estudiante de ATS (Apéndice 1 y 2), me he centrado en la asignatura de moral profesional. La asignatura de moral profesional, como recogen los prólogos de los manuales, se consideraba una de las más importantes de la carrera (Miranda, 1956; Rey, 1973). Además, era una de las asignaturas donde se recogían mayoritariamente aquellos aspectos dirigidos a la formación de la conciencia profesional individual y colectiva y a las normas de conducta adecuadas a la profesión (Domínguez, 1986).

Durante esta época se publicaron dos tipos de formatos diferentes de manuales de moral profesional. Por un lado, manuales dedicados íntegramente a la moral profesional para ATS y por otro lado, capítulos de moral profesional integrados en las obras completas tituladas “Programas Oficiales de Ayudante Técnico Sanitario” que, reunían capítulos relativos a las diferentes materias del plan de estudios.

2. Los manuales de moral profesional dirigidos a estudiantes de primer curso de carrera. En los manuales para primero, a diferencia de los manuales para segundo o tercero, se recogían aspectos más relacionados con los objetivos del estudio, como son la vocación del ATS, las cualidades físicas, intelectuales y morales, los deberes respecto al enfermo, familiares, médicos, compañeros y respecto a sí mismo (Apéndice 3). En cambio, en los manuales para segundo y tercer curso se recogían aspectos más relacionados con las leyes, la ética como concepto y propiedad de ley, elementos del acto humano, etc.
3. Los manuales con más de dos ediciones. Considero que los manuales más editados fueron los más consultados y usados en la formación y por lo tanto constituyeron los discursos más difundidos entre los/as profesionales. El único manual con más de dos ediciones es el manual publicado por el Reverendo Padre (R.P) Juan Rey, del que se realizaron siete reediciones, de las cuales he analizado la primera (1957) y la última edición (1974) con el fin de recoger las continuidades y las rupturas en el discurso a lo largo del período. El R.P Juan Rey era sacerdote y profesor de la Escuela de Salud de la Fundación Valdecilla

(Santander), una de las primeras escuelas en España fundada en 1929. Se considera que esta escuela ocupó un papel destacado en el desarrollo de la formación de enfermeras en nuestro país y el prestigio que alcanzó hizo que las primeras promociones se colocasen rápidamente en los mejores hospitales, donde pronto ocuparon puestos destacados en el trabajo de enfermería (Tomás, 2000).

4. Los manuales escritos por la única autora, mujer y enfermera. Considero importante analizar estos manuales con el fin de recoger el punto de vista o forma de entender la profesión de la única enfermera y así incorporar sus matices de los discursos profesionales. Sor Rosa María Miranda, enfermera, monja y misionera dominica escribió dos manuales sobre moral, el primero en 1956 y el segundo en 1964. De hecho, como apuntan Domínguez, Rodríguez y De Miquel (1983), durante casi dos décadas prácticamente los únicos manuales íntegros publicados de moral profesional fueron el de el RP Juan Rey y el de Sor M^a Rosa Miranda.
5. El último manual publicado en este período. Creo que es interesante analizar el último manual sobre moral profesional publicado en este período porque supone una inflexión en el proceso de profesionalización de la enfermería. Ya que en 1977 la carrera de ATS se reconvierte en la Diplomatura Universitaria de Enfermería, lo cual supone un nuevo cambio en la orientación de los estudios y en la filosofía profesional. El último manual sobre moral profesional para ATS, fue el capítulo publicado en 1975 dentro de la obra “Programa Oficial de Ayudante Técnico Sanitario” cuyo editor era ATS, el Sr. Oteo Hernando. El capítulo sobre moral profesional fue escrito por Paulino Castañeda Delgado, profesor de Historia de las Instituciones Canónicas y actualmente catedrático y profesor emérito del Departamento de Historia de América de la Universidad de Sevilla y por el Teniente Vicario del ejército del aire A. Pérez Delgado.

Durante el período entre 1956 y 1976 se publicaron un total de 33 manuales sobre moral profesional para la carrera de ATS, de los cuales 15 eran dirigidos a estudiantes de primer curso de carrera. De estos y siguiendo los criterios de muestreo he analizado un total de 5 manuales (418 páginas), publicados en 1956, 1957, 1964, 1974 y 1975, de los cuales 3 son manuales íntegros de moral profesional (1956, 1957 y 1964) y dos son capítulos de moral integrados en obras más completas (1974 y 1975). De este modo, la muestra de esta

primera etapa está conformada al menos por un manual publicado al inicio, mitad y final del período histórico en el que se centra esta investigación.

- Manuales de moral profesional: 33 manuales.
 - Dirigidos a estudiantes de primer curso: 15 manuales.
 - Con más de dos ediciones: 2 manuales (1957, 1974).
 - Autora enfermera: 2 manuales (1956, 1964).
 - Última publicación: 1 manual (1975).

Para la localización e inventario de los manuales he consultado a través de los descriptores cruzados: moral, ATS, enfermera, enfermería, entre 1956 y 1976, los catálogos on-line de las redes en las que se recogen todas las bibliotecas universitarias Españolas [<http://www.uma.es/rebiun/>] y las bibliotecas españolas públicas y privadas [<http://www.mcu.es/bibliotecas/jsp/plantillaAncho.jsp?id=8>]. Además del catálogo de la Biblioteca Nacional de España [<http://www.bne.es/>], centro depositario del Patrimonio Bibliográfico y Documental de España que conserva todas las publicaciones históricas realizadas en nuestro país. Finalmente, he consultado el fondo documental de la Biblioteca de Sta. Madrona [www.santamadrona.com], una de las escuelas más antiguas del Estado español, fundada en 1917 y que actualmente es una escuela adscrita a la Universidad de Barcelona.

He elaborado un inventario de los manuales de moral profesional localizados, donde he recogido información de las siguientes categorías: a) autor, b) título, c) año, d) edición, e) editorial, f) tamaño del manual, g) universidad/es donde está en depósito y h) la/s fuente/s a través de las cuales lo he localizado (Apéndice 4). Una vez localizados todos los manuales de moral profesional dirigidos a los/as ATS publicados en esta época, solicité mediante préstamo interbibliotecario a través del Servicio de Documentación de la Universitat de les Illes Balears, aquellos que formaban parte de la muestra y que aún no estaban a mi disposición.

Un primera observación general de los manuales de moral profesional, sugiere que aún siendo la enfermería una profesión predominantemente femenina todos los manuales publicados durante el período de estudio fueron escritos por varones, teólogos o sacerdotes, a excepción de dos manuales, el escrito por la única mujer, enfermera y misionera dominica, Sor Rosa M^a Miranda y el profesor Paulino Castañeda Delgado, profesor de Historia de las Instituciones Canónicas de la Universidad de Sevilla.

4.3.2 Entrevistas a estudiantes y profesoras de las escuelas de ATS

La muestra de esta segunda etapa la he seleccionado mediante muestreo intencional, en



Fig 17. Monitoras de la Escuela de ATS de Mare de Déu de Lluc. Palma de Mallorca.

base a una o varias características predeterminadas, con el fin de seleccionar aquellas personas que puedan aportar mejor calidad y cantidad de información sobre el tema en estudio. La selección de los participantes no ha sido determinada por ideales de representatividad sino por la potencialidad en la riqueza de sus descripciones. Lo importante no ha sido el número de personas entrevistadas sino alcanzar la saturación de la información. Es decir, cuando la información recogida no añade nada relevante a lo conocido (Valles, 2002).

Los criterios de selección para las unidades de muestreo han sido los siguientes:

- 3 profesionales, que entre 1956-1976, estudiaban la carrera de ATS y que actualmente siguen ejerciendo como enfermeros/as asistenciales, gestores/as o docentes.
- 3 profesionales, que entre 1956 y 1976, fueron profesoras, monitoras de prácticas o jefas de estudios en las escuelas de ATS. Es importante destacar que por la edad de estas profesionales, además de haber ocupado cargos como docentes, monitoras o jefas de estudios en las escuelas, pueden aportar sus vivencias como estudiantes de la carrera de ATS, e incluso han podido cursar la titulación de Enfermera previa a ATS, reconocida en 1915.

Dada la dispersión y el número de posibles entrevistados/as en el proceso de reclutamiento he consultado a informantes claves, personas de reconocido prestigio y expertas de la profesión de enfermería que también vivieron esta época y que son cercanos/as a mi. Con la información de los/as informantes claves he confeccionado un listado con 25 posibles entrevistados/as. De este listado, basado en los criterios de muestreo, he seleccionado a 6 personas que pudieran aportar diversidad en los discursos profesionales. Una vez seleccionadas los/as participantes, el/la informante clave ha realizado un primer contacto inicial con el/la posible entrevistado/a ofreciéndole la posibilidad de participar en el estudio y solicitándole permiso para que me facilitara su número de teléfono. Posteriormente, he contactado personalmente por teléfono para presentarme como

investigadora, explicarles el propósito del estudio y solicitarles su participación. En caso de aceptación, hemos pactado el lugar, el día y la hora de la entrevista según las preferencias de el/la entrevistado/a.

Una vez finalizadas las 6 entrevistas exploratorias y aunque parece alcanzada la saturación teórica, he creído interesante realizar una entrevista más con el fin de incluir a un/a profesional que se hubiera formado en las últimas promociones del estudio de ATS, previo a la reconversión a Diplomatura Universitaria en Enfermería. Las 6 personas a las que he entrevistado habían iniciado sus estudios entre 1956 y 1972. Así, finalmente en lugar de las 6 entrevistas previstas inicialmente he realizado un total de 7 entrevistas exploratorias.

La muestra final de esta segunda etapa ha estado formada por 6 mujeres y 1 hombre. Los/as 4 profesionales que fueron estudiantes y que actualmente siguen ejerciendo, tienen edades comprendidas entre 48 y 61 años e iniciaron sus estudios de ATS entre 1961 y 1975. Se formaron en las escuelas de “Casa Salud de Valdecilla” (Santander), Complutense de Madrid, Cabueñes (Gijón) y una persona realizó el primer curso en la escuela “Salus Infirmorum” (Cádiz) y segundo y tercero en la escuela de la Sección Femenina “Ruíz de Alda” (Madrid). En cuanto a sus trayectorias profesionales, cabe destacar que todas ellas tienen amplia experiencia en los ámbitos clínicos y de gestión y, excepto una, realizaron la prueba de nivelación de los estudios de ATS a la Diplomatura Universitaria en Enfermería.

En cuanto a las 3 profesionales que entre 1956 y 1976 fueron monitoras o jefas de estudios en las escuelas de ATS, tienen edades comprendidas entre 67 y 73 años, todas ellas actualmente jubiladas. Cursaron los estudios de ATS en las escuelas del Hospital Central del Aire (Madrid), la Residencia de Teruel y la Casa de Salud de Valdecilla (Santander). Dos de ellas, además de haber cursado los estudios de ATS, también realizaron por libre en el año 1948 y 1952 los estudios de Enfermera en la Facultad de Medicina de Madrid y Valencia. Cabe destacar que una de ellas es monja de la congregación de las Hijas de la Caridad. Estas profesionales han sido monitoras de prácticas o secretarías de estudios en escuelas de ATS entre 1967 y 1976.

De las trayectorias de estos/as profesionales, además de su extensa formación continuada y su amplia experiencia en diferentes servicios como ATS asistenciales y gestores/as, cabe destacar por su excepcionalidad durante la época, que una de las participantes fue Directora de una Escuela de ATS de Cantabria entre los años setenta y ochenta, otra fue profesora a dedicación casi exclusiva en 1976 en una escuela en Barcelona, y finalmente una tercera persona ejerció y continuó su formación en escuelas de varios países americanos.

4.3.3 Entrevistas a profesionales

En esta etapa he seleccionado la muestra mediante muestreo intencional a través de informantes clave, en base a una o varias características predeterminadas, con el fin de seleccionar aquellas personas que puedan aportar mejor calidad y cantidad de información sobre el tema en estudio. La selección de los/as participantes no ha sido determinada por ideales de representatividad sino por la potencial aportación que podían ofrecer.

El criterio de selección para las unidades de muestreo ha sido enfermeros/as que por la posición que ocuparon y los proyectos que lideraron fueron personas significativas en la Enfermería en el ámbito docente, clínico o de gestión entre 1956 y 1976 en España. He balanceado la muestra respecto a dos criterios, el ámbito de ejercicio profesional - docente, clínico y de gestión - y, la década histórica en el que ocuparon determinadas posiciones o lideraron proyectos en la profesión - finales de los cincuenta, años sesenta y años setenta-. He excluído como participantes a aquellas personas que, aunque hayan sido significativas en la profesión en nuestro país en este período, tengan conmigo una relación personal o profesional cercana.

Dada la dispersión y el número de posibles entrevistados/as en el proceso de reclutamiento, he consultado a informantes claves, personas de reconocido prestigio y expertas de la profesión de enfermería que también trabajaron en esta época y que son cercanos/as a mí. Con la información que me han proporcionado los/as informantes claves he confeccionado un listado con 16 posibles entrevistados/as. De este listado, basado en los criterios de muestreo, he seleccionado a 6 personas que pudieran aportar diversidad en los discursos profesionales. Una vez seleccionadas los/as participantes, el/la informante clave ha realizado un primer contacto inicial con el/la posible entrevistado/a ofreciéndole la posibilidad de participar en el estudio y solicitándole permiso para que me facilitara su número de teléfono. Posteriormente, he contactado personalmente por teléfono para presentarme como investigadora, explicarles el propósito del estudio y solicitarles su participación. En caso de aceptación, les he mandado por correo electrónico, correo postal o fax un breve documento en el que se recogen los objetivos y los principales resultados del primer estudio y el propósito de este segundo estudio (Apendice 5). Esta documentación previa a la entrevista ha permitido a las personas conocer de antemano mi intencionalidad, e ir recuperando de su memoria histórica hechos y experiencias personales y profesionales de aquella época y llevar a cabo una entrevista con mayor profundidad. Una

vez recibido su consentimiento informado hemos concretado un lugar, día y hora para la entrevista.

Una vez alcanzada la saturación teórica, la muestra final de esta tercera etapa ha estado formada por 6 mujeres, con edades comprendidas entre los 57 y 83 años, 3 de ellas están jubiladas y las otras 3 en activo, una en el ámbito clínico y dos en el ámbito docente. Iniciaron sus estudios de ATS entre 1956 y 1971, y dos de ellas también cursaron los estudios de practicante entre 1953 y 1956. Se formaron en escuelas de Barcelona, Palma de Mallorca, Guadalajara y Madrid. Entre 1956 y 1976, dos de ellas desde el ámbito de la gestión lideraron proyectos significativos para la enfermería, en concreto organizaron y ocuparon las jefaturas de enfermería de hospitales referentes en el país. Dos de las profesionales entrevistadas lideraron importantes proyectos educativos, desde dos escuelas que también fueron referentes en el país en esta época. Y finalmente, dos de ellas desde el ámbito clínico participaron directamente de los cambios y movimientos acontecidos en los hospitales y en la atención primaria. Aunque debo destacar que la mayoría de las profesionales entrevistadas han estado comprometidas en importantes proyectos en los tres ámbitos de ejercicio profesional.

4.4 Recogida de datos

4.4.1 Manuales históricos de moral profesional

Como método de recogida de datos he utilizado la técnica de análisis textual y documental. La recogida de datos la he iniciado con la preparación del trabajo de lectura, para lo cual he fotocopiado cada manual de la muestra para poder trabajar más cómodamente. A medida que he ido leyendo los manuales, he subrayado y anotado lo más destacable de cada párrafo, por ejemplo asociaciones de ideas, conjeturas, hipótesis, etc.

Todo ello ha dado forma a las primeras intuiciones preanalíticas que me han permitido iniciar el análisis posterior. He iniciado la lectura de los manuales por orden cronológico de más antiguo a más moderno, orden que me ha facilitado observar la existencia de posibles continuidades y rupturas en los discursos. La lectura literal de los textos es aparentemente una de las tareas más fáciles y, sin embargo, me ha resultado una de las más difíciles de realizar, ya que para hacerla, he tenido que superar ciertas rutinas de mi forma más habitual de lectura.

Durante el trabajo de lectura he intentado: a) hacer una lectura literal, evitando sustituirla por una que me parecía próxima, ya que las formas expresivas diferenciales indican el

entorno social de autor o destinatarios, las acepciones sobre el tema, etc.; b) aproximarme al texto con otra forma de leer. Por ejemplo no sólo seguir la trama sino reparar en las expresiones utilizadas, comprender las ideas principales, leer entre líneas para encontrar la significación “latente”; y c) dar a cada expresión igual valor, fueran aparentemente obvias o no. Esto ha evitado que cometiera el error de despreciar lo aparentemente “obvio”, lo lógico o evidente sobre el tema en cuestión.

A partir de la literalidad de los textos he podido más fácilmente construir una interpretación de los mismos, entendiendo que la interpretación no consiste en mirar e investigar fuera del texto sino que, por el contrario, es el trabajo del pensamiento que consiste en descifrar el sentido oculto en el sentido aparente, en desplegar los niveles de significación implicados en la significación literal (Ricoeur, 1995).

4.4.2 Entrevistas a estudiantes y profesoras de las escuelas de ATS

Las entrevistas, cuya duración aproximada ha sido de una hora y media se han registrado mediante audiograbación, y posterior transcripción literal, previo consentimiento informado de los/as participantes. Las entrevistas las he realizado en espacios que han asegurado condiciones mínimas de privacidad y tranquilidad. Antes de iniciar el guión de preguntas he recordado a las personas entrevistadas una información básica sobre el propósito del estudio.

He elaborado una guía de entrevista que consta de 16 preguntas para aquellas personas que eran estudiantes y 18 para las que ocuparon algún cargo en las escuelas como docentes (Apéndice 6). Esta guía, adaptada a la lengua de preferencia de la persona entrevistada, me ha permitido conducir la entrevista hacia las cuestiones específicas de la investigación, los actores, las profesiones y sus relaciones. En la guía he incluido preguntas que han permitido al/a entrevistado/a hablar sobre los discursos de la época. Es decir, lo que las personas creían y explicaban sobre la profesión - subjetividad percibida - y sobre lo que personalmente hacían respecto a esos discursos - subjetividad atribuida - (Silverman, 2000).

He iniciado las entrevistas con la cumplimentación del consentimiento informado (ver apartado de consideraciones éticas) y de la ficha personal de datos sociodemográficos (Apéndice 7), lo cual me ha permitido crear un clima de confianza y de implicación natural antes de iniciar la entrevista. Con la ayuda de la guía de la entrevista he ido introduciendo desde las cuestiones más generales a las más específicas. Para no condicionar a la persona entrevistada he procurado dejar en manos de cada profesional la forma de expresión y la naturaleza de su elaboración simbólica y he tratado de intervenir únicamente para

recordarles mi interés en recuperar los recuerdos de su época como estudiante o docente en la escuela de ATS y no tanto de la época actual, lo cual les ha alentado a apoyarse en el recuerdo de situaciones específicas de esa época.

Después de cada entrevista, he tomado algunas notas de campo, fundamentalmente sobre el entorno donde había realizado la entrevista, la comunicación no verbal de la persona entrevistada, los silencios, los momentos de tensión o emoción, las resistencias o dificultades para hablar de algún aspecto y el clima creado durante la entrevista.

Las personas entrevistadas han manifestado estar cómodas al hacer la entrevista y en la mayoría de los casos, poder explicar su historia personal les ha resultado una experiencia agradable y divertida. A algunas de ellas les ha sorprendido mi interés por sus historias profesionales, de modo que al finalizar la entrevista me han agradecido el haber podido compartir sus experiencias, ideas y percepciones sobre la profesión.

Posteriormente, con la finalidad de recoger de forma sistemática las diferentes matizaciones del lenguaje utilizado he transcrito las entrevistas de acuerdo a un guión específico de transcripción (Apéndice 8), al que he incorporado algunas notas de campo al discurso verbal. Una vez transcritas las he devuelto a las personas entrevistadas para garantizar la precisión de lo que me habían transmitido.

4.4.3 Entrevistas a profesionales

Las entrevistas, cuya duración aproximada ha sido de una hora y media se han registrado mediante audiograbación, y posterior transcripción literal, previo consentimiento informado de los/as participantes. Las entrevistas las he realizado en espacios que han asegurado condiciones mínimas de privacidad y tranquilidad.

He elaborado un guión que contiene 6 preguntas relacionadas con los objetivos de este estudio y los resultados obtenidos en la primera parte de la investigación. Estas preguntas han sido seleccionadas y enunciadas con la finalidad de hacer surgir la máxima calidad de información respecto a los procesos y mecanismos que contribuyeron a mantener continuidades y a plantear transformaciones en los discursos y las relaciones de poder en la profesión entre 1956 y 1976. No pretende ser un guión cerrado de preguntas con un orden fijo, sino un esquema abierto que permita recoger el flujo particular de información de la persona entrevistada y que capte aspectos no previstos en el guión inicial (Valles, 2002). El guión de la entrevista ha sido revisado por la directora de este proyecto, experta en entrevistas y análisis de discurso y familiarizada con el propósito del estudio (Apéndice 10).

Mi rol como entrevistadora no se ha centrado en alcanzar un consenso, sino en comprender los procesos vividos como significativos por el/la entrevistado/a. Me he centrado en guiar la conversación, mantener la fluidez del discurso y tomar muy pocas anotaciones para no desvirtuar la espontaneidad del grupo. Al finalizar la entrevista he anotado las notas de campo en relación a las condiciones ambientales, la interacción, la comunicación no verbal, los temas que han generado conflictos o entusiasmo y reflexiones surgidas en el transcurso de los grupos y de la propia investigación.

Antes de iniciar el guión de preguntas he recordado a las personas entrevistadas una información básica sobre el propósito del estudio, y han cumplimentado el consentimiento informado (ver apartado de consideraciones éticas), y la ficha personal de datos sociodemográficos (Apéndice 9). Estas estrategias me han permitido crear un clima de confianza y de implicación natural antes de iniciar la entrevista. Posteriormente, con la ayuda de la guía de la entrevista he ido introduciendo desde las cuestiones más generales a las más específicas. Por otra parte, para no condicionar a la persona entrevistada he procurado dejar en manos de cada profesional la forma de expresión y la naturaleza de su elaboración simbólica y he tratado de intervenir únicamente para contextualizar sus recuerdos sobre experiencias personales y profesionales.

Después de cada entrevista, he tomado algunas notas de campo, fundamentalmente sobre el entorno donde había realizado la entrevista, la comunicación no verbal de la persona entrevistada, los silencios, los momentos de tensión o emoción, las resistencias o dificultades para hablar de algún aspecto y el clima creado durante la entrevista.

Con la finalidad de recoger de forma sistemática las diferentes matizaciones del lenguaje utilizado he transcrito las entrevistas de acuerdo a un guión específico de transcripción (Apéndice 8) y he incorporado algunas notas de campo al discurso verbal. Una vez transcritas las he devuelto a las personas entrevistadas para garantizar la precisión de lo que me habían transmitido.

4.5 Análisis de datos: modelo de análisis genealógico

El análisis de discurso es un término paraguas, es un método de investigación que puede ser usado desde diferentes paradigmas con diversas orientaciones teóricas y metodológicas (Crowe, 2002; Hammersley, 1997; Harper, 1994; Horsfall y Cleary, 2000). En este estudio, el análisis de discurso se orienta desde el modelo genealógico de análisis propuesto por M. Foucault (2001a), el cual se ha considerado útil y relevante para las ciencias de la salud, y la

enfermería en particular (Crowe, 2005; Powers, 1996). Desde esta orientación teórica, el análisis de discurso no pretende explorar el contenido del texto, sino explorar cómo ciertos fenómenos han llegado a ser construidos social e históricamente (Cheek, 2004).

La finalidad del análisis de discurso, tanto de los manuales como del material de las entrevistas, no ha sido crear categorías explicativas esencialistas, sino capturar discursos y sus relaciones de poder que han constituido la(s) identidad(es) profesionales de los/as enfermeros/as en nuestro país entre 1956 y 1976, y los procesos y agentes que han contribuido a las continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder. Desde esta aproximación he analizado las tres fuentes –manuales de moral, entrevistas a estudiantes y profesoras y entrevistas a profesionales significativas- de forma crítica y no simplemente descriptiva, con la finalidad de poder desafiar el *statu quo* de algunos de los elementos que han constituido la(s) identidad(es) profesionales, incluso en la actualidad.

Como apuntan Iñiguez y Antaki (1998) no hay un método en las ciencias sociales que sea fijo e inmutable, por mucho que algunos/as científicos/as sociales pretendan sostener, desde una herencia positivista, que sus técnicas se aproximan al rigor y la estandarización de las ciencias naturales. En este sentido, el análisis de discurso no cuenta con una técnica fija y prescriptiva que se pueda seguir paso a paso (Fairclough, 2001; Powers, 1996). Es más bien una aproximación para determinar las relaciones entre el texto, las prácticas discursivas y el contexto social.

Una vez clarificada la perspectiva teórica que sustenta el análisis de los datos, apunto algunas claves que han guiado el análisis de esta investigación (Amezcuza y Gálvez, 2002; Cheek, 2004; Parker, 1992). Estas etapas no han sido lineales sino que se ha producido un entrelazamiento de las siguientes operaciones a lo largo del proceso de análisis, lo cual refleja el carácter holístico de la investigación (De Andrés, 2000).

1. Selección y codificación

Tras la transcripción de los manuales y de las entrevistas he procedido a la selección y codificación de los datos para hacer más abarcable y manejable el corpus textual. Esta es una etapa básicamente descriptiva y clasificatoria sobre lo que dicen los manuales y las personas entrevistadas.

Para la construcción de las categorías, subcategorías y códigos he seguido un proceso mixto deductivo e inductivo (Miles y Huberman, 1994; Cisterna, 2005).

Este proceso mixto ha contribuido a que el análisis sea lo suficientemente amplio para producir nuevos conocimientos contextualizados. Por un lado, he propuesto categorías y subcategorías apriorísticas a partir de la perspectiva teórica y los objetivos del estudio. Y por otro lado, de forma inductiva o emergente, a partir fundamentalmente del tipo de manuales que he analizado he ido construyendo, refinando y consolidando códigos, subcategorías y categorías. Es importante destacar, que los manuales analizados han sido de moral profesional donde se recogen narrativas que tienen que ver fundamentalmente con el tipo de profesional y su conducta.

Los códigos son las unidades mínimas de análisis compuestas por varias líneas o frases que exponen una idea central (Creswell, 1998). En algunas ocasiones, diferentes códigos pueden recoger la misma cita textual ya que puede contener varias ideas centrales, a esto se le conoce como codificación doble. Los códigos se reúnen bajo diferentes subcategorías y categorías. Las subcategorías contemplaban aspectos diferenciadores y que surgen al integrar la perspectiva teórica y las cuestiones generales de los objetivos propuestos. Y cada categoría se refiere a contextos, actividades, acontecimientos, interacciones, estrategias, procesos, opiniones, perspectivas, etc. que he considerado conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados con el significado (De Andrés, 2000; Strauss y Corbin, 1990). Este proceso de codificación gira en torno a una operación fundamental: la decisión sobre las asociaciones de cada unidad a una determinada subcategoría o categoría (Vallés, 1997).

Con la finalidad de ser lo más fiel posible a las significaciones presentes en el material analizado he tratado de reconocer, respetar y dar valor a cómo los autores y las personas que participaron organizaban sus conocimientos y experiencias sin encorsetarlo y limitarlo a categorías previas restrictivas. Por ello, he evitado al máximo las reducciones en el texto original, con el fin de distanciarme lo menos posible del fenómeno original.

Una vez finalizada una primera codificación preliminar, otra investigadora con experiencia en análisis de discurso, ha revisado todo el sistema de codificación de forma independiente. Posteriormente, nos hemos reunido para comparar la forma en que habíamos codificado. Hemos expuesto el proceso de reflexión que nos había llevado a codificar de maneras similares y diferentes y a través de un proceso de

diálogo, contraste y comparación acercamos posiciones y alcanzamos un acuerdo en la codificación.

En esta etapa hemos eliminado algunos códigos carentes de sentido específico en relación a los objetivos del estudio y hemos unificado los que, significando lo mismo, habíamos codificado con nombres diferentes, hasta llegar a una lista única. La codificación de los manuales y las entrevistas ha sido el resultado de tres codificaciones previas, dos independientes y una conjunta. Quisiera destacar que en la codificación conjunta hemos unificado pocos códigos pertenecientes a categorías diferentes, sino que la mayoría de las fusiones de códigos se han producido dentro de las mismas categorías, lo que apunta a la consistencia de la codificación.

Las siguientes categorías de análisis me permiten explorar los objetivos específicos propuestos en el estudio, los discursos, sus relaciones de poder y los procesos de continuidades y transformaciones:

- a. Profesionales: médico y enfermera. Esta categoría reúne elementos relativos a quiénes son las enfermeras y los médicos como profesionales. Es importante apuntar que, tanto en los manuales como en las entrevistas, aparecen otros dos sujetos en el proceso de salud, el paciente y la familia. En relación a estos dos últimos, he considerado más interesante integrar su análisis en la categoría relativa a las relaciones profesionales.
- b. Profesiones: medicina y enfermería. Esta categoría reúne elementos relativos a lo que hacen y como lo hacen los médicos y las enfermeras.
- c. Relaciones profesionales: Enfermera-médico, enfermera-paciente, enfermera-familia. Esta categoría incluye todos los elementos que han ido construyendo las interacciones entre estos actores.
- d. Factores contextuales: Esta categoría incluye mecanismos, condiciones o sujetos que han constituido el medio interno y externo que ha contribuido al mantenimiento o cambio en los discursos y sus relaciones de poder.

2. Obtención de resultados

En cuanto a la exposición de resultados es importante comentar tres cuestiones. En primer lugar, he ordenado los datos por categorías y códigos únicamente como un

recurso metodológico, ya que en realidad todos están relacionados y complementan sus significados. En segundo lugar, debido a la cantidad de citas emergidas de ambas fuentes y con aras a no extender excesivamente este capítulo he ilustrado los códigos con una pequeña muestra de citas de los manuales o las entrevistas. De forma puntual y a modo de ejemplo, en algunos códigos remito al lector/a a un apéndice donde puede acceder a todas las citas emergidas en ambas fuentes junto a sus definiciones. Cuando los códigos sólo aparecen en una de las fuentes, aparece el nombre del código bajo una fuente y en la otra fuente el símbolo “-“.

Y en tercer lugar, a pesar de la dificultad de separar los datos descriptivos de la discusión más interpretativa de los mismos, ya que los datos sugieren y llevan implícitas discusiones acerca de su significación, en esta etapa presento únicamente las categorías y los códigos surgidos de ambas fuentes junto con las manifestaciones textuales y entrecomilladas, que los/as autores/as realizan sobre ellos, dejando el nivel más interpretativo para la siguiente etapa.

3. Análisis e interpretaciones

A lo largo de todo el proceso y de forma particular en esta etapa he puesto en relación los datos, la perspectiva teórica, el contexto social, histórico y político con los objetivos del estudio. Esta interrelación me ha permitido avanzar en el conocimiento de cómo se relacionan los significados presentes en los manuales y en las entrevistas.

En esta etapa he explorado los tres elementos que desde el modelo genealógico de análisis se tratan de identificar (Foucault, 2002; Powers, 1996): a) los discursos, b) las estrategias de poder y, c) los procesos que han contribuido a las continuidades y transformaciones de los discursos y sus relaciones de poder. La identificación de estos elementos me ha permitido en las discusiones y conclusiones del estudio plantear y analizar el cómo y porqué somos como somos y los efectos e implicaciones de este entramado en la actualidad profesional.

4.6 Rigor metodológico

En esta investigación he llevado a cabo varias estrategias de rigor metodológico que me han permitido replantear y refinar todo el proceso de investigación (Castillo y Vásquez, 2003; Ratcliffe y González Del Valle, 2000).

He (re)examinado mi posición como investigadora, a través de las anotaciones personales sobre las tomas de decisiones del proceso y mediante su contraste con la directora de este trabajo y otros/as investigadores/as expertos/as en la perspectiva teórica, el método utilizado o el fenómeno estudiado. Como consecuencia de ello, los objetivos del estudio han sido replanteados y refinados a lo largo del proceso de investigación.

He tratado de clarificar de forma rigurosa mi posicionamiento epistemológico y ontológico que han proveído las bases para el planteamiento de la cuestión de investigación, la selección del método, el análisis de los datos y la elaboración de conclusiones (Arias, 2002; Denzin y Lincoln, 2003a; Vallés, 1997). Con la exposición, desde el principio de mi posicionamiento teórico pretendo evitar que las discusiones y conclusiones realizadas en este estudio sean interpretadas como un genuino referente teórico. El enfoque postestructuralista y postfeminista hacen que haya centrado mi interés en las relaciones de poder que subyacen en los discursos que han constituido la(s) identidad(es) de la enfermería en España entre 1956 y 1976. De modo que si se abordara este fenómeno desde otro enfoque podrían emerger otras categorías de significado.

He llevado a cabo estrategias de triangulación que han contribuido a la confiabilidad del análisis de los datos. La triangulación es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación en el estudio de un fenómeno singular (Arias, 2002; Denzin y Lincoln, 2003a; Kimchi, Polivka, Stevenson, 1991). La mayor meta de la triangulación es controlar el sesgo personal de los/as investigadores/as y cubrir las deficiencias intrínsecas de una teoría única, un mismo método de estudio, etc. y así incrementar la validez de los resultados (Amezcuca y Gálvez, 2002; Arias, 2002; Denzin y Lincoln, 2003b). En este estudio, he llevado a cabo triangulación de fuentes de datos y de técnicas. He combinado el análisis de dos fuentes de datos: a) los manuales de moral y b) las transcripciones de entrevistas, y el uso de dos técnicas: a) el análisis textual y documental de manuales históricos y b) las entrevistas.

Aunque en este estudio no puedo hacer referencia a una estricta triangulación de investigadoras, por tratarse de una tesis doctoral y no de un proyecto de investigación compartido, una revisora externa con experiencia en investigación cualitativa y análisis de discurso ha revisado de forma independiente la codificación preliminar, en lugar de revisar todo el proceso completo de codificación de datos. Además, la Dra. Denise Gastaldo, directora de esta tesis doctoral también ha revisado la codificación preliminar y el árbol de categorías y códigos de análisis previo a la obtención de los resultados e interpretaciones.

Esta estrategia ha permitido disminuir el sesgo potencial que provenía de una sola persona y asegurar una considerable confiabilidad en el análisis de los datos (Arias, 2002; Castillo y Vásquez, 2003; Cowman, 1993). Finalmente, las personas entrevistadas han verificado la transcripción de su entrevista, asegurando que es una adecuada aproximación a lo que ellos/as piensan y sienten. Además a las transcripciones literales he incorporado las notas de campo realizadas durante la grabación (Castillo y Vásquez, 2003; Pla, 1999).

4.7 Consideraciones éticas

Las cuestiones éticas son fundamentales para cualquier investigación. Gastaldo y McKeever (2000) señalan que aunque en las últimas décadas se ha creado una cierta imagen de que la investigación cualitativa es más ética que la cuantitativa, por un menor intrusismo y un mayor control de los participantes, su utilización no garantiza su propiedad ética.

Aunque este estudio sea de carácter histórico, durante el proyecto he tratado de mantener una perspectiva ética y reflexiva sobretodo cuando he trabajado con las personas que me han confiado sus relatos de vida. Fundamentalmente, en la etapa de las entrevistas me he interrogado sobre el posible efecto de mi intervención tanto a nivel privado de los/as participantes como a nivel del impacto público de los resultados. He mantenido respecto a la ética del proceso, he garantizado el anonimato de los/as participantes, la confidencialidad de los datos a lo largo del proyecto y la participación voluntaria (Apéndice 11 y 12). Antes de iniciar la entrevista, la persona entrevistada ha leído y firmado el consentimiento informado. En este consentimiento me presento como investigadora y apporto información sobre el propósito del estudio, los beneficios potenciales e inconvenientes de su participación y las estrategias de confidencialidad usadas. Para asegurar el anonimato y la confidencialidad en las transcripciones he cambiado el nombre de las personas entrevistadas y he mantenido las grabaciones y las transcripciones en lugar protegido y seguro.

CAPÍTULO 5. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

He dividido este capítulo en cuatro apartados que hacen referencia a las cuatro categorías analizadas –profesionales, profesiones, relaciones y factores contextuales–.

Para comprender mejor los resultados es conveniente comentar algunas consideraciones generales a las fuentes analizadas y consultadas. Todos los manuales publicados durante el período de estudio fueron escritos por teólogos o sacerdotes, a excepción de los escritos por la misionera dominica y enfermera, Sor Rosa M^a Miranda, la única mujer autora de manuales de moral profesional de la época y el profesor Paulino Castañeda, profesor de Historia de las Instituciones Canónicas de la Universidad de Sevilla. En cuanto al estilo, cabe destacar que todos los autores usan el término masculino “El ATS” como género neutro, y usan específicamente los términos en femenino “La ATS femenina” o “enfermera”, cuando se refieren al porte, a los modales y a la vocación religiosa. Sin embargo, tanto en los manuales como en las entrevistas cuando se refieren al “médico” lo conciben siempre como un hombre.

Este sesgo de género se refleja de forma explícita en los códigos de inferioridad cultural y social, y en la infravaloración de las propias enfermeras hacia su trabajo en relación al de los enfermeros varones. Por ejemplo, se suponía que las enfermeras debían adquirir mayor grado de cultura para no hacerse notar por su ignorancia (Miranda RM^a, 1956:35) y así poder desenvolverse con acierto entre personas de selección como los médicos (Rey J, 1974:106).

En cuanto a las entrevistas quisiera apuntar que se desarrollaron en un ambiente relajado, en el que todas las personas entrevistadas compartieron generosamente las historias de sus trayectorias profesionales y de vida. Al finalizar las entrevistas, cinco de las siete personas entrevistadas agradecieron el interés y la atención con la que había escuchado sus historias y expresaron que a pesar de la dureza de algunas historias, se sentían afortunadas de ser enfermeras y dedicarse al cuidado de las personas.

5.1 La construcción discursiva de los/as profesionales

En los apéndices 13 y 14 recojo los códigos de los manuales y de las entrevistas en relación al médico y a la enfermera, junto con sus definiciones.

5.1.1 El médico, la autoridad científica

El médico era la **autoridad suprema**, tanto en los manuales como en las entrevistas. En los manuales se transmitía que el médico era “el superior de la enfermera” (Rey J, 1957:84), “el representante de Dios” (Rey J, 1957:86) “por dignidad y por ciencia” (Castañeda P, 1975:82). Se debían “acatar con sumisión sus órdenes, sin mentar sus equivocaciones, ni hacer notar sus posibles faltas u omisiones” (Miranda RM^a, 1956:46). El médico era quien asumía la dirección y la responsabilidad (Rey J, 1957:84) en la toma de decisiones en relación a la salud del enfermo, al cuidado, e incluso era quien establecía los límites dentro de los cuales debía desenvolverse la actividad de la enfermera (Miranda RM^a, 1956:29; Miranda RM^a, 1964: XX).

Caso por caso corresponde al médico establecer los límites dentro de los cuales debe desenvolverse la actividad del ATS, y a éste corresponde realizar su misión sin sobrepasar jamás aquellos límites. (Miranda RM^a, 1956:29; Miranda RM^a, 1964: XX).

El médico es el superior de la enfermera. El médico es superior, representante de Dios; y el ATS es subordinado suyo. El médico lleva la dirección de la cura y asume la responsabilidad. (Rey J, 1974:113).

El médico es superior al ATS por dignidad y por ciencia, y por ambos motivos debe respetarle. Éste deberá manifestarse reconociendo su dignidad y responsabilidad, aliándose con la dignidad y responsabilidad propias: respecto mutuo y en el trato reverente en las palabras y ademanes, siendo indulgentes en sus defectos humanos y profesionales, defendiéndose siempre ante los demás. (Castañeda P, 1975:82).

En las entrevistas, el médico sigue apareciendo como la autoridad suprema con la misma significación que en los manuales. El médico sigue siendo “un ser superior” (Nati, 1952:34), “alguien casi divino, lo que decía iba a misa” (Cata, 1956:9) y que “mandaba sobre el mundo, el enfermo y la familia” (Cata, 1956:10). Esto le convertía en el actor principal del sistema sanitario, era la clave de todos los servicios (Marta, 1975:10). Las direcciones de los hospitales públicos, la dirección de las escuelas de ATS estaban en manos de los médicos quienes ocupaban las gerencias y direcciones (Antonia, 1960:5). El médico asumía la responsabilidad del cuidado, era quien tomaba las decisiones sobre el tratamiento y autorizaba todo lo relacionado con la atención a los pacientes. El reconocimiento de esta autoridad se reflejaba en las prácticas de los profesionales, como por ejemplo “el pase de visita que parecía como una procesión, en la que los médicos jefes

iban adelantados y detrás los adjuntos, a los lados los residentes y por detrás las enfermeras” (Pablo, 1967:8).

Él se creía que mandaba el mundo, en el enfermo, en la familia, y a veces hasta despectivamente, hombre, te encontrabas de todo, pero la mayoría, “soy el médico, soy todo, a mi no me manda nadie”. No recibía observaciones de la enfermera ni de que nadie. (Cata, 1956:10).

Con el médico debías tener mucha política porque se creía el amo todo poderoso de todo. El tenía un papel y la enfermería tenía otro muy diferente. (Pilar B, 1966:6).

En el equipo quirúrgico que estaban dos jefes, estaba Don L.E y Don P.D eran los jefes. Estos cuando llegaban a la unidad era como una procesión, iban los jefes ligeramente adelantados, los adjuntos detrás, luego iban los residentes a los lados y al por detrás las enfermeras, o sea por categorías. O sea el jefe era el jefe... (Pablo, 1967:8).

Bueno el médico era el actor principal de-de-de todo el sistema sanitario, NO LOS PACIENTES. Los pacientes iban a los hospitales porque necesitaban que los médicos los trataran, para que los diagnosticaran y trataran. Ellos eran la clave de todos los servicios. (Marta, 1975:10).

5.1.2 La enfermera perfecta, vocacional, dócil y habilidosa

En los manuales se describían las cualidades físicas, intelectuales, técnicas y principalmente morales que se les exigían a las enfermeras en el ejercicio de su profesión. Respecto a las **cualidades físicas**, se les exigía una buena constitución física, buena salud psíquica y emocional y no tener ninguna enfermedad ni discapacidad física. Las cualidades físicas se consideraban necesarias para trabajar eficazmente, para soportar las exigencias y la dureza física y emocional que se atribuye a la profesión. La buena salud de la enfermera era importante no sólo desde una perspectiva individual sino principalmente en bien del prójimo y de la eficacia de su trabajo.

El Ayudante necesita salud robusta porque lo exige el trabajo duro que lleva consigo el oficio. Tiene que conservarla de suerte que pueda cuidar de los enfermos sin detrimento de ellos. Necesita mantener el equilibrio nervioso para no alterarse con las muchas y graves preocupaciones que le asaltan a cada momento (Rey J, 1957:41; Castañeda P, 1975:70).

El ATS debe tener organismo fuerte, salud vigorosa. El ATS necesita conservar la salud para sostener el trabajo duro y el equilibrio nervioso que requiere el ejercicio de su profesión. Debe hacer una vida higiénica: permanecer al aire libre el tiempo que se posible. Ordenar sus comidas en la cantidad, calidad y hora de hacerlas. Reglamentar el sueño. Todo esto en cuanto sea compatible con

el cuidado de los enfermos. El ATS necesita descanso. En el cuerpo por la fatigosa labor que realiza. En el espíritu por la tensión de ánimo en que vive y por el ambiente de sufrimiento que respira en el sanatorio (Rey J, 1974:55).

La profesión de ATS está montada sobre un inmenso sacrificio que exige una salud vigorosa, una constitución orgánica nada desdeñable (Castañeda P, 1975:72).

Las **cualidades intelectuales** como la memoria, el juicio recto y la agilidad mental se consideraban necesarias ya que permitían a la enfermera comprender y cumplir con precisión y puntualidad los designios y las órdenes dadas por el médico (Miranda, 1956:25). La enfermera requería estas cualidades para ejercer su práctica según los principios de la moral cristiana, no influidos por pasiones que pudiesen ejercer un influjo pernicioso (Rey, 1974:50).

Una memoria bien desarrollada es condición para cumplir con exactitud los designios del médico. La precisión en el cumplimiento de las órdenes recibidas, la puntualidad en el desempeño del cometido que el médico le ha encomendado, dependerá en gran parte de la memoria que el ejecutante posea (Miranda RM^a, 1956:25).

El ATS requiere una memoria no vulgar. Con frecuencia deberá atender a varios enfermos, cada uno con su procedimiento y tratamiento especial. Tener presentes las prescripciones médicas, realizarlas con puntualidad, con exactitud, requiere un ejercicio de memoria. Pues de la fidelidad en la aplicación del tratamiento depende en gran parte la curación rápida y perfecta (Rey J, 1957: 46; Rey J, 1974:49; Castañeda P, 1975; 71).

El juicio recto le presupone una inteligencia equilibrada, instruida y desapasionada, bien formada en los principios de la sana moral, no influida por pasiones desordenadas que ejercen un influjo pernicioso en los juicios (Rey J, 1974: 50).

Junto a las cualidades físicas e intelectuales, lo más destacado en los manuales eran las **cualidades morales** cristianas que predisponían a las enfermeras a estar al servicio del prójimo, a comprenderle y ayudarle por encima de todo interés privado o cualquier otro menester y a cumplir sus deberes con el máximo rendimiento y perfección. Como ilustran las siguientes citas, y de forma más extensa en el apéndice 15, las actitudes y virtudes morales que regían sus conductas profesionales y que se consideraban indispensables para un buen ejercicio eran entre otras: generosidad, caridad, benevolencia, sensibilidad, compasión, paciencia, dignidad, indulgencia, piedad, nobleza, discreción, honradez, flexibilidad de carácter, sumisión, sacrificio, amor al deber, abnegación, entusiasmo,

entrega, devoción, consagración, entre otras. Como comentaba anteriormente, el cumplimiento de estas exigencias morales les otorgaban recompensas espirituales.

Si es importante para el Ayudante Técnico Sanitario la posesión de las cualidades físicas e intelectuales a que se hizo referencia en anteriores temas, mucho más fundamental es estar adornado de cualidades morales, auténticas virtudes de caridad y amor al prójimo. (Miranda RM^a, 1956:26; Miranda RM^a, 1964: XIX).

El ATS debe entregarse sin reservas a la empresa humanitaria que tiene encomendada, aunque para ello le sea preciso muchas veces renunciar a lo que es grato: a su tiempo libre, a sus horas de esparcimiento y recuperación, etc. (Miranda RM^a, 1956:18).

No encontrará el ATS un consejero mejor que la caridad para el ejercicio de su profesión: ella hará que sea servicial, dulce y amable con el enfermo y sus familiares: ella le inspira todo aquello que sirva para hacerles menos penosa y desagradable la vida; ella le exigirá corregir la dureza de carácter, la aspereza de sus modales y otros defectos que le hagan menos bueno, cortés y agradable en sus relaciones; ella le animará a ejercer la asistencia gratuita al necesitado dentro de sus posibilidades, etc. (Castañeda P, 1975:79).

Según los manuales y las entrevistas a las enfermeras también se les exigían aspectos relativos **al porte y a los modales**, como la coquetería, la vestimenta, el arreglo y la conversación. En los manuales se transmitía la idea de que la enfermera debía ser una “señorita educada” (Miranda, 1956:53; Miranda, 1964: XXXXVI), con exquisita prudencia y con presencia sobria, sencilla, pulcra y agradable. Se consideraba que el atractivo exterior era el reflejo de tener dominadas pasiones como la soberbia o la pereza, perjudiciales para la profesión (Rey J, 1974:74). El aspecto exterior se creía que influía en el trato, en la estimación y en la confianza que los pacientes depositaban en ellas (Miranda RM^a, 1964: XVIII). Por ello, la falta de modales y de porte correcto podía ser causa de fracaso profesional y de oscurecimiento de una buena preparación técnica (Rey J, 1974:74; Castañeda, 1975:79). Finalmente, para la enfermera era importante la buena reputación y no ser objeto de escándalo, de modo que debía tener esmero en la presencia a la vez que debía frenar su “innato deseo de agradar” (Miranda RM^a, 1956:24; Miranda RM^a, 1964: XVII).

La enfermera ha de tener cuidado especial en no arreglarse intencionadamente con miras poco dignas de agradar. Su arreglo ha de ser sobrio, digno y propio de las circunstancias en que está actuando. Desdican de esas circunstancias los perfumes y las pinturas llamativas. Una educación esmerada para tratar con las personas, que evita la tosquedad, la impaciencia, el mal humor (Rey J, 1957: 44).

La psicología de los enfermos les hace sentir desconfianza de la persona que les asiste si su aspecto es hosco, sucio o, simplemente, abandonado. Ya decía San Vicente de Paúl: “Es necesario poseer un atractivo y un exterior tales que agraden y satisfagan, para que no se vean obligados a alejarse de nosotros.” (Miranda RM^a, 1964: XVIII).

La distinción le da simpatía moral, la buena presencia la hace físicamente simpática. Así ganará fácilmente a los enfermos. Por el contrario, su defecto puede significar el fracaso profesional: modales desagradables, incorrectos, pueden oscurecer la buena preparación técnico-científica; y el trato amable, las buenas maneras pueden complementar y aún suplir una preparación defectuosa (Castañeda, 1975:79).

En las entrevistas se sigue haciendo referencia a los modales y al porte de las enfermeras como el tono de voz y el comportamiento servicial, y sobretodo al uniforme y a su apariencia física, como el uso de calcetines blancos, de cofia almidonada, etc. Estas cualidades no sólo eran exigidas a las estudiantes en las escuelas sino también a las enfermeras en los hospitales.

Nos miraban por la mañana como íbamos vestidas, si hasta que-hasta que- que no se podía ni llevar pantalones por la calle o sea te pasaban revista era-era terrible, esperabas para ver como llevábamos el uniforme si íbamos limpias bien puestas por supuesto muy educadas muy dóciles. (Antonia, 1960:9; Carmen, 1961:11).

Luego cuando empecé en Puerta de Hierro que fue en el 73, e-e-e-eh, era la “CREM” de la seguridad social, entonces allí ya era más una exigencia clínica, de conocimientos de enfermera clínica, entonces María Caballero, la directora, que era todo una institución, aparte de pedirnos una foto, que era muy importante, ella quería niñas guapas, e-e-eh quería también que fueran niñas que supieran. (Pilar, 1969:7).

A las niñas, las palomitas como nos llamaban, a las alumnas, de Salus Infirmorum te inculcaban la imagen personal y nos hacían pasar por la monitora de práctica antes de entrar en la residencia sanitaria, pasábamos enseñando así las uñas y te hacían una revisión de la cofia para ver si está bien almidonada ... Te miraban si llevabas bien, si no marcabas la cadera, el cinturón no estaba demasiado apretado, o sea, tenías que ser pulcra sin ser femenina, o sea, sin formas, m-m-m-m, e-e-e-e-eh, totalmente servicial, nos hacían, no levantar la voz. (Pilar, 1969:22).

En los manuales también se consideraba importante que las enfermeras adquiriesen **habilidades técnicas y manuales**, destreza y pericia para que pudiesen realizar sus actividades con rapidez, limpieza, exactitud y delicadeza. Las enfermeras debían adiestrarse

para llegar a ser "dueñas" (Miranda RM^a, 1956:18) de las técnicas como los vendajes, curas, inyecciones entre otras, sin olvidar que éstas eran encomendadas por la "facultad racional", el médico (Miranda RM^a, 1956:21; Miranda RM^a, 1964: XVI; Rey J, 1974:44).

Debe mantener un anhelo constante de adiestramiento para superar la línea media de su rendimiento profesional, hasta hacerse dueño de la técnica aplicada y la facilidad que engendra el hábito (Miranda RM^a 1956:18).

La misión que él desarrolla requiere notable habilidad manual, especialmente en la colocación de vendajes, cura de heridas, inyecciones y otras numerosas funciones profesionales, las cuales se verían gravemente entorpecidas si el ATS que las realiza careciese de habilidad (Miranda RM^a, 1956:21; Miranda RM^a, 1964: XVI).

El ATS deberá poseer cierta destreza manual para ejecutar el trabajo encomendado, obedecer los mandatos de las facultades racionales y llevarlo a cabo con rapidez, limpieza y exactitud (Miranda RM^a, 1956:21; Miranda RM^a, 1964: XVI; Rey J, 1974:44).

En las entrevistas se evidencia como a las enfermeras se les seguía exigiendo cualidades técnicas y además a partir de finales de los sesenta se les exigen también **cualidades clínicas**. Las cualidades técnicas estaban relacionadas con la instauración y realización de procedimientos, la administración de medicación, la realización de curas, la recogida de muestras, entre otras. A pesar de que en ocasiones no contaran con toda la fundamentación teórica de las técnicas, eran tan hábiles y diestras en su ejecución y de ellas aprendían los residentes o médicos recién incorporados (Nati, 1952:10). Respecto a las cualidades clínicas hacían referencia entre otras, a la competencia de la enfermera para gestionar de forma eficiente los recursos de que disponía, como las sábanas, la medicación, etc. Ser organizada y puntual en su trabajo y ser capaz de detectar con prontitud cualquier complicación de la enfermedad del paciente y dar aviso al médico (Marta, 1975:4).

Mari Paz empezó a insistir en la importancia de la economía dentro de la atención de enfermería, teníamos el sentimiento de que los recursos eran ilimitados para nosotras y sin embargo MariPaz fue la que nos hizo recapacitar sobre estas cuestiones relativas a la gestión (Pilar A, 1966:9).

En mi época de formación me dedicaba durante una semana a hacer y desarrollar habilidades. La mejor enfermera era la que cogía las vías a la primera, la que avisaba si la onda p o q subía o bajaba, la que sabía hacer una gasometría y entenderla (Cristina, 1968:4).

Cuando llegaban los residentes de quienes aprendían eran de nosotras. Nosotras les enseñábamos cuando subía el oxígeno que hacíamos...claro nosotras sabíamos mucho relacionar dos cosas, luego la fundamentación teórica era otra cosa (Cristina, 1968:11).

La supervisoras que eran en ese momento todavía monjas, lo que consideraban necesario era el aborro, o sea, el aborro significaba que fueras muy organizada, que-e-e, m-m, que supieras utilizar muy bien los recursos porque un vial que se te rompía era un vial que tenía que venir la monja abrir con llave la vitrina y darte otro. Entonces, la buena enfermera era la que gestionaba bien los recursos yo creo que esa era la característica que se me pedía. Que no usara más sabanas de las que me dejaban, que no cambiara demasiado a los pacientes, e-e-eh, etcétera, etcétera. Luego cuando empecé en Puerta de Hierro que fue en el 73, e-eh, era la "CREM" de la seguridad social, entonces allí ya era más una exigencia clínica, de conocimientos de enfermera clínica. (Pilar, 1969:7).

Lo que realmente se nos exigía era haber puesto la medicación, haber tomado las constantes, haber hecho las curas, mantener lo sueros, las sondas correctamente y detectar signos de gravedad y avisar al médico a tiempo y recoger muestras para análisis ese era realmente el cometido que nos exigía. (Marta, 1975:2).

Cuando trabajábamos en el hospital no teníamos esa visión general del paciente, saturábamos heridas, poníamos sondas, no veíamos más allá de la técnica. Y también intentábamos detectar signos y síntomas de alarma. Pero a veces no conocías al paciente tenías esa actitud de "yo voy y pongo la sonda y ya está, yo voy y pongo el suero" (Marta, 1975:9).

En las entrevistas emerge un nuevo elemento que no aparecía en los manuales y que está relacionado con el hecho de que las enfermeras se formaran y mantuviesen dentro de unos estándares. Las personas entrevistadas hacen referencia a las **coacciones y amenazas** que recibían durante su formación y ejercicio profesional. Cuando las estudiantes o enfermeras se comportaban fuera de "los cánones" (Nati, 1952:2) establecidos de uniformidad, modales, conducta, etc., podían recibir reprimendas, sanciones o castigos. Por ejemplo, expulsiones de la escuela, avisos o notificaciones de conducta inadecuada, suspensos intencionados, etc. Ante tal situación, la mayoría se adaptaba al contexto con la finalidad de terminar los estudios y obtener el título (Pilar, 1969:2).

Pues no sé, tenías que estar dentro de los-s-de los- cánones, estabas siempre con la espada detrás de la espalda. Casi todo era obligación y-y tenías siempre la espada de Damocles sobre tu cabeza que en cuanto hicieras algo pues te podían expulsar o sea era una cosa y al tercer aviso-al tercer aviso te

ibas a casa te mandaban un aviso en un sobre de papel reciclado de aquellos beige de la posguerra. (Carmen, 1961:10).

Todo eran exigencias, el uniforme y otras. Luego pues-s que no se quejara nadie, que no se quejaban porque estaba todo el mundo acojonado y no se quejaba nadie. (Rafa, 1967:7).

Era un internado de señoritas y era estilo Dickens, era brutal. Lo que más me traumatizó fue cuando empezaron las amenazas, entonces las amenazas iban encaminadas a mi currículo, o sea, a mis notas. Yo era muy empollona, era muy empollona, no es que tenga facilidad, sino que hincaba codos. Las notas fueron excelentes, o sea, el primer fue sobresaliente en conjunto, el segundo año todo sobresaliente, el tercer año matrícula. Y el segundo año me amenazaron con suspenderme todas las asignaturas, entonces eso fue lo que a mi más me traumatizó, o sea, como me iban a manipular por una ideología todos mis estudios, eso fue para mí lo peor. Entonces te amenazaban porque no asumías según que principios morales. Ideologías religiosas, religiosas sobretodo y morales. Claro era el franquismo y era, e-eh, no se, una época que tenias que tener mucho cuidado con lo que decías y aunque éramos muy jóvenes todo eso estaba detrás y ellas veían la que podía tener algunos indicios de ideología peligrosa para ellos. (Pilar, 1969:3).

5.1.3 La enfermera, profesional infravalorada y anónima

En los manuales se consideraba que las enfermeras podían ser personas con **inferioridad cultural y social**. Esto hacía suponer que las estudiantes por un “grado de cultura insuficiente” (Miranda, 1956:35), “educación inferior” (Miranda RM^a, 1956:41; Miranda RM^a, 1964: XXVIII), o por no haberse educado en un medio lo suficientemente preparado (Miranda RM^a, 1956:36) podían tener dificultades para desenvolverse con acierto entre “personas de selección” (Miranda, 1956:41; Miranda, 1964: XXVIII) como los médicos y algunos enfermos de posición elevada (Rey J, 1974:106). Para conseguir tal distinción social se les recomendaba el estudio de tratados de urbanidad y la observación de personas de “trato social exquisito” (Rey J, 1957: 79) de donde podían aprender buenos modales.

En su trato con familiares y visitantes, el porte del ATS no ha de ser vulgar ni ordinario, también debe poseer el grado de cultura suficiente para no hacerse notar por su ignorancia. (Miranda RM^a, 1956:35).

Es preciso que la enfermera, superando esa línea media, se comporte con distinción esmerada, lo que es tanto como decir con elementos de elegancia espiritual, huyendo por igual de los malos modos y la vulgaridad como de la afectación. (Miranda RM^a, 1956:36).

No siempre la enfermera se ha educado en un medio lo suficientemente preparado para el trato social. Esto puede ser un inconveniente para desenvolverse con acierto entre personas de selección, que tienden a dar exagerada importancia a pequeños detalles de cortesía en el comportamiento de las que les cuidan. Todo lo dicho puede restar confianza o disminuir su prestigio, por lo cual es preciso eliminar a toda costa las derivaciones desagradables de una educación inferior a la que se precisa en el ambiente de la asistencia médica. (Miranda RMª, 1956:41; Miranda RMª, 1964: XXVIII).

Los manuales también recogen aspectos que promovían el **gregarismo servil**. Para las enfermeras, las rivalidades, las competencias y los egoísmos personales se consideraban inadmisibles, ineficaces, poco nobles y egoístas. Los propósitos comunes o colectivos prevalecían sobre “las glorias personales” (Miranda RMª, 1956:16), los méritos o intereses que cada profesional pudiese tener. Se instruía a las enfermeras en la colaboración modesta y leal (Miranda RMª, 1956:51) al propósito ajeno, lo cual conducía aún más a las enfermeras a un anonimato como profesionales. Todo ello queda recogido en estas citas:

Hay que evitar la vanidad que pretende elevar los propios méritos por encima de todo, que pondera exageradamente sus servicios y busca oportunidades de exhibición, sin tener en cuenta que con ello lastima la dignidad de los compañeros. (Miranda RMª, 1956:52).

Consciente de que en esta comunidad de actividad hay que eliminar el individualismo, por inadmisible e ineficaz, el ATS no buscará el relieve de la personalidad propia; abandonará toda mira absolutista y colaborará modesta y eficazmente el propósito común (Miranda RMª, 1956:55; Miranda RMª, 1964: XXXVI).

El individualismo no puede existir en una obra de tal género. Cada uno debe trabajar en función de los demás miembros, con la dirección señalada y la subordinación debida. (Rey J, 1957:102; Rey J, 1974:163).

A lo largo de las entrevistas las propias enfermeras manifiestan sentimientos de **inferioridad** como profesionales. Esta infravaloración parece estar relacionada con el género de los profesionales y la diferencia en la perspectiva de su trabajo, lo cual hace que la sociedad, los médicos y ellas mismas le confirieran menos valor a su trabajo que al realizado por los enfermeros o médicos. La mayoría de las enfermeras entrevistadas consideran que los enfermeros se consideraban “minimédicos” (Cata, 1956:32; Pilar, 1969:14), y que en general la enfermería era para ellos un trampolín a la medicina. A pesar de ello, reconocen que a partir de los setenta hubo por parte de las enfermeras una cierta

promoción de la cuota de los enfermeros dentro de la profesión. Les parecía que “aunque hablaran de lo mismo parecía más sólido, tenía más credibilidad” (Cristina, 1968:5).

Según las personas entrevistadas, hasta principios de los setenta no era frecuente encontrar practicantes, ni enfermeros trabajando en las unidades de hospitalización. La mayoría de ellos ejercían un trabajo extrahospitalario y fundamentalmente técnico. En general trabajaban en unidades o servicios específicos como Rayos, Quirofano, Urgencias o Laboratorio que solían tener mejores condiciones laborales y económicas y muchos de ellos tenían su propio despacho. Su actividad era más cercana a los médicos (Cristina, 1968:12). Por ejemplo realizaban curas, ponían inyecciones, suturaban heridas o formaban parte de los equipos de cirujanos como sus ayudantes personales (Antonia, 1960:19). En cambio, las enfermeras que se situaban ellas mismas en un “eslabón más bajo en la jerarquía” (Pilar, 1969:14) asumían los cuidados cotidianos de los pacientes en las unidades de hospitalización, cuidados que tenían menor reconocimiento y visibilidad.

Además de infravalorar su práctica como enfermeras creían que los enfermeros de forma natural estaban más capacitados para las técnicas y menos para los cuidados cotidianos del paciente. Creían que los enfermeros debían feminizarse para ejercer mejor la profesión (Carmen, 1961:20; Marta, 1975:9).

El-el reconocimiento social de una persona que te lleva las pastillas en un vasito, que te reparte la comida, pues bueno.... las enfermeras en los hospitales no hacían las curas, no hacían nada de todo esto, esto lo hacían los-los ATS. Los practicantes que estaban en los equipos quirúrgicos eran los que pasaban visita con su médico, con su jefe, o ya fuera SOLO, porque tenía que quitar unos puntos. El practicante tenía una relación de DEPENDENCIA jerárquica PERO luego tenía otras cosas que hacía, que venía delegada de esa relación jerárquica pero que las hacía autónomamente, según su planning (Pablo, 1967:13).

Hubo una época en la que protegimos a los hombres, era como buscar una cuota de hombres dentro de la profesión. En cuanto había un hombre que destacaba un poco le dabamos bolilla. Era como promocionarles, sentíamos que daba algo más sólido, le daba mas credibilidad. (Cristina, 1968:5).

Los practicantes eran como un misterio, no sabíamos donde estudiaban, como se formaban, donde trabajaban... Los practicantes, e-eh, estudiaban por libre y se examinaban en la Facultad de Medicina, no iban a las escuelas. Entonces para mi el hombre nunca fue un compañero de profesión. Los hombres no trabajaban prácticamente en los hospitales, estaban ocupando unos puestos que luego se descubrieron que fueron muy golosos, trabajaban por cartillas y tenían cupos con trecientas mil cartillas y unos sueldos descomunales. El ATS de zona que normalmente era

hombre, no no conocía en aquella época ninguna enfermera que fuera ATS de zona y me he movido bastante por Madrid. Entonces los ATS de zona trabajaban dos horas, en una apertura de un ambulatorio de un horario de mañana había a lo mejor cinco ATS de zona o cuatro ATS de zona, iba de ocho a diez y ponían los inyectables. Y cobraban no en función de las dos horas, sino de las cartillas que tenía adjudicadas. Eran muy pocos los que trabajan en el hospital, alguno en quirófano. El ATS de zona o practicante era como un minimédico, y-y-y la enfermera como un eslabón más bajo. Teniendo la misma titulación yo creo que tanto socialmente como nosotras mismas le veíamos superiores. (Pilar, 1969:14)

A mi me daba la impresión de que los ATS eran los que tenían problemas. Ellos tenían que feminizarse. Hasta entonces habían hecho cosas como suturar heridas, curas, pero les faltaba esa visión general del paciente. Cuando trabajamos en el hospital yo creo que los hombres venían peor preparados para aquello que va más allá de la técnica porque para detectar signos y síntomas de alarma, conocer al paciente era fundamental, entonces ellos tenían más esa actitud de “yo voy y pongo la sonda y ya está, yo voy y pongo el suero” si pero... lo estás poniendo y no te has enterado de nada porque no le preguntas, no observas, se te escapaban muchas cosas, o sea ellos iban a hacer aquello y si estaban poniendo la sonda vesical sólo veían una zona anatómica exclusivamente no miraban la cara yo creo que ellos estaban peor preparados. (Marta, 1975:9)

5.1.4 La enfermera busca una enfermería diferente

A pesar de que en los manuales se transmitiese la idea de que la lucha y la competencia por intereses profesionales era considerado poco noble para las enfermeras, y que estas debían permanecer en un cierto anonimato, las enfermeras entrevistadas manifiestan que a partir de los años setenta, y de forma pública a partir de la muerte de Franco se hace patente la búsqueda de una enfermería diferente que les confiera un mayor **orgullo profesional** (Marta, 1975:12).

Probablemente influenciadas por aquellas enfermeras que regresaron a España después de haber trabajado y formado en otros países como Inglaterra o Estados Unidos, las enfermeras empezaron a plantear resistencias, reivindicaciones y luchas profesionales y laborales. Reivindicaron mejoras laborales sobretodo las relacionadas con el reconocimiento de la nocturnidad alterna y los días libres. En sus prácticas cotidianas empezaron a luchar contra el sometimiento y la subordinación impuesta históricamente sobre la profesión.

Aunque no estaban seguras de que su aportación fuese “lo bastante importante” (Marta, 1975:10), empezaron a plantearse cómo conseguir una “enfermería diferente” (Marta,

1975:4) que fuese independiente y no jerárquicamente inferior a la medicina, sino complementaria. Para alcanzar este propósito consideraron necesario e imprescindible clarificar y dar valor a su aportación como enfermeras diferenciándola de los médicos.

A partir de los años setenta empezaron a reivindicar mayor autonomía en sus competencias y un mayor conocimiento especializado (Pablo, 1967:19), con el que pudieran convertir el cuidado en una actividad intelectual y no únicamente técnica. Creían necesario una mayor responsabilidad y autonomía en la toma de decisiones, cambiar la organización de los cuidados de tareas a cuidados integrales en los hospitales, manejar la historia clínica del paciente y trabajar en equipo, entre otras.

En 1973 en Puerta de Hierro descubrí una enfermería diferente en la que no era la mera técnica. Descubrí algo más, la perspectiva de la suplencia, la ayuda, el seguimiento, el control y el apoyo a las respuestas de las personas a las enfermedades, no a las enfermedades de forma directa. Fue como descubrir a las personas (Pilar A, 1966:16).

En ese momento empezamos a trabajar por grupos de paciente y no por tareas, aunque algunas cosas se seguían haciendo por tareas. El 73 fueron los primeros años en los que empezamos a trabajar distribuyéndonos los pacientes, tu sabías el grupo de pacientes que era tuyo (Pilar A, 1966:17).

En los años 70 hubo una lucha con los médicos, en el sentido de que no pusieran en las órdenes médicas todo aquello que fueran cuidados del enfermo. No tolerábamos que pusieran que debíamos levantar a un enfermo, aspirar secreciones, tomas constantes o medir diuresis (Cristina, 1968:7).

Desgraciadamente, había enfermeras que daban tanta importancia al rol autónomo en cuanto a los cuidados básicos y los autocuidados de la vida como al diagnóstico y tratamiento médico y a las actividades derivadas de él. Le dan una importancia similar (Cristina, 1968:14).

En el año 79 cuando me fui a Estados Unidos, entonces fue también como ver otro, otro país y ver unas señoras que eran las enfermeras americanas que se creían todo lo que hacían, le daban valor. Porque ellas se creían que eran importantes, y yo me di cuenta que yo no me creía nada. Cuando me hablaban, yo me quedaba con la boca abierta y eran amigas mías, eran compañeras de trabajo. Por ejemplo, Julie era una enfermera que acababa de terminar pero yo la veía con un desparpajo especial, diferente. Yo decía: “Es que estas se lo creen y nosotras no nos lo creemos”. Entonces apareció la figura de Cristina, que junto a mi experiencia en Estados Unidos, fue cuando yo empecé a tenerlo más claro. Aunque a lo mejor siempre había en mí un caldo de cultivo, abí pude darle nombre y convencerme. Entonces el cambio fue que de una tarea organizada y estructurada,

aplicabas una metodología sabiendo lo que hacías y para que lo hacías, ese fue un cambio. Se empezó a cuajar el cambio en todas nosotras, en ideas... (Pilar, 1969:10).

No sabíamos muy bien en que consistía la diferencia entre enfermería y medicina, sólo sabíamos que era una lucha para transformar nuestro futuro. No teníamos un conocimiento real de los que podíamos desarrollar como enfermeros. Yo no lo tuve claro hasta 1987 o 88. Yo luchaba porque entendía que teníamos que hacer las cosas bien y en mejores condiciones, con más tiempo para estar y hablar con los enfermos y hacer las cosas mejor. Pero no acaba de ver claro que era eso que llamaban LA NUEVA ENFERMERÍA. Yo estaba en Mallorca cuando se empezó a hacer un cambio en la práctica y se empezó a hablar de cuidados integrales, dejar de trabajar por tareas para responsabilizarnos de pacientes, ESO SÍ ESTUVO BIEN. Pero que pasó, que seguíamos haciendo lo mismo, haciendo las tareas por grupo de pacientes, higiene, constantes, lo único que realmente mejoramos ahí es esa idea de que debemos tener un visión más completa de los pacientes que llevamos en ese turno. Eso cambio costó, algunas estuvimos ganas de cambiar y otras fueron resistentes, ponían pegas... intentamos defender que la enfermera debe tener más información del paciente porque seguramente se nos escapan menos cosas que trabajando por tareas... eso fue en el 86-87 con P. S.C y con la convalidación. (Marta, 1975:4).

Nosotras empezábamos a defender que los médicos solos no bastaban, que había que hacer otras cosas. Pero no estábamos seguras que nuestra aportación fuera lo bastante importante para compararnos a los médicos, no teníamos formación y seguridad en eso. Creo que se juntaba un poco esa lucha feminista, por el hecho de que seamos mujeres creen que lo que hacemos no vale y en realidad vale porque somos capaces. Pero era más que nada la reivindicación y lo que nos faltaba era el contenido (Marta, 1975:10)

5.2 La construcción discursiva de dos profesiones

En los apéndices 16 y 17 recojo los códigos, junto con sus definiciones emergidos en los manuales y en las entrevistas sobre las profesiones de medicina y enfermería. En el caso de las entrevistas, los códigos aparecen junto a la frecuencia de aparición.

5.2.1 Medicina, saber exclusivo y profesión con prestigio

Tanto en los manuales como en las entrevistas se transmite la idea de que la medicina era un **conocimiento exclusivo y privativo** al que sólo podían acceder los médicos, como personas autorizadas y con privilegios.

En los manuales se consideraba que la medicina era la profesión gracias a la cual la ciencia progresaba y avanzaba (Castañeda P, 1975:91). A los médicos se les exigía un estudio y

actualización constante de sus conocimientos a través de lecturas, cursos, congresos y conversaciones con los colegas (Castañeda P, 1975:91). En este contexto, la enfermería se constituyó como una profesión auxiliar de la medicina, la cual descargaba a los médicos de aquellos trabajos que no requerían los conocimientos privativos del médico y que eran menos interesantes, lo cual les proporcionaba más tiempo para pensar y concentrarse (Miranda RM^a, 1956:44; Miranda RM^a, 1964: XXX). En los casos en que la enfermera realizaba un tratamiento se dejaba constancia de que éste pertenecía a la medicina y que el médico era el que asumía toda la responsabilidad legal (Miranda RM^a, 1956:46).

En situaciones de necesidad o de urgencia, puede suceder que el médico suplique al ATS que realice un tratamiento, el cual pertenece propiamente a la medicina. En este caso, el médico deberá asumir toda la responsabilidad legal (Miranda RM^a, 1956:46).

[...] el cual debe auxiliar a su jefe en todos aquellos menesteres que no requieran los conocimientos que son propios y privativos del médico, con lo que se le descarga de trabajos menos interesantes y se le proporciona una mayor capacidad de concentración (Miranda RM^a, 1956:44; Miranda RM^a, 1964: XXX).

Las grandes exigencias que se hacen a la profesión médica pertenecen a la misma esencia de la profesión; el estudio constante por superar la propia ciencia y habilidad. Los médicos tiene obligación de estar al corriente del desarrollo del progreso de la ciencia médica, por medio de lecturas de obras y revistas científicas, de la participación en congresos y cursos académicos, de conversaciones con sus colegas y consultas a profesores de las Facultades de Medicina. (Castañeda P, 1975:91).

En las entrevistas sigue apareciendo la medicina como la fuente del saber científico, de donde residentes, enfermeras y estudiantes de enfermería aprendían, y de la cual dependía la curación de los pacientes (Nati, 1952:16). En este sentido, en las entrevistas se apunta que los médicos, la mayoría jefes de servicio, eran los profesores en las escuelas de ATS (Nati, 1952:13; Cata, 1956:4), ya que eran quienes poseían el conocimiento científico.

Como ilustran las siguientes citas, la exclusividad de este saber médico y el prestigio de la profesión, entre otros factores contribuyeron a la construcción de una simbólica jerarquía intelectual, en la que la medicina se situaba en la cúspide. De hecho, las propias enfermeras se refieren a la medicina como un saber que se sitúa a otro nivel diferente al de la enfermería (Carmen, 1961:19). Este hecho también contribuyó a que la enfermera que accedía y usaba en su práctica lo que se consideraban conocimientos médicos, era amonestada y se le exigía explicaciones (Marta, 1975:5).

Pasabas visita con el médico y claro te enterabas de todo, de los síntomas, de los cuidados, de la enfermedad, de los medicamentos...no sé, era una manera de aprender mucho, bueno no sólo yo, las alumnas (Nati, 1952:16).

Cuando la enfermera tenía que aprender algo lo aprendí de los médicos (Roser, 1953:3)

Había una diferencia muy grande entre (sonríe) las profesiones sanitarias, entre lo que sabía un médico y lo que sabía una enfermera, creo que la diferencia de conocimientos era muy grande pero la enfermera también estaba a un nivel pero diferente (Carmen, 1961:19).

Cuando tenías alguna duda preguntabas al médico, y esto porqué?, era la única manera que teníamos de entender el porqué de muchas de las cosas que hacíamos. No se me ocurría preguntar a las monitoras, la referencia que teníamos de docencia eran los médicos (Pilar B, 1966:8: Magdalena, 1966:10).

Yo tuve una experiencia bastante mala, después de una reanimación complicada de una persona que se paró en la unidad, que tuve que hacer cuatro llamadas al médico para que viniera, lo anoté todo en la historia clínica. Luego me llamó la dirección y me pidieron explicaciones, me dijeron que yo había registrado un diagnóstico médico y que como ATS no era quien para poner un diagnóstico médico y que me podían abrir expediente... yo aluciné no entendía nada creo que intentaron asustarme para que no denunciara y no hiciera nada... (Marta, 1975:5).

En los manuales y en las entrevistas también se consideraba la profesión médica como una profesión con **prestigio y reputación** no sólo en el contexto profesional sino también social. En los manuales se hacía patente que dentro y fuera del ejercicio profesional, la sociedad otorgaba una alta consideración a la medicina y a los médicos (Miranda RM^a, 1956:47). Esta consideración llegaba a tal punto que la enfermera debía evitar señalar ni comentar las posibles equivocaciones u olvidos que el médico pudiese cometer, con el fin de mantener intacto su prestigio y competencia (Miranda RM^a, 1956:46; Miranda RM^a, 1964: XXXI). Reflejo de que la jerarquización profesional se reproduce en la sociedad es que en los manuales se transmitía la idea de que, aunque en la sociedad la posición de la enfermera pudiese ser superior a la del médico debido a criterios distintos a los profesionales, ésta debía mostrarle actitudes de respeto, deferencia y consideración (Castañeda P, 1975:83).

El prestigio y la competencia del médico han de mantenerse intactos y rodeados de todo respecto; alabadas y acatadas todas sus prescripciones, sin excepción... (Miranda RM^a, 1956:40; Miranda RM^a, 1964: XXVIII).

Se debe suprimir todo comentario que pueda disminuir su prestigio profesional, no mentar jamás sus posibles equivocaciones, no hacer notar una falta que pueda pasar inadvertida, si se observa algún olvido o alguna omisión involuntaria, se debe acudir en socorro de su memoria con ligeras indicaciones, como sin darle importancia (Miranda RM^a, 1956:46; Miranda RM^a, 1964:XXXI).

Puede ocurrir que, aparte de lo profesional tenga el ATS que relacionarse con el médico en otras actividades. Y puede ocurrir que en la sociedad, la posición del médico sea inferior a la del ATS, porque la jerarquización aquí se busca por caminos distintos a los de la medicina. Pero aun así, le debe también el ATS respeto y consideración (Castañeda P, 1975:83).

En las entrevistas también se hace referencia al prestigio profesional y social de la medicina. Este prestigio o crédito contribuía a convertir la medicina en el referente científico. Como ilustran las siguientes citas, esto contribuyó a que se mitificara o endiosara a la medicina y a los médicos a quienes se “les situaba en un pedestal y lo que decían iba a misa” (Nati, 1952:27).

El médico pisaba y todo el mundo firme. En España tenía mucho prestigio. El médico era alguien casi divino, casi divino, lo que decía iba a misa, casi divino. (Cata, 1956:9).

El médico era sacralizado totalmente, el médico lo mismo que el cura en un pueblo en una sociedad rural son los únicos que tienen conocimientos, son los únicos que SABEN... la figura del médico fuese sacralizara era como el Chamán de la tribu. (Carmen, 1961:22).

A ver, yo creo que socialmente, e-e-eh, el médico estaba muy-muy reconocido con un estatus muy alto, m-m, y lo que dijera el médico iba a misa, por encima de todo. (Pilar, 1969:16).

5.2.2 Enfermería, profesión sacrificada, disciplinada y vocacional

Tanto en los manuales como en las entrevistas la enfermería se consideraba una profesión **dura y sacrificada**.

En concreto, en los manuales la enfermería se consideraba una profesión penosa, dura, sacrificada y repulsiva porque imponía altos esfuerzos a nivel físico, emocional y moral. Los/as autores/as hacen referencia a los “deberes duros, penosos y heroicos” (Miranda RM^a, 1956:13), “fatigas en las tareas” (Miranda RM^a, 1956:42; Rey J, 1957:86; Rey J, 1974:117), “intensos estados emocionales” (Miranda RM^a, 1956:21) y “sacrificio de la propia salud para atender a los demás” (Rey J, 1957:64), entre otros.

En los manuales se reconocía que para sobrellevar el coste y la dureza de la profesión era necesario ser fiel, amar a los enfermos y a las exigencias, y asumir con paciencia cristiana sobrenatural las obligaciones impuestas por Dios (Rey J, 1974:72). Como ilustran las citas, este sacrificio era tan considerable que se referían a la enfermera como “ángel de Dios” (Rey J, 1957:34), “esclava de su deber” (Rey J, 1957:63), “mártir del deber” (Rey J, 1974:78), o “héroe de la caridad” (Rey J, 1957:65). A estas exigencias se unía el nivel de perfección en el cumplimiento de los deberes que no se exigían a otra clase de trabajos (Miranda RM^a, 1956:33; Miranda RM^a, 1964: XXI).

Todo deber y más el del Auxiliar tiene un aspecto dificultoso y por lo mismo repulsivo: actividad constante durante el día, llamadas frecuentes durante la noche que obligan a interrumpir el sueño, noches completas de insomnio, sacrificio de la salud propia para atender a los demás, todo esto y mucho más que lleva consigo la profesión es costoso, es repulsivo y en sí mismo no se puede amar; pero debe amarlo porque es cumplir una obligación impuesta por Dios, el medio de llenar su misión en este mundo, de santificarse y de conseguir la felicidad eterna. (Rey J, 1957:64).

La categoría espiritual y humana de las tareas sanitarias, impone exigencias de perfección en el cumplimiento de los deberes que no exigiría a otra clase de trabajos. (Miranda RM^a, 1956:33; Miranda RM^a, 1964: XXI).

La enfermera encontrará en el ejercicio de su profesión muchos padecimientos físicos y morales. Procure sobrellevarlos con paciencia cristiana sobrenatural. (Rey J, 1974:72).

En las entrevistas se sigue haciendo referencia a la dureza y al sacrificio de la profesión sobretodo en lo relativo a la escasez de medios, la disciplina y la vigilancia a la que estaban sometidas durante su formación y profesión (Apéndice 18). Hasta mediados de los años sesenta la escasez de recursos materiales y humanos en los hospitales, hacía que el trabajo de las enfermeras exigiese espíritu de sacrificio y abnegación. En las unidades, había pocas auxiliares, celadores y escasa tecnología, de modo que las enfermeras asumían todos los trabajos, desde dar de comer y lavar a los pacientes, a lavar bacinillas (Carmen, 1961:12), “trabajaban como burras” (Nati, 1952:37). De hecho, las enfermeras trabajaban día y noche en el hospital, casi sin descanso (Nati, 1952:37; Cata, 1956:8). Durante estos años muchas enfermeras estaban internas, de modo que se pasaban prácticamente día y noche en el hospital o en la escuela como monitoras de prácticas.

A lo largo de su formación y ejercicio profesional se les exigía “un comportamiento muy estricto, dentro de rígidas normas de educación” (Nati, 1952:3). Las personas entrevistadas reconocen que estaban sometidas a una disciplina y vigilancia estricta de su

comportamiento, sus creencias y prácticas religiosas, su privacidad, sus horarios, sus lecturas, etc. (Nati, 1952:19; Antonia, 1960:2; Carmen, 1961:10). Las clases de moral profesional se convertían en “clases confesionales” (Antonia, 1960:6) que, aunque a algunas estudiantes no les parecieran bien, debían sobrellevar con paciencia. Incluso las personas entrevistadas que se formaron en los años setenta señalan que la disciplina que caracterizaba la profesión, suponía un contraste con otras carreras que eran más liberales (Marta, 1975: 3).

Tenías que estar dentro de los cánones, estabas siempre con la espada detrás de la espalda. Era obligación todo, hasta ir a misa los domingos. Era obligación, no había excepciones, por ejemplo había que ir a misa e-e a las siete de la mañana las que entrábamos a trabajar íbamos a las siete de la mañana pero es que salían de guardia no sé si-i a que hora pero bueno. Las prácticas religiosas eran obligación salvo excepciones de que se trajese un certificado. (Carmen, 1961:10)

La realidad era ... Durísima, no tiene nada que ver con la vida de ahora (suspira) y-y-y bueno por supuesto la disciplina era terrible desde el primer momento entrabas a trabajar... y-y m-m bueno pues eso, no había-a auxiliares ni había celadores ni había o sea tú hacías-s-s TODO-TODO o sea limpiabas-s-limpiabas bacinillas, atendías a los enfermos m.-m si necesitabas (sonríe) un-un aspirador, los aspiradores aquellos de tres frascos... la escasez era terrible. (Carmen, 1961:2)

Sentíamos que la escuela era una organización muy maternalista y muy dura-dura. Algunas compañeras venían de la universidad, de otras carreras y cuando lo conocían entonces era un contraste tremendo. (Marta, 1975:3).

Mientras la medicina era la que ostentaba y difundía el conocimiento científico, la enfermería era la encargada del **mantenimiento de la disciplina** y del cumplimiento de las normas de conducta entre las estudiantes. Como ilustran las citas de las entrevistas, las monitoras de las escuelas además de impartir lo relacionado con la moral, la religión y las técnicas de enfermería, que llaman “cosas propias de la enfermera” (Nati, 1952:14), fundamentalmente tutelaban a las estudiantes. Eran casi como sus madres, mantenían el orden (Pilar, 1969:5), cuidaban y acompañaban a las estudiantes al médico cuando estaban enfermas, las obligaban a estudiar, etc. (Antonia, 1960:10).

En la escuela de ATS nosotras dábamos lo relacionado con las técnicas de enfermería, que una enfermera tenía que saber. El resto lo enseñaban los médicos. Nosotras les enseñábamos como hacer una cura, un vendaje, como poner una sonda, como actuar ante una situación. Todo lo que son cosas propias totalmente de la enfermera. (Nati, 1952:14).

Nosotras también estábamos internas con las alumnas...Y eso pues participabas de muchas cosas que-que bueno pues eso e-el darles las toallas, el darles las sábanas cuando tocaba el no sé que-que no-no correspondía para nada con tu trabajo. Entonces era como- tutelarlas porque cuando estaban enfermas pues tú las acompañabas al médico, cuando las alumnas tenían malas notas y eran reincidentes la secretaria de estudios la obligaba a quedarse a estudiar eh? castigada para que-e. Creo que se las ayudaba demasiado. (Antonia, 1960:10).

Los profesores eran médicos, pero-pero las amenazas eran de las de la escuela. Bueno no eran monjas, eran medio monjas medio seglares pero eran las que llevaban la escuela. Era como bueno yo digo una secta, era como una orden. O no sé qué pero eran medio monjas. Ellas no daban clase, bueno había una que nos daba clases sobre Florence Nightingale, la clase se llamaba así y era la única clase que nos daban, bueno a parte de la moral. E-e-e-eh en primero teníamos labores, moral, religión, e-e-eh, cosas del hogar, o sea era como una escuela de señoritas. (Pilar, 1969:5).

Según los manuales analizados la dureza y el sacrificio conferían nobleza y grandeza a la profesión de enfermería y por ello se premiaba a las enfermeras con **recompensas espirituales** y sobrenaturales. El ejercicio de la profesión conforme a la ley evangélica era fuente de galardón eterno, de satisfacción, de goce interior y de méritos para la eternidad, la heroicidad y la santificación (Miranda RM^a, 1956:19; Rey J, 1957:64). En los manuales la profesión se asemeja a un “verdadero y excelente apostolado” (Miranda RM^a, 1956: introducción; Rey J, 1974:74), una “obra de misericordia o caridad” (Rey J, 1957:30) o un “trabajo de evangelización”.

No se olvide nunca que este desinterés por la profesión puede ser una gran fuente de méritos para la eternidad, si se ejercita conforme a la ley evangélica (Miranda RM^a, 1956:19).

El ATS debe ser esclavo de su deber. El cumplimiento del deber será galardonado por Dios; como será castigada la falta de ese cumplimiento. Debe cumplir todo el deber sin reparar en fatigas, peligros, susceptibilidades del amor propio e ingratitudes. Es una obligación de conciencia. El Ayudante debe tener conocimiento completo de todas sus obligaciones. (Rey J, 1957:63)

Cuando esta profesión sanitaria, concebida y elegida con rectitud, se realiza con honradez, sin buscar glorias personales ni aprovechamientos ni el lucro material, cuando se convierte el trabajo en verdadero apostolado, llevándolo a cabo sin ruido ni grandes ostentaciones, ese total entregamiento cristiano engendra una satisfacción que difícilmente podrá superarse (Miranda RM^a, 1956:16; Miranda RM^a, 1964: XII).

La enfermera practica obras de caridad benéfica que premiará Jesucristo el día del juicio. (Rey J, 1974:30).

En los manuales la misión fundamental de la profesión era la “**salvación de las almas**” (Rey J, 1974:28), es decir el cuidado espiritual. Además de reconocer la importancia de la habilidad técnica se destaca la misión pastoral y espiritual de las enfermeras (Miranda RM^a, 1956:23; Miranda RM^a, 1964: XVI; Castañeda, 1975:78). De hecho, en los manuales analizados la enfermedad era considerada un medio de arrepentimiento y de redención, reflejo de los pecados y culpas del paciente (Rey J, 1974:85; Castañeda P, 1975:78).

En este contexto, la enfermería ejercía el papel de guía espiritual comparable a la labor del sacerdote en la cabecera de la cama, en el que ayudaba a los pacientes en sus reflexiones (Rey J, 1957:28). Su finalidad profesional consistía en auxiliar, consolar y aliviar los padecimientos, los dolores y las angustias de los pacientes. Aunque algunos autores (Rey J, 1974:84; Castañeda P, 1975:78) reconocían que la reforma moral de los enfermos no era el fin principal de la profesión sino cuidar de la salud corporal del paciente, finalmente lo que transmitían los manuales de moral profesional era fundamentalmente una misión pastoral y el cuidado espiritual de los mismos (Miranda RM^a, 1956:63; Rey J, 1974:27). A la enfermera se le llamaba “Maestro médico del alma y del cuerpo” (Rey J, 1957:28).

Vosotros llevaréis al lecho del enfermo y a la sala de operaciones algo de la caridad de Dios, del amor y la ternura de Cristo, el Maestro médico del alma y del cuerpo. Vocación elevada la del ATS porque no debe contentarse con cuidar las llagas del cuerpo, sino que debe entrar en el alma que se oculta debajo del cuerpo enfermo para ayudarla a descubrir las riquezas sobrenaturales que encierra el sufrimiento. Algo de lo que hace el sacerdote a la cabecera del enfermo. (Rey J, 1957:28).

El ATS puede ayudar espiritualmente al enfermo, conocedor de la marcha de la enfermedad, debe procurar que arregle con tiempo sus asuntos materiales y espirituales. La reforma moral de los enfermos no es el fin principal de la profesión de ATS, es cuidar la salud corporal. Pero aunque no sea el fin principal de su profesión, el ATS puede influir eficazmente en la reforma moral de los pacientes. (Rey J, 1974:84).

El ATS no está llamado a desempeñar una misión estrictamente pastoral con los enfermos, pero puede prestar una contribución valiosa al bien espiritual de las almas; puede desempeñar, junto al lecho del enfermo, una misión apostólica más eficaz a veces, que la que puede hacer el sacerdote; puede hacerles ver la voluntad de Dios y llamarlos a conversión. (Castañeda P, 1975:78).

En los manuales la profesión se consideraba un género de vida especial, un noviciado profesional que precisaba de una **vocación religiosa** y de un llamamiento divino para ser ejercida. La enfermera debía formarse en régimen de internado, tiempo destinado a conocer si su vocación era pura, auténtica y verdadera, ya que de lo contrario se expondría al fracaso profesional. La vocación religiosa de la enfermera la ayudaba a cumplir los deberes profesionales que sin ella se harían muy cuesta arriba (Miranda RM^a, 1964: X).

La vocación del ATS no depende en absoluto de la voluntad humana; viene del cielo y el Señor la concede a los que Él elige. (Miranda RM^a, 1956:13).

El noviciado es para conocer si existe o no vocación religiosa. Los años vividos en la escuela profesional de enfermeras, deben considerarse como el noviciado de la profesión: tiempo destinado a conocer si una joven tiene o no tiene vocación de enfermera (Rey J, 1974:41).

Esta joven encontrará todavía más dificultad en acomodarse a la vida de sanatorio: trabajo duro, disciplina y orden, obediencia rigurosa, exactitud en todo. El tiempo que se vive en la escuela de formación es breve; y es allí donde se ha de verificar el cambio definitivo, antes que se conceda a la aspirante el título oficial de enfermera. Si no cambia en el tiempo de formación, no cambiará nunca, y se expone al fracaso profesional; y lo que sería peor, a causar perjuicios de los enfermos. (Rey J, 1974:106; Castañeda P, 1975:70).

En las entrevistas el carácter vocacional religioso de la profesión va dando paso a una **vocación social**. Como ilustran las siguientes citas, las entrevistadas antes de iniciar sus estudios tenían un conocimiento diverso y difuso sobre el trabajo de las enfermeras, pero todas ellas manifestaban actitudes y disposiciones al servicio, al cuidado, a la ayuda y a las relaciones con las personas más que una llamada de carácter sagrado o sobrenatural.

Yo es que amo tanto la enfermería, yo soy una enfermera hasta los tuétanos, pero soy enfermera porque me gusta la relación con el enfermo, yo no quise estudiar medicina por eso. Para mí, es la enfermera la que conoce más al enfermo. Yo quería dedicarme por entero a cuidar a las personas. (Cata, 1956:13).

Yo no tenía una idea...conocía la actividad de los practicantes.... anteriores a nosotros, yo conocía la actividad de los practicantes, de las matronas y de las enfermeras, pero lo tenía bastante borroso porque estaban muy difuminadas dentro del-l de lo que era el contexto hospitalario. (Pablo, 1967:2)

Tenía muchos hermanos pequeños y se hacían heridas, a mi madre no le gustaba nada la sangre ni curar las heridas y yo demostré más temple para hacer eso. Y desde ese momento mi madre decidió

que debía ser enfermera porque no me mareaba con la sangre y podía curar las heridas con tranquilidad y siempre a partir de ahí siempre tuve la idea que iba a estudiar eso. Yo no tenía una idea muy clara. Para mí ser enfermera era cuidar de la gente cuando está enferma. Mi abuela, que era muy mayor, vivía con nosotros yo también desde el principio la cuidaba. (Marta, 1975:1).

5.2.3 Enfermería, saber menor y hacer mecánico

En los manuales y en las entrevistas la profesión era considerada eminentemente manual y práctica. Además para ser ejercida se requería poco conocimiento teórico y se debía contar con el criterio profesional del médico para actuar. Todo ello, configuran a la enfermería como un *saber menor*.

Como ilustran las siguientes citas, los manuales transmitían la idea de que el conocimiento teórico que debían recibir las enfermeras se debía centrar en la religión, la moral profesional y conocimientos superficiales sobre medicina, como microbiología, fisiología, dietética y patología. Su formación consistía eminentemente en un adiestramiento técnico (Rey J, 1974:145), donde lo importante era practicar y ejercitarse en la realización de técnicas, pero siempre bajo supervisión médica. Por estas razones, en los manuales se justificaba la necesidad de instalar las escuelas al lado de hospitales, llamados “campos de operaciones médicas” (Rey J, 1974:145) donde las enfermeras recibirían su formación a través de personas competentes.

La profesión era considerada un saber incompleto, complementario y auxiliar de la medicina, donde la enfermera era una “hábil e inteligente ayudante” (Rey J, 1974:22) o un “médico imperfecto” (Rey J, 1974:22) que debía pedir consejo al médico antes de actuar y no debía fiarse de su propio parecer (Rey J, 1957:55).

Estar dispuesta siempre a recibir consejo y avisos antes de actuar. El consejo se debe pedir y recibir de personas competentes. La enfermera no debe fiarse de su propio parecer en casos dudosos. Mucho menos anteponer su opinión a la de personas competentes. Menos aún a la del médico, superior suyo. (Rey J, 1957:55).

El ATS es como un médico imperfecto. La enfermera de profesión es la que posee los conocimientos teóricos y prácticos para ser una hábil e inteligente ayudante del médico, en su asistencia científica a los enfermos y posee el título oficial para desempeñar su cargo. (Rey J, 1974:22).

El trabajo de una enfermera debe ser inteligente. Su actividad manual ha de ir acompañada siempre de los conocimientos científicos. Las asignaturas relacionadas con la medicina son numerosas aunque no se profundice en cada una de ellas. Es necesario la cultura religiosa, si se

quiere hacer de la profesión un apostolado. Es imprescindible el conocimiento de la moral profesional y la solución acertada de los numerosos problemas morales que continuamente se plantean. Esta formación se adquiere principalmente en las clases y con el estudio particular. El que se forma para ATS en las clases debe tener atención y guardar silencio. (Rey J, 1974:145).

En las entrevistas la profesión se sigue considerando un saber menor respecto la medicina. Las personas entrevistadas hacen referencia a la formación esencialmente práctica y al escaso conocimiento teórico que recibían. Parecía que eran formadas para que fuesen “tontitas y dóciles” y que “los profesores, excelentes cirujanos, no querían que aprendiesen demasiado en clase” (Antonia, 1960:3). Su formación teórica no requería de mucho estudio, en algunas ocasiones en un único libro de quinientas páginas se compendia todo lo que tenían que saber (Carmen, 1961:5; Pilar, 1967:2).

Como estudiantes y enfermeras, adquirirían el conocimiento, supuestamente “importante para los médicos pero no para las enfermeras” (Pablo, 1967:4) directamente de la práctica clínica. Aprendían en los hospitales “por intuición” (Nati, 1952:39), “imitando a las enfermeras” (Marta, 1975:4), “por ensayo-error” (Marta, 1975:3), de forma autodidacta (Antonia, 1960: 3; Pablo, 1967:2) o preguntando directamente a los médicos.

A lo largo de las entrevistas queda patente el hecho de que la formación de las enfermeras reproducía el sistema sanitario de cada momento. A las enfermeras se las formaba según lo que se les iba a exigir en la práctica, ejecutar técnicas de forma hábil pero sin fundamentar ni cuestionar la práctica (Antonia, 1960:3; Marta, 1975:1). Este tipo de formación no les permitía generar un criterio profesional propio, más allá de la destreza que pudieran tener en la ejecución delegada de las técnicas, la administración de la medicación y la toma de constantes vitales. Las entrevistadas comentan, sobretodo a partir de mediados de los sesenta, que una de las lagunas de su formación y a la vez un reto para ellas en su práctica era ser capaz de interpretar y detectar situaciones de emergencia (Marta, 1975:1) y no únicamente las tareas puramente mecánicas que realizaban sin “saber porqué hacían lo que hacían” (Antonia, 1960:4).

Las personas que gestionaban los hospitales y las que formaban a las estudiantes consideraban que la profesión y, en concreto, el cuidado de las personas requería de un bajo nivel científico y de erudición. Se creía entonces que el cuidado era una práctica adecuada para personas con conocimientos básicos y superficiales de medicina y sin mucha experiencia. Esto hecho, junto con la falta de enfermeras profesionales hacia que las estudiantes desde su primer día en la escuela, asumieran la total responsabilidad del cuidado

de los pacientes en las unidades. Las estudiantes sustituían a las enfermeras en las plantas, haciéndose responsables de todas las tareas, poner la medicación, hacer los sondajes, lavados gástricos, etc. (Marta, 1975:1). Vivían esta situación “con mucho miedo”, de modo que cuando acababan la carrera les parecía que la situación era menos exigente (Pilar, 1969:2).

Otro aspecto que constituyó a la enfermería como un saber menor es que las enfermeras ejercían su trabajo según las exigencias, los hábitos y las costumbres de los médicos de cada unidad. Su actuación cambiaba según el médico que estaba de guardia, hasta tal punto que creían “que lo importante era que hicieras lo que ellos querían, la enfermera no tenía opinión” (Nati, 1952:28). Algunas entrevistadas explican que cuando llegaban a trabajar a un nuevo servicio preparaban una libreta donde anotaban las preferencias de cada médico, como por ejemplo, el tipo de material que usaban para hacer las curas, sus horarios de visita a los pacientes, etc. Todo esto contribuyó a que ellas mismas y la sociedad las concibiera como ejecutoras de las órdenes médicas (Pilar, 1969:16).

En relación al escaso conocimiento que recibieron durante su formación, algunas de las personas entrevistadas apuntaron que cuando vivieron la transformación del estudio de ATS a Diplomatura en Enfermería, se plantearon la posibilidad de volver a cursar la carrera. Fundamentalmente les daban envidia las asignaturas y el contenido que transmitían y que ellas no habían tenido oportunidad de estudiar, ya que lo que habían estudiado era una medicina reducida (Pilar, 1969:2).

La formación que recibíamos en enfermería era terriblemente PRÁCTICA porque se trataba de que fuésemos como tontitas o dóciles. Es más, yo estoy segura que-e muchos profesores que además eran excelentes cirujanos y médicos extraordinarios e-e no querían que aprendiésemos demasiado en clase, o sea teoría... no mucha... entonces aquello para mi me resultó muy duro... Si querías tenías que formarte un poco aparte, por tu cuenta. Pues bueno de prácticas salías estupenda pero de pensar poco. O sea con una paciente que tiene X, ¿qué voy hacer?, ¿porqué?, nada-nada, porque no-no-no teníamos unos parámetros es decir, yo la veía mal pero no sabía porqué y cuando tenía que llamar. Ibas saliendo pues a base de-de llevarte muchos golpes. (Antonia, 1960: 3).

A nosotras nos formaban realmente para-para administrar medicación, para hacer vigilancia de-constantemente vitales, nos preparaban para lo que se nos exigía cuando empezamos a trabajar. El ENTRENAMIENTO fue para eso, SUSTITUÍAMOS A LAS ENFERMERAS en las plantas, las enfermeras estaban, pero nosotras nos hacíamos responsables de todas las tareas, poner la medicación, hacer un sondaje, hacer un lavado gástrico. La dificultad era saber valorar

una situación de emergencia, era lo que más nos costaba pero para las técnicas nos habían ido formando. (Marta, 1975:1).

Pasamos muchas horas con las enfermeras de las plantas, entonces IMITAMOS BASTANTE BIEN lo que hacían ellas, llegamos a hacer todo lo mismo que hacía una enfermera en una planta pero, es que claro estábamos 6 horas durante todo el curso allí. Cuando acababas habías hecho todo lo que en general se te podía pedir al empezar a trabajar. La preocupación o el miedo que tenías era no tener suficiente habilidad, no haberlo hecho las suficientes veces y sobretodo no detectar a tiempo una complicación. Eso era lo que más nos preocupaba y veíamos que las enfermeras que llevaban años trabajando nos daban cien mil vueltas en ese aspecto. (Marta, 1975:4).

Cuando las enfermeras describen en las entrevistas la cotidianidad de su práctica se refieren a un **trabajo rutinario y mecánico**. Las enfermeras organizaban sus trabajos según unos criterios preestablecidos, sin pensar y sin saber porqué lo hacían de ese modo. Los cuidados se llevaban a cabo sin fundamento (Cata, 1956:4; Pilar, 1969:9), simplemente se sistematizaban. El trabajo de las enfermeras se convertía en un conjunto de tareas mecánicas y rutinarias que obedecían a unos horarios fijos en la unidad, como dar y recibir el parte oral, repartir los desayunos, tomar las constantes, realizar las pruebas de glucemia, hacer las curas, pasar visita con los médicos, preparar y dar la medicación, entre otras. Esta compartimentación del trabajo promovió que cada enfermera se “especializara” en alguna de estas tareas lo cual no contribuyó a que se integraran e interrelacionaran todos los cuidados con la situación global del paciente.

Te hacían aprender cosas rutinarias, pero... sin nada ¿no?, rutinas- rutinas, “ven, te voy a enseñar a poner una inyección intramuscular”- sin un fundamento. (Cata, 1956:4).

Lo que se tenía en cuenta era pasar visita, aplicar el tratamiento, hacer las camas, dar las comidas, o sea todo de la forma más tradicional, o sea lo básico garantizar a los enfermos que comieran y hacerles la cama, todo en cadena (Cristina, 1968:8).

En Puerta de Hierro era un trabajo bastante mecánico. O sea, hacíamos un parte bastante extenso, un intercambio de un turno a otro, a través de la gráfica íbamos valorando pues, toda su situación clínica. Bueno todo era relación a constantes, enfermedad, pruebas m-m, luego ya sobre esa gráfica empezabas con las constantes, y luego ya las higienes. Era un trabajo muy mecánico y era todo pues eso, prepara la sueroterapia, la monitorización, los respiradores, toda la preparación, digamos, entonces era un trabajo muy mecánico, muy sistemático, estaba muy, muy organizado. Era todo muy pin, pin sin pensar, sin saber lo que hacías. (Pilar, 1969:9)

Cuando llegaba cogía el parte, te daban información de si tenía todo el preoperatorio, si había alguna preparación previa..., sobretodo mucho énfasis en pruebas pendientes de rayos, endoscopias. A continuación, repartíamos la medicación y sueros, un batallón de sueros enorme, preparábamos la medicación en la sala, cargábamos las bandejas. Bueno antes hacíamos las glucemias y anotábamos el resultado porque a la vez las auxiliares repartían desayunos, después de esto hacíamos la higiene de pacientes que estaban especialmente mal o que tuvieran heridas difíciles o que se movieran poco y tomábamos las constantes y después teníamos que pasar visita con los médicos y hacíamos las curas y era cuando acabamos la curas. Después del desayuno de media mañana volvíamos a poner medicación, controles de diuresis, las auxiliares medían y nosotras controlábamos drenajes y ya nos poníamos a registrar la historia clínica, la información de la mañana (Marta, 1975:5).

5.2.4 Retos en el presente profesional

Las personas entrevistadas destacan como **retos profesionales** una mayor humanización de la práctica, la integración de la teoría y la práctica, avanzar en el desarrollo y la carrera profesional, clarificar más aún la identidad profesional, conseguir mayor comunicación entre el médico y la enfermera, conseguir un mayor reconocimiento social de la profesión. Apuntan la necesidad de que el sistema de salud reconozca y exija no sólo las destrezas técnicas de las enfermeras sino también otro tipo de conocimientos (Marta, 1975:14). Además manifiestan la importancia de no perder el contacto directo con el paciente, porque si no será realizado por otros profesionales y supondría una reducción en el número de enfermeras en el sistema de salud (Roser, 1957:9).

Uno de los peligros que veo es que se cree una especie de intelectualización de la enfermería y que ésta pierda su esencia....o sea que se aleje del cuidado directo para dedicarse a otros menesteres...entonces esto sera ocupado definitivamente por otros profesionales (Roser, 1957:9)

Creo que actualmente entre la teoría y la práctica hay una, hay una brecha, hay una brecha muy grande. Esta brecha es mayor porque antes te formabas y cuando salías seguías trabajando para lo que te habían formado. Ahora es diferente, ahora la formación es más amplia, tienes más miras. Es como si la formación hubiera subido y la asistencia no se hubiera puesto al mismo nivel que la formación... entonces, allí está la brecha. ... no han ido creciendo a la par. Creo que actualmente hay mucha diferencia entre el enfoque de formación entre escuelas del país, no hay uniformidad académica, hay muchas diferencias. (Pilar, 1969:19).

Creo que ahora hay mucha más distancia con los médicos. Antes éramos sus ayudantes y podíamos ser rebeldes pero había una cierta comunicación, ahora una distancia mayor. Generaciones

posteriores a la mía con más conciencia profesional, cuando llegaron a la práctica y se llevaron un buen chasco porque no era lo que ellos creían que iban a tener que hacer, lo pasan muy mal y cuando llegan a adquirir seguridad en las técnicas y en su responsabilidad tienen una actitud de mayor ruptura con los médicos. Quizás para reafirmar, para que no se cuestione más su identidad profesional, lo cual es fatal, porque los médicos no entienden por donde vamos y nosotros hemos sido incapaces de explicarlo y quien está perdiendo aquí es el paciente. Estoy decepcionada porque la enfermera y el médico van por libre, el médico aparece un momento, coge la historia, va a ver el paciente, sólo escribe en sus observaciones modifica las órdenes y los tratamientos lo deja por ahí, entonces la enfermera cuando vuelve de curar los tramita, pasa a limpio pero no ha habido ninguna comunicación entre ellos. A mi me parece que antes nos comunicábamos más. Pasar visita con el médico podía resultarnos ofensivo nos resultaba porque tráigame, póngame, déme, o sea yo soy el hombre y el sabio y tu eres la enfermera y la criada... claro no nos gustaba los pases de visita porque era él que nos daba la información, no admitía lo que decíamos como que este señor no ha dormido, no ha defecado, no entendía que nosotros podíamos facilitar ese tipo de información pero si lo decías es porque tu eras fuerte y atrevida, porque sabías que le molestaba que dijeras eso y no lo entendía y ponía a regañadientes el tratamiento pero es que ahora no se dicen ni eso, nunca fue una relación estupenda pero es que ahora no la hay. (Marta, 1975:12)

Otro problema es que cuando llegas a la organización no te exigen mucho de lo aprendido, sobretodo la destreza práctica. El problema de hoy no es tanto que la formación sea corta sino que el sistema sanitario tiene que avanzar. (Marta, 1975:14).

5.3 La construcción discursiva de las relaciones profesionales entre médico(s), enfermera(s), paciente(s) y familia(s)

En los apéndices 19, 20 y 21 recojo los códigos sobre la relación entre enfermera y médico, enfermera y paciente, y enfermera y familia, que aparecen en los manuales y en las entrevistas junto con las definiciones.

5.3.1 Subordinación, fiscalización y culpabilización

Como ya ha sido evidenciado a través de otros códigos, tanto en los manuales como a lo largo de las entrevistas, la relación entre la enfermera y el médico no se consideraba una relación de colaboración equitativa, sino una colaboración jerárquica, caracterizada por la **subordinación**, la sumisión, la obediencia y la dependencia de la enfermera al médico.

Como se ilustra de forma más amplia en el apéndice 22, según los manuales la relación entre el médico y la enfermera debía descansar en una eficaz, obediente y absoluta

colaboración (Miranda RM^a, 1956:45). En este trabajo en equipo, cada miembro tenía señalado el puesto que le correspondía, el médico asumía la dirección y la máxima responsabilidad y la enfermera era la auxiliar, ayudante o ejecutante inteligente de los designios terapéuticos del médico (Miranda RM^a, 1956:24; Miranda RM^a, 1956:31). La contribución fundamental de la enfermera era asegurar el trabajo del médico, garantizando la exacta aplicación de sus métodos, y recoger y comunicar los datos que pasaban inadvertidos (Miranda RM^a, 1956:44). Es decir, obedecer de forma pronta, íntegra, gustosa, constante y colaboradora (Castañeda P, 1975:82) las órdenes recibidas por el médico, al que debía dar un trato de discreción, deferencia, lealtad y respeto, como la reverencia que un inferior debe tener hacia un superior (Rey J, 1974:117). En esta relación de subordinación a la enfermera se la consideraba “la prolongación del cerebro y de la mano del médico” (Miranda RM^a 1956:46; Miranda RM^a 1964: XXXI).

Se reconocía la necesidad de colaboración y compenetración entre ambos profesionales para la consecución de un mismo fin, la salud del enfermo, pero conservando cada uno el puesto que le correspondía, el médico como jefe y responsable y la enfermera como ejecutora (Rey J, 1957:84).

Si la relación entre ambos profesionales no se construía en base a la dependencia y la lealtad, la relación terapéutica podría ser problemática (Castañeda P, 1975:82), e incluso se podía poner en peligro la curación del enfermo (Miranda RM^a, 1956: 45; Miranda RM^a,1964: XXX). En este sentido, la mayoría de los autores (Miranda RM^a, 1956: 25; Rey J, 1957:83; Miranda RM^a, 1964: XXX; Castañeda P, 1975:82) reconocen en sus manuales que debido al desarrollo de la tecnología y del campo de la investigación médica es evidente que el médico necesita la ayuda y colaboración de ayudantes bien instruidos y fieles como los ATS.

El trabajo en equipo, en el que cada miembro que lo integra tiene señalado el puesto que le corresponde, y cada función está perfectamente determinada. El médico ocupa el lugar preeminente de la dirección y el de máxima responsabilidad; a él le corresponde tomar las últimas decisiones y es él quien proporciona los medios de curar al enfermo. El ATS es la prolongación del cerebro y de la mano del médico (Miranda RM^a, 1956:46; Miranda RM^a,1964: XXXI).

El ATS debe obedecer al médico con sumisión perfecta. De ejecución y de juicio. El médico es superior, representante de Dios; y el ATS es subordinado suyo. El médico lleva la dirección de la cura y asume la responsabilidad. De ordinario, el médico por su ciencia y capacidad es obedecido ciegamente; sin embargo, pudiera darse el caso en que se dudara de su competencia. Aun entonces

el ATS debe someter el propio juicio, pues el que asume la responsabilidad última es el médico. (Rey J, 1974:115).

Se está realizando la transición del médico de cabecera al gran equipo técnico de médicos y ayudantes en los hospitales modernos, y más aún en el campo de la investigación médica; se está llegando a la socialización de la profesión. Es evidente que el médico necesita ayuda y colaboración. Y ambas cosas las encontrará fundamentalmente en los ATS masculinos y femeninos. (Castañeda P, 1975:82).

En las entrevistas siguen apareciendo referencias a la relación de subordinación entre enfermera y médico. El trato del médico hacia la enfermera era como el de un jefe de una nación que la gobierna sin más normas que su voluntad. Su relación profesional era cordial y respetuosa, siempre y cuando la enfermera cumpliera sus órdenes.

Mandaba sobre todos. Si TÚ les hacías caso a lo que ellos querían y veían que tú les hacías lo que querían entonces te trataban bien. El problema era si no habías hecho lo que ellos querían y tal como querían. (Nati, 1952:34).

Esta claro que dependíamos de los médicos y que solamente hacíamos higienes, no sé qué, no sé qué, todo lo demás lo mandaban los médicos. La enfermería estaba totalmente subordinada (Pilar A, 1966:11).

Entonces, e-e-eh, tu tenias que hacer lo que el medico dijera, y lo que tú hacías era lo que el medico decía, entonces eso la sociedad lo sabia, que tú eras como una ejecutora de lo que el medico decía. Yo lo veía así. (Pilar, 1969:16).

Con los médicos había una distancia siempre. Eran bastante soberbios en la actitud, nos trataban de niñas, éramos casi todas muy jóvenes. Teníamos muy buena relación entre enfermeras, auxiliares y celadores; no había técnicos en el hospital y administrativos había pocos pero con los que había también y después estaban los médicos que eran una cosa aparte. Nos llamaban niñas, niña tráeme esto, niña tráeme lo otro, nos indignaba bastante a algunas, a otras menos porque era como un paternalismo. (Marta, 1975:4).

En los manuales y en las entrevistas también se hace referencia a la **fiscalización y culpabilización** del médico sobre el trabajo de la enfermera. Según los manuales, ante un olvido, un retraso o una falta, se culpabilizaba a la enfermera de poner en peligro la confianza que el médico depositaba en ella e incluso de traer consecuencias graves en la curación del enfermo (Rey J, 1974:57). En los manuales, la inspección y vigilancia del trabajo de la enfermera se aseguraba mediante el deber de la enfermera de confesar “con

prontitud y llaneza” (Rey J, 1957:81) cualquier falta al médico para que éste pusiera remedio (Rey J, 1957:56).

Se consideraba que aunque la conducta de la enfermera pudiera suponer recibir alguna “represión del médico, era ventajosa para la propia estima y confianza de la enfermera” (Rey J, 1957:81; Rey J, 1957: 116). Pero de lo contrario, si la enfermera observaba algún olvido u omisión por parte del médico, ésta debía callarse y obedecer (Rey J, 1974:115), y en todo caso con excepcional discreción “acudir en socorro de su memoria con ligeras indicaciones”, para no disminuir su prestigio profesional (Miranda RM^a, 1956:46, Miranda RM^a, 1964: XXI).

Cuando la tardanza en atender al enfermo puede tener consecuencias graves. No darle una medicina a tiempo, no poner una inyección, puede inutilizar el remedio, retardar la curación o empeorar la enfermedad; acaso precipitar la muerte. (Rey J, 1974:57).

Si por alguna causa, más o menos culpable, la enfermera hubiera cometido algún error o descuidado alguna orden recibida, confiese la falta al médico con prontitud y llaneza; pues de lo contrario podría causar perjuicios al enfermo. Esta conducta será ventajosa para la enfermera; pues aunque reciba alguna represión del médico, ganará su estima y confianza por la sinceridad con que ha precedido. (Rey J, 1974:116).

El ATS manifestará el respeto con sumisión al oír las advertencias que haga y las disposiciones que dé. En adoptar delante de él actitudes reverentes. En no comentar su conducta de manera que decaiga su prestigio profesional. En no divulgar las equivocaciones que pudiera tener. En recibir con serenidad las represiones más o menos justificadas. En momentos de apuro y o de fatiga por el excesivo trabajo, el médico puede adoptar una actitud semejante. Pasado el chubasco, el médico reconocerá su falta y la estima de la enfermera crecerá en su interior. El respeto ha de manifestarlo sobre todo cuando tenga que hacerle alguna advertencia necesaria. (Rey J, 1974:117).

A lo largo de las entrevistas, sigue apareciendo la vigilancia y fiscalización del trabajo de la enfermera por parte del médico y la culpabilización de la enfermera por cualquier retraso o contratiempo. Como ilustran las siguientes citas, la enfermera tenía la obligación de hacer lo que el médico ordenaba y podía recibir castigos o culpas ante cualquier cosa que no funcionara como estaba previsto, como ser advertida y ridiculizada delante de los pacientes (Nati, 1952:9).

Un día haciendo una cura se me enganchó el esparadrapo y que dijo [voz imitada] NO SIRVES NI PARA PONER UN ESPARADRAPO, lo peor de todo fue que me lo dijo delante del

enfermo, si me lo hubiese dicho entre nosotros hubiese sido diferente. Las enfermeras teníamos que aguantar y aguantar. (Nati, 1952:35).

Levantaba la cura, pues si estaban los puntos infectados pues me llamaba a mí o a la otra enfermera y decía [voz imitada] esto no puede ser ¿entiendes? Y así nos echaba una bronca... (Pablo, 1967:8).

Vivíamos la relación con los médicos la de.....esas personas vigilantes, reñidores, que fiscalizan. En parte con los años lo he entendido mucho más, o sea, es terrible que lo que tú creas que debes hacer sólo lo puedes hacer a través de otro. Y esto lo descubres cuando diriges equipos. Es una frustración cuando has encontrado el tratamiento más adecuado y que después no se haya sabido hacer bien debe ser muy frustrante (Marta, 1975:8).

Es importante destacar que en los manuales se ponía un énfasis especial a las **relaciones de género** entre los profesionales, sobretudo cuando el médico era un hombre y la enfermera una mujer. Se consideraba que “el trato íntimo y prolongado de un hombre con una mujer siempre encierra algún peligro” (Rey J, 1974:118).

En estos casos se debían evitar las relaciones más allá de lo profesional para impedir que “la colaboración no degenerase en familiaridad ni exceso de confianza” (Miranda RM^a, 1956:47; Miranda RM^a, 1964: XXXI) y para “evitar que las fronteras entre superior y subordinado dejaran de existir” (Rey J, 1957: 87). Los intereses y las consecuencias de estas relaciones más allá de lo profesional eran diferentes para ambos profesionales. La enfermera se podía sentir tentada de “contraer matrimonio con un médico para salir de su puesto con miras a un porvenir igual” (Rey J, 1957:87) y el “médico perdería su autoridad” mientras que “la enfermera quedaría desacreditada y desprestigiada” (Rey J, 1957:87).

Este es un problema que requiere singular relieve, en especial cuando se trata de un médico y una enfermera han de poner excepcional cuidado para que el ambiente de colaboración no degeneren en familiaridad ni exceso de confianza. Precisamente porque son dos seres de distinto sexo que conviven largas horas, siendo partícipes de los mismos anhelos, preocupaciones, alegrías y tristezas, han de poner especial cuidado para que el ambiente no degeneren. Dentro y fuera del ejercicio profesional, la sociedad señala a cada uno el puesto que le corresponde, como jefe el médico, como subordinado el ATS. (Miranda RM^a, 1956:47; Miranda RM^a, 1964: XXXI).

El trato social con el médico fuera de ejercicio profesional es un asunto de importancia cuando el Ayudante Técnico es una enfermera. El trato constante y la íntima colaboración en que trabajan el médico y la enfermera pueden ser causa de que las fronteras de superior y subordinado que deben

existir entre ambos desaparezcan. Añádese que no son raros los matrimonios entre médicos y enfermeras, lo cual puede ser una tentación para que la Ayudante salga fuera de su puesto con miras a un porvenir igual. El trato continuado e íntimo entre un hombre y una mujer siempre encierra algún peligro. Esto puede dar ocasión a que terminado el trabajo profesional la enfermera y el médico cultiven una confianza excesiva con detrimento del prestigio de ambos. El médico perdería mucho de su autoridad y la enfermera quedaría desacreditada y desprestigiada. Conserve ésta una actitud seria y respetuosa durante el ejercicio de la profesión y fuera de él; de modo que no haya motivo ninguno para críticas fundadas y ni siquiera para sospechas con apariencia de fundamento. (Rey J, 1957:87; Rey J, 1974:118).

También puede tener peligros con los médicos a quienes trata con cierta intimidad y familiaridad, todos los días y largas horas al día. Para evitar tantos peligros necesita mucha circunspección en las palabras y en toda su conducta. Evite familiaridades y confianzas excesivas, hágase respetar, respetando ella a todos. No sólo lo malo, pero ni dé fundamento para que sospechen nada malo de ella. (Rey J, 1974:72).

5.3.2 La mediación entre el médico y el paciente

En los manuales se hace referencia al papel de la enfermera como **intermediaria** en la relación profesional entre médico y enfermera, y entre el médico y el paciente. La enfermera era el cauce por el que llegaba al paciente la inteligencia y la ciencia del médico, y al médico las inquietudes y necesidades del enfermo. Se la consideraba un “puente tendido entre médico y enfermo” (Castañeda P, 1975:81) e “intérprete fiel y ejecutor exacto de las disposiciones médicas” (Rey J, 1974:88).

A través de este cauce pasan al enfermo la inteligencia y la ciencia del médico, y también por su mediación, llegan al médico las inquietudes y necesidades del enfermo. (Miranda RM^a, 1956: 44; Miranda RM^a, 1964: XXX).

Es el intermediario entre el médico y el enfermo. En ocasiones el único intermediario. Por medio de él llegan al enfermo las disposiciones del médico; y llegan al médico las preocupaciones y necesidades del enfermo. Es como la prolongación del médico en ausencia de éste. (Rey J, 1957:83; Rey J, 1974:113).

A las ATS se les ha comparado a un puente tendido entre médico y enfermo, a través del cual pasan las prescripciones facultativas y las necesidades del enfermo; es como una prolongación del médico en todas aquellas circunstancias en que su presencia física no es necesaria; en definitiva, un

colaborador y auxiliar del médico, a quien se siente unido por un contrato más o menos explícito, en orden a conseguir la salud del enfermo. (Castañeda P, 1975:81).

5.3.3 Resistencias en las relaciones entre médico y enfermera

En las entrevistas emergen códigos relativos a los cambios que fueron apareciendo en las relaciones entre enfermeras y médicos. La mayoría de estos cambios hacen referencias a las resistencias y luchas que iban planteando las enfermeras, y a las consecuencias y efectos de estas resistencias, como el distanciamiento y falta de comunicación entre los profesionales.

En las entrevistas se hace referencia a la **resistencia y lucha frente a la subordinación**. Algunas enfermeras empiezan a cuestionarse y a rebelarse ante las prácticas de subordinación que algunas enfermeras siguen realizando y al trato autoritario de algunos médicos. Las enfermeras trataban de clarificar sus funciones, sus competencias y su papel en relación al médico y a acceder a mayor información sobre el estado de los pacientes. Las enfermeras entrevistadas manifiestan que llevaban a cabo estas luchas con cierto miedo a quedarse sin trabajo y porque en ocasiones carecían de un criterio firme propio para hacerlo (Nati, 1952:31; Pilar, 1969:8), y podría ir en detrimento de la buena atención de los pacientes.

Según las entrevistadas, esta resistencia era interpretada por algunos médicos como una confrontación o intento de la enfermera de “pasar por encima de ellos” (Cata, 1956:5) o de asumir sus funciones. En cambio, también manifiestan que de forma puntual, algunos médicos comprendieron que las enfermeras lo que trataban era de hacer su trabajo en lugar del de otros (Cata, 1956:8).

Yo intentaba explicarles que ellas no eran las criadas de los médicos ni de nadie...que no dependían del médico, sino del paciente. Si el médico le decía llevame la taza de café, podían decir QUE NO. Si no querían no tenían que hacerlo, no tenían que hacerlo....teníamos que cambiar las cosas y los pensamientos (Pilar M, 1966:3).

Un día un médico me dijo, usted cree que sabe mucho [voz imitada], y yo digo mire, yo he venido de otro país y lo que me doy cuenta es que aquí a las enfermeras las tenéis a un nivel, poco menos que de-de cha-cha. Esto quizás lo podías hacer cuando estábamos las hermanas, que éramos hijas de la caridad y teníamos que practicar unas virtudes que nos encargaban, pero esto ha cambiado... yo soy una profesional y yo tengo que ejercer mi profesión. Y él me respondió, bueno, pero esto no es América [voz imitada], pero... si no se trata de eso... es que ustedes a la enfermera la han cogido y se creen que es una propiedad suya, hazme esto, hazme aquello, hazme lo otro, y la enfermera no

es para esto... no es para esto, es para colaborar con usted, usted haga el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, y nosotras nos encargamos de cuidar al enfermo, que para eso la enfermera se ha formado. (Cata, 1956:5).

Algunos médicos, incluso en Madrid nos llegaron escritos del colegio de médicos, nos acusaban de querer ser mini médicos y estas cosas. Y en realidad nuestra argumentación era que la enfermería era otra cosa distinta a la medicina y que no queríamos ser mini médicos (Pilar A, 1966:9).

Hubo una época de mucha lucha con los médicos, en el sentido de que no pusieran en las órdenes médicas todo aquello que fueran cuidados del enfermo. No tolerábamos que pusieran que debíamos levantar a un enfermo, aspirar secreciones, tomar tensiones o medir diuresis (Cristina, 1968:4)

No nos gustaba nada que las enfermeras antiguas les prepararan el café, les fueran a buscar la bata a la lencería, y las de mi generación nos rebelábamos mucho ante esto. Queríamos una igualdad de condiciones y eso no se daba, planteamos una cierta lucha. Y al final los que se portaban bien, digamos que normal, tomábamos café con ellos. Pero... nos seguía dando miedo llamarles en situación de urgencia, tenías que estar bastante segura porque si llamabas y él consideraba que no era una urgencia se permitía un bronca, era como pasar un examen. Pero en general yo y mis compañeras teníamos una postura bastante fuerte, ante la duda llamábamos siempre. Si alguna enfermera le llamaba tarde por miedo, defendíamos la seguridad del paciente. Al igual que discutíamos que la historia clínica era del paciente, independientemente que el hospital la custodiara y esto era revolucionario ellos creían que era suya. (Marta, 1975:4).

Toda mi lucha fue con los médicos, que a veces no entendían que no teníamos condiciones para hacerlo lo mejor posible. Además no querían compartir información, NO DABAN IMPORTANCLA a la nuestra profesión. (Marta, 1975:4).

En las entrevistas también se apunta que la relación entre enfermera y médico iba siendo de cada vez más **distante**. La enfermera trataba con esta distancia de evitar someterse a la autoridad o al paternalismo médico y en algunas ocasiones a su trato irrespetuoso, y el médico la mantenía para tratar de no perder su status de dominio y privilegio. Esto dificultaba compartir información sobre la situación de los pacientes, trabajar en equipo y en definitiva ponía en peligro la atención global a los pacientes.

El medico no reconocía el ATS, pero el ATS reconocía al médico. Siempre era un trato de superior. Tratar al superior, entonces, siempre era con un cierto temor, si podías evitarlo mejor, por eso porque cuando no hay un acercamiento, pues te cuesta, entonces, bueno, casi te sorprendían las

compañeras que estaban: [Voz imitada] “Dr. Fulano, Dr. Mengano”, con una naturalidad digamos, porque siempre había mucha distancia, había mucha distancia. (Pilar, 1969:13).

Toda mi lucha fue con los médicos, que a veces no entendían que no teníamos condiciones para hacerlo lo mejor posible. Además no querían compartir información, NO DABAN IMPORTANCIA a la nuestra profesión. (Marta, 1975:4).

En general creo que no había ningún reconocimiento por parte de los médicos, yo creo que veíamos normalmente a los médicos irritados. (Marta, 1975:8).

5.3.4 Relaciones distantes y dificultosas entre enfermero/a y paciente

Tanto en los manuales como en las entrevistas se hace referencia a la **relación distante** entre la enfermera y el paciente.

Según los manuales la enfermera debía limitarse a aplicar las prescripciones médicas sin comentar a los pacientes nada relacionado con los tratamientos ni con la propia enfermedad. La enfermera ante las preguntas de los pacientes debía ser reservada, guardar silencio y hablar de temas indiferentes (Miranda RM^a, 1956:26; Miranda RM^a, 1964: XXI; Rey J, 1974:72). La enfermera no debía mostrar al paciente lo que sabía y pensaba sobre la enfermedad u otros aspectos de su salud (Miranda RM^a, 1956:32; Miranda RM^a, 1964: XXI). El silencio era una circunstancia que servía para purificar y hacer más firmes las virtudes de caridad y verdad (Castañeda P, 1975:75).

Según los manuales para la enfermera, el paciente sólo era objeto de curiosidad y fuente de preguntas inoportunas y en ningún momento su centro de atención profesional. Por ello, debía abstenerse de hacer preguntas indiscretas y “mirar solamente lo que necesitaba ver, lo imprescindible” (Rey J, 1957:60; Rey J, 1974:70).

Esto reflejaba que el trabajo de la enfermera con el paciente se encontraba bajo el control del médico quien le autorizaba el tipo de información que podía dar al paciente (Rey J, 1957:56).

Nunca el auxiliar sanitario debe dar a entender que está enterado de alguna cosa, ni debe provocar confidencias, ni menos intentará penetrar el secreto de los corazones. Tampoco el ATS debe deslizarse en confiar sus propias impresiones, cosa que más tarde podría darle que sentir. Que reserve sus opiniones sobre asuntos concretos; lo mejor es guardar silencio o hablar de temas indiferentes. (Miranda RM^a, 1956:32; Miranda RM^a, 1964: XXI).

El Auxiliar debe frenar la curiosidad de saber cosas que no son convenientes. Debe abstenerse de hacer preguntas indiscretas que sólo pretenden satisfacer su vana curiosidad. La enfermera debe guardar el secreto médico. La enfermera debe ser discreta en las miradas. Cierre los ojos cuando no es conveniente abrirlos. No mire lo que no necesita ver. Mire solamente lo imprescindible. (Rey J, 1957:60; Rey J, 1974:70).

Ha de aprender el arte de dominar el afán de preguntas inoportunas que pudieran mortificar al enfermo. Se ha dicho que el silencio es el crisol en el cual se purifica la palabra, que pierde peso y profundidad con la locuacidad. El ATS ha de ser reservado para callar lo que sabe del enfermo y su familia; para callar lo que piensa sobre la enfermedad del paciente. Y sobre todo, porque sin la salvaguarda del secreto, la verdad pierde el brillo de la caridad. (Castañeda P, 1975:75).

En las entrevistas, las enfermeras siguen haciendo referencia a la relación distante con el paciente. La enfermera no daba información al paciente, fundamentalmente le sometía a los tratamientos y a las pruebas necesarias. Además, manifiestan que apenas existía una relación con el paciente y con la familia (Marta, 1975:1). El paciente era un sujeto pasivo y en condiciones de inferioridad. Como ilustran las siguientes citas, era una persona que se dejaba cuidar, que no participaba en sus cuidados, que no tomaba decisiones sobre su situación y que aceptaba sin preguntar lo que le decían u ordenaban médicos y enfermeras (Antonia, 1960:23; Carmen, 1961:23).

Los pacientes...claro al estar enfermos estaban en condiciones de inferioridad, se sentía que dependía de otra persona. Ellos pensaban que tú lo tenías que hacer todo. (Nati, 1952:27).

Entonces no había nadie que protestara... pero yo creo que-e-e en principio era por-por ignorancia porque si la gente ignora no tiene poder para-a-a...-para comprender si las prácticas médicas y-y de enfermería y esto son buenas o MALAS. De todos modos la gente no participaba... en sus cuidados... Las que impartíamos los cuidados éramos las enfermeras, el enfermo ERA totalmente era un-era un ser pasivo que se dejaba cuidar y que le decías [voz imitada] "usted se toma la pastilla" y se la llevabas a la boca pero él prácticamente no-NO COOPERABA. (Carmen, 1961:23).

Nos hacían caso en todo, tu les decías [Voz imitada] no puede comer esto y nos hacían caso, y ya está, es decir se fiaban de nosotros de lo que les decíamos. (Pablo, 1967:15).

Únicamente en los manuales la relación entre enfermera y paciente se consideraba **difícil**. El paciente era considerado una víctima de sus padecimientos y de las consecuencias de la enfermedad (Miranda RM^a, 1956:28; Miranda RM^a, 1964: XIX), que le

transformaban y agudizaban los defectos y le alteraban “las facultades superiores y anímicas más importantes” (Miranda RM^a, 1956:36; Rey J, 1974:92). Como ilustran las siguientes citas, el paciente se consideraba una persona de gran variabilidad temperamental, débil, infeliz, apenada, irritable, suspicaz, desconfiada, impaciente, impertinente y que podía obstaculizar el trabajo de la enfermera. Por ello, se consideraba que la enfermera debía llevar optimismo y alegría a la cabecera de la cama de los enfermos (Miranda RM^a, 1956:38).

Su voluntad se encuentra anulada y sensiblemente disminuída a consecuencia de sus padecimientos. Se vuelven débiles y quejumbrosos como niños en cuanto se sienten aquejados de cualquier dolencia, desean que aquellos que les rodean vivan pendientes de ellos, les imponen su momentáneo capricho, y tan pronto les hacen blanco de su cariño como de su animadversión. El recelo, el egoísmo, el mal humor, hacen presa de los enfermos, convirtiéndolos en personas de gran variabilidad de temperamento. (Miranda RM^a, 1956:36; Miranda RM^a, 1964: XXIV).

Con quien ha de ejercitar la paciencia principalmente ha de ser con el enfermo. El enfermo es impaciente y hace ejercitar la paciencia. El Ayudante sanitario debe tener paciencia para escucharle, para atender sus preguntas y sus largas respuestas, sus explicaciones aunque sean inútiles, sus curiosidades. El ansia de curar, el estado de preocupación y de tristeza le hacen impertinente. El enfermo se cansa de todo. Le cansa una misma postura, el régimen alimenticio, la medicación prolongada. (Rey J, 1957:54; Castañeda P, 1975:74).

El enfermo suele ser impaciente y hace ejercitar la paciencia. Son efectos de la enfermedad. El ansia de curar; el estado de preocupación y de tristeza le hacen impertinente. El enfermo se cansa de todo, de la postura, del régimen alimentario, de la medicación prolongada. La espera se le hace insoportable: llama con urgencia, repite las llamadas, se incomoda por la menor tardanza. Hay enfermos que exigen de la enfermera dosis extraordinaria de paciencia, como los neurasténicos e histéricos con sus manías persistentes e irracionales. (Rey J, 1974:63).

5.3.5 La relación enfermera y paciente, entre el consuelo y la disciplina

Relacionado con algunos códigos sobre la profesión de enfermería, como el cuidado espiritual o la salvación de las almas y el mantenimiento de la disciplina, en los manuales se transmitía la idea de que una de las finalidades de la relación entre la enfermera y el paciente debía ser “proporcionar **consuelo** y disipar las preocupaciones del alma” (Rey J, 1957:54; Rey J, 1974:74). Esto debía conseguirlo a través de la palabra, pero sin dar explicaciones a las preguntas que éste pudiera hacerle. Es decir, se trataba de escuchar y mostrar interés por

lo que decían los pacientes pero evitándoles cuando pedían explicaciones que no debían darse (Miranda RM^a, 1956:26; Rey J, 1957:54).

En los manuales también se aportaban detalles de cómo la enfermera debía tratar al paciente. Por un lado, frente a la suspicacia y el temperamento de algunos pacientes debía comportarse con el máximo respeto posible, con un trato servicial, generoso, atento, bondadoso y comprensible. La enfermera además de dar muestras de seguridad, tranquilidad, paciencia, delicadeza, bondad y optimismo debía ser flexible en el trato con el paciente. La enfermera debía “tratar a cada enfermo como exigía su edad, sexo, condición social, su carácter y su estado de salud” (Rey J, 1957:73), incluso acomodarse “en la mayor medida posible a su manera de sentir y pensar y no contrariar sus opiniones” (Miranda RM^a, 1964: XXV). Cuando la enfermera se relacionaba con un hombre su trato debía ser varonil, con seriedad impregnada de bondad, cuando se relacionaba con una mujer debía ser cortés, dulce, tierna, compasiva y respetuosa, con los niños debía ser maternal mostrándole caricias, sonrisas y bromas y, con los ancianos, condescendiente, comprensiva y tolerante (Rey J, 1957:73; Rey J, 1974:69).

Hay que escucharle y mostrar interés por lo que dice; así le proporcionará consuelo. Debe oír con calma y rechazar con suave ironía sus posibles acometidas cuando pide explicaciones que no deben darse. (Rey J, 1957:54).

El modo de tratar al hombre ha de ser varonil: con seriedad impregnada de bondad. La mujer tiene cualidades peculiares: imaginación viva. Sensibilidad fina. Extremada movilidad. Por consiguiente, gran prontitud para reaccionar al impulso de la emoción; y al mismo tiempo acusada tendencia a la inconstancia y al desaliento. Pasa rápidamente de un estado de euforia a otro de represión. Hay que tener en cuenta también el humor extravagante y antojadizo de algunas, debido a las funciones fisiológicas y periódicas propias del sexo. A la mujer le gustan las muestras de cariño, las palabras tiernas, la dulzura, las manifestaciones de compasión, la paciencia para escuchar sus historias y lamentaciones. Con los niños que no han llegado al uso de la razón, el trato ha de ser maternal. Dominado por sus impresiones y caprichos, el niño sólo se manifiesta dócil y confiado cuando se le trata de manera semejante a la de su madre: caricias, sonrisas, bromas inocentes, lenguaje apropiado a su edad y todo aprendiendo el arte de aprovechar la extrema movilidad de sus impresiones. Con el anciano son necesarios mayores miramientos. Hay que defenderlos de ellos mismos, combatiendo las costumbres viciosas, que son perjudiciales a su salud. Sobre todo, hay que tratarlos con deferencia y colmarlos de atenciones, ya que se ven muy

desatendidos en el mundo. En ocasiones habrá que defenderlos de los que los rodean y sólo piensan en explotarlos para satisfacer su egoísmo. (Rey J, 1957:73; Rey J, 1974:69).

En todo lo que no sea contraindicado para el tratamiento del enfermo, se debe procurar seguir sus preferencias, acomodarse en la mayor medida posible a su manera de sentir y pensar, no contrariar sus opiniones y concederle los pequeños caprichos sin trascendencia que se le ocurran. (Miranda RM^a, 1964: XXV).

En los manuales se transmitía la idea de que las enfermeras debían someter al paciente a una **disciplina**. No debía enfrentarse bruscamente con el enfermo sino ser indulgentes, demostrarle simpatía, actuar con firmeza, tacto y delicadeza para tratar de “iniciarle en el espíritu de la disciplina, sometiéndole con docilidad a cuantas órdenes tenga que recibir” (Miranda RM^a, 1956:37; Miranda RM^a, 1964: XXV). Con conductas de persuasión y autoridad se trataba de conseguir su respeto (Rey J, 1957:68), “una entrega completa y una obediencia dócil” (Rey J, 1957:57; Rey J, 1974:89).

No hay que enfrentarse bruscamente con el enfermo para desarraigar. Hay que ser indulgentes, demostrarle simpatía y hacer toda clase de esfuerzos para granjearse su amistad, después, con tacto y delicadeza, habrá llegado la hora de hacerle ver lo equivocado de su actitud, iniciarle en el espíritu de la disciplina, para que termine sometiéndose con docilidad a cuantas órdenes tenga que recibir. (Miranda RM^a, 1956:37; Miranda RM^a, 1964: XXV).

La enfermera necesita ser bondadosa. Esta virtud gana el corazón y la confianza del enfermo; consigue de él una entrega completa y una obediencia dócil a la enfermera bondadosa. (Rey J, 1974:67).

Son éstas situaciones en que el ATS ha de poner de manifiesto su auténtica firmeza. Primero, usando la persuasión; llevando al ánimo del enfermo, con palabras convenientes, lo absurdo de su postura caprichosa; que el hombre es capaz de casi todo lo que se propone; que la voluntad necesita ejercicio para no anquilosarse; que no tiene sentido su indecisión y temor al fracaso....Se esforzará el ATS en fortalecer sus convicciones, reanimar sus energía, inducirle a la constancia... Más si estos medios persuasivos fracasaran, el ATS recurrirá a su autoridad, imponiéndola con energía. Si a pesar de todo persiste la terquedad de enfermos y familiares, podrá llegar el ATS a la intimidación: comunicación al médico, con la posible indignación de éste. (Castañeda P, 1975: 81).

5.3.6 Reconocimiento emocional de los pacientes al trabajo de los/as enfermeros/as

Las recompensas espirituales que según los manuales debía recibir la enfermera son substituídas, según las enfermeras entrevistadas por un ***reconocimiento emocional*** de los pacientes y familiares a su trabajo. Los pacientes reconocían del trabajo de las enfermeras fundamentalmente los aspectos de carácter más emocional y relacional, como la dedicación, la buena atención, la entrega, y la amabilidad de las enfermeras.

Yo creo que los pacientes nos valoraban mucho...nos valoraban mucho la verdad es que sí, nos querían mucho, era normal pasábamos mucho tiempo con ellos, muchas fatigas juntos, les habías atendido y dedicado mucho tiempo... y-y-y un paciente cuando se fue dijo [voz imitada] “mientras viva, cada primero de mes les vendré a ver”. (Nati, 1952:31).

Yo creo que para el paciente, sea ATS o sea practicante o sea enfermera, el paciente ha reconocido nuestro valor. De una manera o de otra, siempre hemos estado reconocidas por el paciente. (Pilar, 1969:13).

Yo creo que nos valoraban bien. Cuando eras amable, yo siempre noté mucho el agradecimiento de los pacientes, creo que son verdaderamente pacientes. Yo procuré siempre ser amable, creo que son agradecidos. Incluso a veces los pacientes nos pedían perdón porque tenías que hacer cosas, o sea que llamara a las 4 de la mañana. Los pacientes te decían que eras estupenda porque los habías atendido muy bien, yo creo que había un reconocimiento. (Marta, 1975:7).

5.3.7 La familia, un obstáculo en la práctica de las enfermeras

En los manuales la familia era considerada un ***obstáculo***, un estorbo o un punto difícil en el trabajo de la enfermera (Miranda RM^a, 1956:39; Miranda RM^a, 1964: XXVII; Castañeda P, 1975:81). Según los manuales algunos familiares son personas con educación poco esmerada, con un estado psicológico que les hace impertinentes y caprichosos (Rey J, 1974:109). Las familias eran consideradas personas exigentes, que observaban todo lo que hacía la enfermera, que acompañaban constantemente al enfermo, le pedían explicaciones sobre todo, que querían imponer su criterio e intentaban manejar a la enfermera conforme a sus deseos (Castañeda, 1975:81). Además, se consideraba que con su comportamiento podía perjudicar y entorpecer el reposo y la recuperación del paciente (Miranda RM^a, 1956:42; Miranda RM^a, 1964: XXVIII).

Hay parientes que intentan situarse en la habilitación del doliente y observar con ojo crítico cuanto allí sucede. Ellos piden explicaciones sobre el plan curativo, discuten las disposiciones del médico o

protestan contra tal o cual medicamento que, en cierta ocasión por ellos conocido, favoreció poco a otro enfermo, a veces consideran inadecuada la dieta alimenticia, gradúan a su modo la luz, cierran las ventanas e impiden la aireación necesaria, o bien intentan dar al enfermo otra postura que imaginan más favorable para él. Los familiares del enfermo son, con frecuencia, uno de los puntos difíciles para el ATS. (Miranda RMª, 1956:39; Miranda RMª, 1964: XXVII).

Los familiares del enfermo son, con frecuencia, uno de los puntos difíciles para el Ayudante Técnico Sanitario. El cariño hacia el paciente los llena de inquietudes, y esta ansiedad constante se traduce en exigencias intempestivas que pueden hasta entorpecer la labor del Auxiliar Sanitario. (Miranda RMª, 1964: XXVII).

La enfermedad de su ser querido también les ha transformado su psicología normal: están tristes y preocupados, desconfiados e impacientes, a veces recelosos. Esta situación anímica les lleva a un comportamiento típico que el ATS debe observar: afán de acompañar constantemente al enfermo, atención obsesiva a cuanto se habla y se hace con él; critican las disposiciones facultativas, piden explicaciones de todo, toman determinaciones por su cuenta, intentan manejar a la enfermera conforme a sus deseos... (Castañeda P, 1975:81).

En los manuales y en las entrevistas la familia no era considerada como un **sujeito de cuidados** por parte de la enfermera, únicamente lo era en situaciones especiales, de urgencia o gravedad. Según los manuales la familia era fuente de información sobre necesidades y preferencias de los pacientes que se usaba cuando no se habían podido resolver cuestiones relativas a la salud del paciente. Como era fuente de tranquilidad, confianza y seguridad para el paciente se sugería que la enfermera se ganara la simpatía y la confianza de la familia

Conviene establecer una especie de corriente de simpatía entre el ATS y el paciente y sus familiares; porque la tranquilidad espiritual del enfermo descansa mucho en la sensación de confianza que su familia demuestra hacia el personal médico y sanitario que le atiende. (Miranda RMª, 1956: 41).

Si la enfermera es perspicaz y observadora, encontrará en estos allegados una fuente de datos relativos a las necesidades o preferencias individuales del enfermo, que tal vez pueda adaptar a los cuidados presentes. (Miranda RMª, 1956: 40; Miranda RMª, 1964: XXVIII).

El ATS debe saber comprender su estado anímico y prestarles ayuda; derrochar paciencia ante sus impertinencias y quejas, callar lo que el médico no quiere que se sepa, satisfacer sus justas exigencias... Pero ha de tener energía para llevar adelante las prescripciones médicas y avisarles cuando haya verdadera gravedad. (Castañeda P, 1975:80).

En las entrevistas, siguen apareciendo referencias a que la familia no era un sujeto de cuidados para la enfermera. Ellas reconocen que las familias “no eran parte de nuestro trabajo” (Marta, 1975:9). Cuando la enfermera se comunicaba con la familia y recogía información sobre las preferencias o gustos de los pacientes, lo hacía sin un método, y sin conciencia de incorporarla como sujeto de atención. La familia se tenía en cuenta cuando el paciente vivía una situación crítica o considerada especial.

Quizás hablábamos con la familia cuando era importante saber porqué no comía el enfermo, eh?, lo comentabas con la familia... porque no sabíamos porque no le gustaba o porqué no tenía hambre. (Nati, 1952:35).

Yo creo que no teníamos una relación con los pacientes, ni con las familias, porque allí no había familias no se permitía la entrada a familias más que las dos horas de la visita... La familia nos permitía tener más información del paciente, si había dormido bien, si había comido bien, si eso se consideraba necesario pero casi era como algo que hacías por educación no se te exigía la responsabilidad de haber vigilado esos aspectos ni de haber respondido en casos de problemas. (Marta, 1975:1).

La relación con las familias no era entendida como parte de nuestro trabajo. Podíamos preguntar ¿Quién le va a venir a ver? Pero no hacíamos un trabajo serio de ver si se sentían atendidos apoyados. Y a la familia si la teníamos en cuenta era en situaciones críticas. (Marta, 1975:9).

Finalmente, en los manuales y en las entrevistas la relación entre la enfermera y la familia estaba basada en una cierta **disciplina** y autoridad. Según los manuales, la enfermera debía imponerse a la familia con “firmeza para hacer cumplir las órdenes que había recibido del médico” (Rey J, 1957:81), y si la familia ponía alguna dificultad, la enfermera podía usar procedimientos de “persuasión e intimidación” (Miranda RM^a, 1956:43). Se entendía que para que todo fuese bien la familia debía someterse “estrictamente a la disciplina” (Miranda RM^a, 1964: XXVIII). Esta disciplina y autoridad se ejercía a través del cumplimiento de normativas, como por ejemplo el cumplimiento estricto de los horarios de visita (Miranda RM^a, 1964: XXVIII).

Es de esperar que el buen juicio de los familiares y visitantes no lleve su resistencia hasta este grado extremo. Pero si fuere preciso, si los procedimientos de persuasión no dieran el resultado apetecido, habrá que desalojar a los importunos por medios más vigorosos, imponiéndose a ellos con energía y usando toda la fuerza de carácter que sea necesaria. (Miranda RM^a, 1956: 43; Miranda RM^a, 1964: XXIX).

En los hospitales y centros oficiales de sanidad, donde los días y las horas de visita están fijamente marcados, no hay más que someterse estrictamente a la disciplina para que todo vaya bien. (Miranda RM^a, 1956:42; Miranda RM^a, 1964: XXVIII).

El Ayudante Sanitario debe imponerse con firmeza para hacer cumplir las órdenes que ha recibido del médico. Hágales ver que las disposiciones facultativas todas ellas van encaminadas al mayor bien de aquella persona a la que tanto estiman; que con apariencias de amor y de cariño le están ocasionando un mal: que se fatigue el enfermo y se retrase la curación. Si después de exponer delicadamente las razones no consiguiera nada, llegue a la intimidación, si es necesario. Diga las consecuencias fatales que puede tener tal conducta. Que el médico, justamente indignado, tome una actitud de abandono y que el mismo Ayudante siga la misma conducta, dejándoles a su responsabilidad las consecuencias que se sigan al enfermo. (Rey J, 1957:81).

En las entrevistas, siguen apareciendo referencias a la autoridad con la que se relacionaban con las familias y en concreto a la disciplina con las que se dirigían a ellas para tratar de que éstas cumpliesen con las normativas, sobretodo las relativas a los restrictivos horarios de visitas, a pesar del impacto que esto pudiera tener sobre el paciente.

En aquella época no dejábamos estar a los familiares, por normativa-por normativa, sólo podían venir por la tarde m-m de las tres a las cinco. (Nati, 1952:29).

Éramos muy rígidos con las visitas de familiares, los pacientes estaban muy solos. (Marta, 1975:2).

En los años en los que trabajé allí, conseguimos que cuando un paciente que se estaba muriendo, el jefe de servicio permitiera la estancia del familiar las 24 horas. Eso fue por una petición de los profesionales pero quizás en eso si éramos un poco insensibles... pero la gente aceptada que al hospital sólo se iba a horas de visita porque asumían muy bien que al hospital no se podía molestar a los pacientes. (Marta, 1975:3).

5.4 Factores contextuales en la construcción discursiva

En el apéndice 23 recojo los códigos sobre los factores contextuales, que aparecen en las entrevistas junto con las definiciones.

5.4.1 Contexto sociopolítico

Las profesionales entrevistadas, quienes ocuparon cargos relevantes o lideraron proyectos significativos en el ámbito docente, gestor o clínico de la Enfermería entre 1956 y 1976,

coinciden en que esta época histórica se caracterizó por la tensión, la **represión** y el aislamiento o la falta de información sobre acontecimientos internacionales.

A pesar de ello, esta época se caracterizó por un espíritu de **corporativismo**, asociacionismo, sindicalismo, de consciencia, solidaridad y lucha social. Todo ello, hizo que fuese una época de movimientos sociales reivindicativos, que salieron a la luz pública fundamentalmente en el llamado tardofranquismo o transición democrática, que comprendió desde 1969 hasta 1975 en que tuvo lugar la muerte de Franco. En las primeras etapas del franquismo la única organización sindical legal en España fue la Organización Sindical Española (OSE), conocida comúnmente como Sindicato Vertical. El resto de uniones como UGT ó USO, aunque fueron constituídas alrededor del año 1966 fueron proscritas y pasaron a la clandestinidad. No fueron legalizados definitivamente hasta el 30 de Abril de 1977.

Yo estaba en la dirección de clínico y para mí era casi habitual enfrentarme con los agentes de policía para evitar que entraran dentro de las habitaciones de los enfermos. Era una época difícil, complicada y dura, había mucha represión y problemas (Pilar M, 1953:8);

Aunque yo era adjunta, y era un cargo de confianza, empecé a participar en los sindicatos que eran un poco clandestinos, pero que empezaron a hacer muchas cosas (Magdalena, 1966:5).

Yo fui a Madrid dentro del mundo sindical para luchar para que los ATS fuésemos a la universidad. Recuerdo que nos encerramos en el Colegio de enfermeras de Madrid y bueno...presionamos (Magdalena, 1966:13).

Era una época de muchos conflictos, fuera y dentro de los hospitales, y de mucho movimiento social bastante reivindicativo. Me pidieron que entrara a formar parte del sindicato como representante sindical de enfermería. La verdad es que fue un momento de fuertes reivindicaciones para enfermería....corrimos delante de los grises o los grises detrás de nosotras en Madrid (Pilar B, 1966:6).

En la época en la que estuve dentro de los sindicatos aprendí mucho. Era una época en la que trabajabas mucho para cosas que creíamos merecían la pena y en beneficio de la sociedad de aquel momento. Y sobretodo luchábamos para que viniese una democracia, lo deseábamos todos (Pilar B, 1966:8).

Había movimientos reivindicativos por toda España, fue el que dio lugar a que las noches empezaran a ser alternas, reivindicamos más tiempo libre, dado el criterio de nocturnidad y peligrosidad (Pilar A, 1966:4).

En el 75 comienzo a relacionarme con gente políticamente más comprometida con un proyecto de apertura social. Reivindicamos noches alternas, la entrada en la universidad, etc. (Pilar A, 1966:11).

Era una realidad oprimida, con poca información de lo que ocurría alrededor, y al mismo tiempo con muchas posibilidades. Estábamos muy abiertos a las cosas y al mismo tiempo Franco era como una tapadera que no dejaba que nos abriésemos. A su muerte tuvimos sensación de que todo era posible. Organizábamos una asamblea y asistía el 80% de las personas, no parábamos. Era una sensación estimulante, de mucha solidaridad (Cristina, 1968:2).

Era una época en la que nos quitamos las tocas y los turbantes. Era reflejo de todo, del movidón de la época, con la integración de los estudios en la universidad, las movilizaciones fueron impresionantes, impresionantes en las calles y hospitales, aquello de POR UNA MEJOR SANIDAD ATS A LA UNIVERSIDAD...(Cristina, 1968:15).

En Madrid la movida fue fuerte, había asambleas con mucha frecuencia, y bueno pues se hablaba mucho de sanidad pública, garantizar la seguridad del paciente y los derechos de los trabajadores, y todo el movimiento feminista en España también impregnó (Cristina, 1968:16).

5.4.2 Intercambios internacionales

Respecto a los intercambios internacionales, las profesionales entrevistadas señalan tres cuestiones. La llegada a nuestro país de literatura sobre Enfermería y salud escrita por autores/as u organismos internacionales, como los informes de la profesora Dorothy Hall o los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por otro lado, coinciden en señalar el contacto que muchas docentes empezaron a establecer con otras escuelas, fundamentalmente de Europa como Lisboa o Ginebra. Y finalmente, la llegada a España de médicos y enfermeras que se habían formado y trabajado en otros países como Estados Unidos, Inglaterra o Suiza. Estos profesionales llegan a España a finales de los años sesenta e introducen en nuestro país nuevos modelos de gestión o docencia. Algunos/as de estos/as profesionales se integran en las escuelas de enfermería impulsando otras formas de enseñar enfermería, otros/as se encargan de gestionar y reorganizar los servicios médicos y de enfermería. En el caso de los médicos asumen las gerencias y direcciones médicas, y en el caso de las enfermeras empiezan a definir y crear las direcciones o jefaturas de enfermería.

Los/as profesionales entrevistados/as destacan como personas significativas en la introducción de cambios a nivel clínico, gestor y docente en la enfermería en aquella época.

La Sra Adela Simón Pera (1919-1979) cuando tenía 18 años fue admitida como alumna en la prestigiosa Escuela de Enfermeras de la Generalidad de Cataluña, donde se formó durante los años de la Guerra Civil. Cuando terminó la guerra, su título no tenía validez así que tuvo que estudiar la carrera de practicante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Posteriormente, se trasladó a Inglaterra, donde ejerció durante algunos años. Al regresar a España organizó el Departamento de Enfermería del nuevo Hospital General de Asturias, donde puso en práctica un modelo de gestión de enfermería con directrices modernas y con un alto nivel de autonomía. En 1966 se marchó al Hospital de Santa Creu i Sant Pau de Barcelona para reorganizar la dirección de enfermería, para posteriormente liderar la Escuela de Enfermería del hospital.

El Sr. Carlos Soler i Durall, doctor en medicina, trabajó en el hospital de Yale, Estados Unidos y volvió a España para asumir la gerencia del Hospital General de Asturias, y posteriormente en 1968 la del Hospital Sant Pau. Además fue uno de los impulsores de la puesta en marcha de la Facultad de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona. Fue uno de los pioneros del sistema Médico Interno Residente (MIR) en España, para el que tomaron como referencia el texto de la Comisión Conjunta sobre acreditación hospitalaria americana de 1965. El Dr. Soler contribuyó a la reordenación de la Sanidad Pública en España. Introdujo en España la terminología de la moderna sanidad americana, el concepto de asistencia integrativa. Este concepto aludía a la cualidad de ser amplia, completa y comprendedora. Además impulsó las funciones didácticas e investigadores dentro los hospitales.

La Sra. Milagros Segura García, enfermera nacida en Cartagena. Cuando terminó su formación de enfermera en Madrid viajó a Londres y donde trabajó durante tres años como auxiliar de enfermería. Posteriormente regresó a España coincidiendo con la expansión hospitalaria que se produjo en los años 1955. Ingresó como enfermera en la Clínica Puerta de Hierro. Allí ocupó el cargo de jefa de enfermería hasta el 1972. Gracias a una beca de investigación concedida por el hospital, estuvo durante un año en la universidad de Columbia de Nueva York (Estados Unidos). En esta ciudad conoció a Virginia Henderson, entre otras insignes enfermeras (Ríos, 2003).

A finales de los sesenta, principios de los setenta empiezan a llegar libros e informes del extranjero, como el informe del consejo Internacional de Enfermeras. Nosotras desde Santa Madrona empezamos a establecer contactos con la escuela de Rosete Poletti o con Lisboa, donde tienen la

escuela superior de enfermería, no son licenciadas pero ya tienen una formación diferente (Roser, 1957:2).

Duran y Soler fue un impulsador de la enfermería, era médico pero a los cuatro días de estar en el Hospital de Sant Pau dijo que debía organizarse la dirección de enfermería y propuso que viniera Adela Simón que era jefa del Hospital General de Asturias. Adela Simón hizo una gran revolución y renovación del hospital y la escuela, que ya existía (Roser, 1957:4).

El Hospital General de Asturias fue para mí una escuela. El Hospital tenía mucha fama, era muy bueno, recibíamos 600 solicitudes para trabajar y sólo seleccionaban a 30. Querían a los mejores profesionales. Aprendí todo lo que sé y fundamentalmente porque estaba Adela Simón a quien tengo una gran admiración y que ya no la tenemos con nosotros (Pilar M, 1953:11). Adela Simón y Soler Durall organizaron el HGA y después el Hospital de Sant Pau. Ellos venían con la experiencia de Estados Unidos y Inglaterra. Fue increíble (Pilar M, 1966:15).

Yo entré a trabajar en la Clínica Puerta de Hierro en el año 1972 y aquello era algo totalmente distinto a lo que había visto antes. En aquel momento estaba de directora Milagros Segura que luego se marchó a Estados Unidos. Aquella mujer había introducido otra forma de trabajar, un modelo Británico de atención. Fue como descubrir otro mundo (Pilar A, 1966:5).

Yo descubrí con Milagros una nueva enfermería. Vi la enfermería de otra manera. Lo que se seguía priorizando en el que hacer era la enfermedad y todo circulaba alrededor del médico pero empezamos a cuestionarnos otras formas de hacer y pensar. Creo que estas personas que venían de fuera aportaban mucho (Pilar A, 1966:17).

Estaba en el Ramón y Cajal en el 75 y vino el Ministro de Sanidad del principio de la transición que ...como se llamaba...era de Extremadura. Le explique el programa de la OMS con mucha seguridad de que era una cosa estupenda para todo el mundo (Cristina, 1968:4).

5.4.3 Participación en redes profesionales nacionales

Las profesionales entrevistadas coinciden en apuntar que durante esta época, y fundamentalmente a partir del año 1969 hubo dos hitos que impulsaron la participación y el encuentro de profesionales de distintas comunidades autónomas en nuestro país. Por un lado, la unificación de los Colegios profesionales de practicantes, enfermeras y ATS, en un sólo colegio. Y por otro lado, la creación de redes y comisiones con la finalidad de crear espacios de reflexión y concienciación profesional. Se impulsaron comisiones para la renovación de los planes de estudios de ATS por la Diplomatura Universitaria en Enfermería, y para discutir problemas que compartían la mayoría de los/as profesionales,

como cuestiones relativas a la formación continuada y el papel de las direcciones de enfermería. Algunas de estas comisiones o encuentros se impulsaron desde el Colegio de Enfermería de Barcelona y desde la Universidad de Navarra.

Posteriormente a 1976 empezaron a emerger asociaciones profesionales que unían a profesionales con intereses, necesidades y motivaciones similares.

El Colegio de Barcelona crea comisiones de escuelas abiertas a otras comunidades que son foros de reflexión sobre temas profesionales. (Roser, 1957:2).

La Escuela de Navarra organizó un encuentro en el que las escuelas de enfermería de distintas comunidades nos reunimos para tratar los problemas que teníamos en aquel momento y colaborar. Pensamos como estructurar el nuevo plan de estudios, y otras cosas (Roser, 1957:4).

Las enfermeras nos reuníamos para tratar todos los problemas, intentábamos compartir todas las inquietudes para cambiar. Era un momento de inquietudes e incertidumbres (Roser, 1957:8).

Era un momento en que si necesitabas algo o tenías algo que resolver podrías consultar con compañeros de otros hospitales, Puerta de Hierro, La Fe..organizábamos jornadas de jefes de enfermería o de lo que sea...La mayoría habíamos salido del Hospital General de Asturias (Pilar M, 1966:16).

La unificación de los colegios de practicantes, enfermeras y ayudantes técnicos sanitarios fue importante porque empezaron a tener otra fuerza. Además en la unificación tiene que ver gente significativa en la profesión (Pilar A, 1966:11).

El Colegio de Madrid fue muy progresista, con gente de izquierdas como Concha Germán y otra gente...eran muy activas. (Cristina, 1968:16).

5.4.4 Reorganización de los servicios médicos

Las profesionales entrevistadas señalan que alrededor de 1972-1973 se reorganizaron los servicios médicos en los hospitales, aunque el año cambió según las comunidades autónomas. Esta reorganización supuso la formalización de una jerarquía dentro del colectivo médico, donde por servicio se asignaba un jefe de sección, uno de servicio, y un equipo de médicos. Además, estos equipos se organizan para permanecer y ofrecer una atención continuada a los pacientes durante todo el día.

Esta reorganización de los servicios médicos influyó en la enfermería. Por un lado, supuso un aumento de la especialización médica, que exigió un aumento en la formación y el

conocimiento de las enfermeras, y supuso un mayor contacto de la enfermera y el médico durante más tiempo favoreciendo la continuidad de la atención a los pacientes.

Yo he vivido las dos cosas, cuando la enfermera se quedaba sola en el hospital durante las tardes y noches y después cuando más o menos en 1973 se jerarquizaron los servicios, había un médico de guardia que estaba contigo. El enfermero recibía una continuidad por parte del médico y la enfermera (Magdalena, 1966:9).

Creo que la jerarquización de los servicios, aunque fue médica cambió cosas en enfermería como no hacer las cosas por rutina y fundamentar un poco más porqué hacíamos las cosas. Se empezaron a protocolizar más las cosas, con criterios. (Magdalena, 1966:10).

6. DISCUSIÓN(ES) DE LOS RESULTADOS

En este capítulo pongo en relación los datos obtenidos en los manuales y las entrevistas a estudiantes, profesoras y profesionales, la perspectiva teórica y el contexto social, histórico y político en el que se enmarca este estudio. Con la finalidad de exponer los resultados de la forma más clara posible he dividido las discusiones en tres apartados que permiten analizar desde un punto de vista más interpretativo los resultados sobre las fuentes, los discursos y sus relaciones de poder dominantes y transformadoras.

6.1 Los manuales y las entrevistas, fuentes en el análisis genealógico

El estudio de los manuales y de las entrevistas ha sido muy enriquecedor para el análisis genealógico de las continuidades y sobretodo de las transformaciones de discursos y relaciones de poder. Los discursos y las relaciones de poder que emergen en los manuales son de carácter más continuista. Muestra de ello es que en los manuales editados en los últimos años, 1974 y 1975, siguen apareciendo los mismos elementos discursivos que en los primeros manuales publicados en 1956 y 1957. Este carácter continuista también se constata en varios hechos. En las reediciones de los manuales de un/a mismo/a autor/a, a pesar de algunos cambios en la estructura del contenido, se siguen transmitiendo los mismos discursos. Y los discursos transmitidos por la única mujer y enfermera autora de manuales de moral profesional durante esta época son similares al resto de los autores, médicos, historiadores o sacerdotes.

En los manuales se reflejan los discursos más formales y oficiales en relación a la profesión, los/as profesionales y las relaciones profesionales. En ellos se reproducían o y transmitían los “ideales” de lo que durante este período debía ser un/a enfermero/a. La continuidad discursiva de los manuales analizados puede ser reflejo de la interiorización por parte del autor/a de los discursos sociales, históricos y profesionales dominantes en este período.

En cambio, la narrativa de las personas entrevistadas en este estudio está impregnada no sólo por los discursos dominantes sobre la profesión, sino también por discursos y las relaciones de poder más transformadores, rupturistas y alternativos que pugnan por emerger entre los dominantes. En sus narrativas describen el contexto, la cotidianidad y la realidad de su práctica la cual aunque influida por los discursos y las relaciones de poder dominantes de cada momento histórico, tratan de transgredir y resistirse a dicho dominio y buscar otras posibilidades de actuar y concebir la profesión, otras posibilidades de estar presentes.

Los discursos y las relaciones de poder que emergen en las entrevistas ponen en evidencia que los/as enfermeros/as tensionan y confrontan algunos de los elementos discursivos más políticamente formales que se transmitían en los manuales sobre la identidad de los/as profesionales. En las entrevistas no aparecen los elementos relativos a las cualidades físicas y morales, la inferioridad cultural o social, el cuidado espiritual y la vocación religiosa. En cambio aparecen nuevos elementos como las cualidades técnicas y clínicas, las coacciones y amenazas, la vocación social y el trabajo mecánico de los/as enfermeros/as. Otro elemento que las entrevistas permiten sacar a la luz son las relaciones de poder, no sólo de subordinación sino también de resistencias y luchas que permiten entender como se fueron transformando las prácticas profesionales y la identidad profesional de enfermeros/as. Por tanto, los/as enfermeros/as no sólo fueron objeto de poder, sino también sujeto de poder a través de sus prácticas profesionales.

A raíz de este análisis se puede considerar que el período entre 1956 y 1976 fue fundamentalmente de transición y de movilización hacia cambios y transformaciones profesionales posteriores. Fue un período en el que fundamentalmente los/as enfermeros/as se cuestionaron quienes eran, y qué hacían de diferente de otros profesionales, fundamentalmente de los médicos. Esto contribuyó a posteriores transformaciones y cambios profesionales, fundamentalmente generados a finales de los setenta y principios de los ochenta. Por ejemplo, la incorporación de los estudios en la universidad, el cambio de enfoque de los nuevos planes de estudios, la incorporación de las enfermeras como docentes en las escuelas, el afianzamiento de las direcciones de enfermería en los hospitales y la participación de las enfermeras en foros científicos.

6.2 Los discursos y las relaciones de poder dominantes. Legitimadores de prácticas

Los discursos y las relaciones de poder que han constituido las profesiones, los/as profesionales y las relaciones entre ellos/as no pueden ser explorados de forma separada, sino corriendo paralelos al contexto histórico, social, político y cultural en el que han emergido.

La constitución discursiva de la identidad de los/as enfermeros/as durante este período histórico en nuestro país no ha respondido a un proyecto absolutamente homogéneo, ni uniforme. Ha sido una compleja formación discursiva en la que no habido unas fronteras claras entre los discursos dominantes y transformadores, sino que ha habido una intersección de discursos y relaciones de poder, que incluso han sido objeto de tensiones y contradicciones.

6.2.1 Discursos dominantes

Los discursos dominantes fueron transmitidos y reproducidos a lo largo de estos veinte años no sólo por los/a autores/a en la formalidad de los manuales sino también en la narrativa de los/as enfermeros/as entrevistados/as. La continuidad de estos discursos durante este período contribuyó a legitimar prácticas profesionales, ya que estableció lo que se consideraba “auténtico” y “verdadero”. Durante este período cabe destacar fundamentalmente tres discursos dominantes, el de género, el técnico y el biológico o biomédico, además de la continuidad de los llamados silencios discursivos. Los silencios son todos aquellos elementos discursivos que no aparecen explícita y formalmente en los manuales ni en las entrevistas. Los silencios tienen tanto valor como los otros ya que son elementos que también contribuyeron a la significación de la identidad profesional.

6.2.1.1 Discurso de género, educadas para servir

Las connotaciones constantes y en ocasiones silenciosas de los contextos patriarcales y androcéntricos influyeron e impregnaron la constitución de la identidad profesional de los/as enfermeros/as y de su práctica profesional hacia direcciones particulares.

El discurso de género en la profesión fue reflejo de los modelos femeninos resultantes de la educación moral que, tanto la iglesia como la Sección Femenina de la Falange, contribuyeron a mantener. La enfermería supuso un proyecto de realización social y profesional para muchas mujeres, ya que se trataba de una dimensión del trabajo que prolongaba de forma “natural” el cuidado de los demás, llevado a cabo en el hogar (Nelson, 2001).

Durante esta época, especialmente a las enfermeras se les transmitieron a lo largo de su formación discursos de género que influyeron en todas las facetas de sus vidas cotidianas, no sólo en la esfera docente sino también laboral. A las enfermeras se las orientó para dar relevancia al cuerpo, a la vestimenta, a la cultura del espíritu, a los elementos afectivos, empáticos, emotivos y a su corazón más que a su intelecto. Esta formación carente de los recursos y de los conocimientos necesarios para cuestionar su práctica y proponer cambios, contribuyó al acercamiento de la práctica profesional de las enfermeras a dimensiones del espacio íntimo y privado, y las alejó de espacios de reconocimiento público y científico (Miró y Gallego, 2006). El aspecto exterior femenino, pulcro y servicial, fue un elemento que condicionaba su competencia, su éxito profesional, su reputación y la estimación y confianza por parte de médicos y pacientes. Para las enfermeras su imagen personal se

convirtió en un elemento determinante en su formación y posterior contratación en los hospitales.

Este discurso dominante fue tan interiorizado que las propias enfermeras asumieron que para el cuidado se requerían actitudes “femeninas” y que en general los enfermeros tenían mayores dificultades para ejercer la profesión, fundamentalmente por su visión más técnica y no tan holística del cuidado.

La estudiante, futura enfermera, era sometida a normas más rígidas y con menos posibilidades de actuar con espontaneidad o soltura que los enfermeros. Para ellas, era más explícito el respeto, la sumisión y la docilidad hacia las personas de rango social superior, como el médico. En cambio, los enfermeros se formaban por libre y para ellos no era obligatoria la asistencia regular a las escuelas, ni la realización de prácticas. Solían ocupar puestos de trabajo con mayor reconocimiento, mejores condiciones laborales y menos semejanzas con las tareas realizadas en el ámbito doméstico, como ser ayudantes de los equipos de cirujanos, trabajar en el área de atención domiciliaria, etc.

Aunque algunos aspectos de la educación de las enfermeras pueden ser comprendidos si se sitúan en el contexto sociopolítico de la época, otros relativos al orden, la dureza y la disciplina eran especialmente evidentes en la formación de las enfermeras incluso a principios de los años setenta. Algunas de las enfermeras entrevistadas reconocen la mayor vigilancia y coartación de su libertad e intimidad durante su formación en relación a su contexto familiar o social. Incluso hacen referencia al contraste que experimentaban estudiantes de otras carreras cuando conocían la dinámica de las escuelas de enfermería.

Durante estos veinte años se siguió poniendo énfasis en la conducta de las enfermeras en detrimento de su conocimiento (Gastaldo y Meyer, 1989). Tal como apuntan Nelson (2003) y Parker (2005), eran formadas para exhibir su modestia personal e intelectual, ocultar su conocimiento y su capacidad de acción y así asegurar que no deseaban usurpar los puestos y las funciones de los médicos.

A lo largo de la formación se trataba de moldear un conjunto de actitudes apropiadas para el ejercicio profesional y producir enfermeras que fueran ejemplo del ideal femenino (Miró y Gallego, 2006; Parker, 2005). Este discurso de género reprodujo el cuidado como algo innato a la condición femenina, al estar asociado al amor maternal que parecía inscrito en el patrimonio genético de la mujer, lo cual dificultó el reconocimiento profesional y científico de las enfermeras (Gallego, Bover, Miró y cols, 2002). La naturalización del cuidado y de la profesión como un arte femenino contribuyó a mantener el carácter obediente y

complaciente de las enfermeras con las directrices médicas y no con un contenido dirigido a la aplicación de la ciencia en su práctica (Parker, 2005).

6.2.1.2 Discurso técnico, “hacer” dependiente y rutinario

Durante estos veinte años, la formación que recibieron los/as enfermeros/as comprendía además de los conocimientos de moral profesional, adiestramiento técnico y conocimientos básicos y superficiales de medicina. Uno de los factores que contribuyeron a la dominancia de este discurso fue la tecnificación de los hospitales y el aumento en la especialización de la práctica médica. Los/as enfermeros/as tuvieron que mejorar sus habilidades para asumir técnicas y procedimientos cada vez más sofisticados.

Este tipo de formación contribuyó a formar hábiles y diestros/as profesionales en la ejecución de técnicas realizadas sin mucha fundamentación y siempre bajo dependencia médica. Se enfatizó el “estar” y el “hacer”, en detrimento del “pensar”. Este discurso técnico contribuyó a que el trabajo de la enfermera se convirtiese en mecánico y rutinario, en un conjunto de hábitos reiterativos que no provenían de la reflexión ni de la fundamentación y que se seguían manteniendo aunque no fuesen los que mejor se adaptaran a las necesidades del paciente. Estas rutinas habitualmente respondían a la organización del trabajo de los médicos.

El dominio de este discurso contribuyó, junto con otros, a que la enfermería se constituyera como un saber subyugado, menor y dependiente de la medicina, situándola en la esfera de lo emocional, sentimental o moral y alejado de la autoridad científica. Esto situó a la enfermera fundamentalmente en una posición de agente moral y de sujeto no racional, pasivo y sirviente a la medicina, limitando sus posibilidad de desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que las pudiesen capacitar como sujetos autónomos (Parker, 2005).

Esto permite entender como durante estos veinte años no resultara extraño que las estudiantes desde su primer día de clase tuvieran que asumir la responsabilidad del cuidado de los pacientes de las unidades de hospitalización, al igual que hacía una enfermera con años de experiencia. En aquel momento se consideraba que el cuidado podía ser asumido por cualquier persona con cierta disposición y entrega aunque no tuviese experiencia o conocimientos específicos.

Este discurso contribuyó a que las propias enfermeras y la sociedad considerase que el trabajo más técnico, habitualmente realizado por los ATS varones o enfermeros en

servicios con mayor tecnología como urgencias, quirófano, etc. tuviesen más valor que ayudar al paciente en su higiene corporal, su alimentación o su vestido, realizado mayoritariamente por las enfermeras en las unidades de hospitalización.

6.2.1.3 Discurso biológico y biomédico, la enfermedad y el médico como centro de atención

La continuidad discursiva de estos discursos contribuyó a que los/as enfermeros/as constituyeran sus prácticas alrededor de la monitorización de enfermedades, la administración y el control de las reacciones a la medicación, y la instauración y mantenimiento de técnicas, todo ello bajo la supervisión médica. Esto contribuyó a que los/as enfermeros/as transitaran del acompañamiento emocional y espiritual de los pacientes a la vigilancia, monitorización y detección de signos y síntomas de patologías.

Estos discursos también contribuyeron a que los/as enfermeros/as dirigieran su mirada clínica del alma y el espíritu de las personas a la parte biológica, patológica y técnica. El dominio de esta mirada sobre el control de la patología hizo que los/as enfermeros/as no se centraran en el manejo de otro tipo de información de los pacientes y de las familias, no reconocieran su necesidad e importancia, y además asumieran que la responsabilidad de recoger y administrar esta información era del médico.

Estos discursos promovieron que el reconocimiento y el valor del trabajo de los/as enfermeros/as dependiera del grado y nivel de proximidad que tenía su práctica con la de los médicos, considerados la autoridad científica y profesional dentro del ámbito de la salud. Los ATS varones o enfermeros, que eran los que habitualmente formaban parte del equipo de cirujanos como sus ayudantes personales, tenían mayor reconocimiento social y profesional. A los enfermeros o ATS varones se les situaba jerárquicamente en un eslabón superior a las enfermeras.

Finalmente este discurso contribuyó a que los médicos se convirtieran en el centro neurálgico de la práctica de las enfermeras. De modo que lo importante era hacer lo que los médicos querían o necesitaban, de hecho su actuación se ajustaba y cambiaba según las costumbres y hábitos del médico que visitaba ese día la unidad o que estaba de guardia.

6.2.1.4 Silencios, discursos con valor en la sombra

Durante este periodo, varios elementos fueron silenciados o poco expresados por parte de los/la autores/a de los manuales y de los/as enfermeros/as. No se reconocía la enfermería como una profesión con una aportación social diferenciadora y compleja. Se silenciaba el papel y el reconocimiento de la enfermería en ámbitos que no fuesen clínicos o

asistenciales. Se circunscribía la profesión a ámbitos que no eran públicos ni visibles, como la gestión, la investigación o la política.

Otro elemento ausente fue el relativo a la calidad y la rigurosidad de las prácticas de los/as enfermeros/as. Lo importante era ejecutar los cuidados, y no cómo se ejecutaban ni el resultado que conseguía. El cuidado no era considerado un elemento determinante y con impacto en la recuperación de la salud de los pacientes. La única referencia al impacto sobre la salud de los pacientes no estaba relacionada con las prácticas de los/as enfermeros/as, sino a la adecuada relación terapéutica que la/el enfermero/a y el médico mantenían, la cual podía poner en peligro la curación del enfermo.

Otro silencio fue el relativo a la necesidad e importancia de que los/as enfermeros/as adquirieran y mantuvieran actualizado un conocimiento clínico y científico especializado para ejercer la profesión. Parecía que la vocación, la dedicación y la predisposición a la ayuda eran suficientes para ejercer una buena práctica. De hecho, el autoaprendizaje y la experiencia de otras enfermeras eran las fuentes para la mejora de la práctica.

6.2.2 Relaciones de poder dominantes

Los discursos que han constituido la identidad de los/as enfermeros/as en España en esta época fueron producidos y reproducidos por una compleja matriz de relaciones o estrategias de poder de carácter coercitivo y productivo, que en la mayoría de las ocasiones se solapaban o complementaban. Las distintas formas de ejercicio de poder no han sido sólo acciones de profesionales como agentes individuales, sino procesos que han atravesado el campo profesional y social a causa de razones que no han sido enteramente intencionales o racionales.

Las distintas estrategias de poder no son únicamente consecuencias de la legislación vigente, ni indicadores de estructuras sociales, sino tácticas sociales y políticas móviles y reversibles (Scheurich y Bell, 2005). Esto se refleja en el hecho de que tanto los/as enfermeros/as como los médicos han ejercido históricamente de forma complementaria y entrelazada estrategias de poder de carácter productivo y otras de carácter punitivo o coercitivo en relación a los pacientes, familias y entre ellos/as mismos/as. De modo que los/as enfermeros/as fueron objeto de poder al ejercer poder sobre otros/as y a la vez sujeto de poder ya que estuvieron constreñidas por relaciones de poder.

6.2.2.1 Poder disciplinario, estrategias normalizadoras

Una de las formas de ejercicio de poder que mantuvieron los discursos y las prácticas profesionales durante estos veinte años fue el denominado por Foucault poder disciplinario (2001a). Este poder fue ejercido a través de un complejo entramado de estrategias como la normalización, la homogeneización, la vigilancia o el control, el sometimiento y la subyugación, la mirada clínica, el control de espacios y uso de los tiempos y las recompensas, coacciones, amenazas y castigos. Es importante destacar que aunque a continuación haga referencia a cada una de ellas por separado, fueron usadas de forma complementaria y en muchas ocasiones compartían direcciones similares.

La estrategia de poder de *normalización* contribuyó a formar, transformar y socializar a las estudiantes y enfermeros/as realizando y haciendo uso óptimo de las capacidades que se consideraban en aquella época necesarias y adecuadas para ejercer la profesión. Se les exigieron conductas, actitudes, hábitos, modales y gestos, que fueron constituyendo una profesión y una profesión entregada al deber, al sacrificio, a la perfección y la obediencia.

El ejercicio de esta estrategia de poder normalizadora contribuyó a que los médicos, los/as enfermeros/as, la enfermería y los pacientes se fuesen constituyendo durante estos veinte años hacia una dirección particular. Los médicos se constituyeron como el profesional con autoridad en el sistema de salud. Los/as enfermeros/as se fueron transformando en profesionales dóciles, subyugados/os, sometidos/os al médico, pero a la vez útiles, diestros/as y habilidosos/as en la asistencia al médico y al paciente.

El saber y la práctica enfermera también se fueron conformando de forma “natural” como un conocimiento subyugado a la medicina, un conocimiento menor, poco cualificado y que estaba por debajo del nivel requerido de científicidad o erudición. Y finalmente, los pacientes se constituyeron como sujetos débiles, exigentes y obstaculizadores del trabajo de las enfermeras y, a la vez, pasivos y dependientes de la atención y el cuidado prestado por ellas.

Otra estrategia de poder disciplinario fue la *homogeneización*. Esta estrategia contribuyó a la armonización, el anonimato, el gregarismo y la conformidad de los/as enfermeros/as con el propósito común, en detrimento del individualismo, las metas e intereses personales. Un reflejo de la homogeneización fue el uso de etiquetas o categorías como la auxiliar, la ejecutora, la inferior o la ayudante, para referirse a los/as enfermeros/as.

La homogeneización contribuyó a que los/as enfermeros/as se convirtiesen en una masa con un pensamiento único y no en un conjunto de profesionales diferentes con deseos y capacidades de avance profesional. Esta homogeneización amenazó la singularidad de los/as enfermeros/as quienes pasaron a ser identificados y definidos en relación con las personas o lugares que les otorgaban el poder, principalmente con los médicos, las unidades donde trabajaban y con las técnicas que realizaban. Estos procesos de homogenización vulneraron las posibilidades y potencialidades de los/as enfermeros/as como profesionales libres, autónomos/as y abiertos/as al desarrollo y al cambio. Y además, promovió el mantenimiento de una jerarquía profesional, en la que los/as enfermeros/as se situaban a la sombra del modelo social médico.

En la enfermería, como en cualquier sociedad, las personas que ocuparon ciertas posiciones de privilegio ejercitaron de forma deliberada o no, sistemas de *vigilancia y control* del conocimiento y la práctica de los/as enfermeros/as. Los médicos, las supervisoras y las monitoras de las escuelas ejercieron estrategias de vigilancia y control sobre el saber y las prácticas de las estudiantes y los/as enfermeros/as.

En la formación de las estudiantes, las monitoras ejercían estrategias de vigilancia y control con la finalidad de verificar si una enfermera se conducía o no como debía, si cumplía con las reglas, si progresaba o no. Un reflejo del ejercicio de estas estrategias era el control del tipo de libros que leían, fundamentalmente en lo que respecta a su orientación e ideología, y en el cumplimiento de los estrictos horarios para desayunar, comer, cenar y asistir a misa. Las monitoras de prácticas ejercían un control fundamentalmente sobre la conducta y el comportamiento moral de las estudiantes, y de forma específica sobre la formación práctica. Los médicos eran quienes ejercían control principalmente sobre el conocimiento teórico de las estudiantes y sobre la práctica de las enfermeras. Este modelo de formación las alejó sustancialmente de políticas liberalizadoras y democráticas.

Durante esta época los/as enfermeros/as, los pacientes y las familias estuvieron a menudo sometidos/as a procesos de *subyugación*, como en un sistema monacal en el que se convive con la regla de obedecer al que está en una posición de mayor privilegio.

La posición privilegiada del médico y la dependencia intelectual y profesional de el/la enfermero/a al conocimiento médico contribuyó a que los/as enfermeros/as constriñeran sus prácticas a contextos específicos de sometimiento físico, intelectual, moral y emocional. En ocasiones, los/as enfermeros/as podían reconocer la imposición de reglas y normas, y en otras creían realizar su voluntad, cuando en realidad cumplían el deseo de aquellos que

les regulaban sus prácticas. Estas estrategias de sometimiento contribuyeron a que los/as enfermeros/as tuviesen dificultades para desarrollar criterios profesionales propios que les permitiesen liberarse de situaciones opresoras ejercidas por el médico.

Por otro lado, los/as enfermeros/as reprodujeron estrategias de sometimiento en el cuidado y atención a los pacientes y las familias, a quienes mediante persuasión o imposición sometían a las normativas hospitalarias y a las órdenes médicas. Los/as enfermeros/as se imponían con firmeza y esperaban que los pacientes y las familias fuesen obedientes a las órdenes recibidas.

Otra estrategia de poder disciplinario ejercida durante este período fue la conformación de una *mirada clínica* interiorizada por médicos y enfermeros/as en la que la patología, el diagnóstico médico y la tecnología fueron los elementos centrales. Esta mirada clínica influyó en la práctica de médicos y enfermeros/as quienes dieron más valor a la técnica y a las enfermedades sobre otros aspectos del cuidado y otras dimensiones de las personas. Esta estrategia de poder contribuyó a legitimar ciertas prácticas profesionales, como el hecho de que los pacientes fuesen descritos y reconocidos por los profesionales en términos de la localización y el tipo de enfermedad o de los signos y síntomas que presentaba. Esta mirada clínica hacia la patología fue en detrimento al reconocimiento de otras dimensiones de los pacientes o familias, como sus creencias, su cultura, la percepción de su enfermedad y del tratamiento (Peerson, 1995).

Otra estrategia de poder disciplinar que influyó en la constitución de la identidad profesional de los/as enfermeros/as durante esta época fue el *control de los espacios y el uso de los tiempos*. Respecto a los espacios, durante este período las enfermeras se constituyeron en espacios clausurados y jerarquizados, tanto físicos, como las escuelas y los hospitales, y simbólicos como la inferioridad, la privacidad y la dependencia, los cuales promovieron que las enfermeras aceptasen y conviviesen con reglas y convenciones estipuladas y socialmente construidas.

En cuanto al uso de los tiempos, durante este período y fundamentalmente hasta principios de los setenta la práctica de los/as enfermeros/as se convirtió en un conjunto de tareas mecánicas y rutinarias, pautadas y controladas por el médico. Este sistema funcional que apareció influido por el Taylorismo de la década de los cuarenta ponía el acento en la especialización de la tarea y fragmentaba los cuidados en numerosas tareas (Kérouac, Duquette y Sandhu, 1990). El trabajo cotidiano de los/as enfermeros/as se distribuyó en una dinámica preestablecida de horarios fijos, fundamentalmente en base a los horarios de

visita de los médicos, en lugar de las necesidades de los pacientes o la mejor organización para los/as propios/as enfermeros/as.

Estas estrategias de poder espacial y temporal contribuyeron a reproducir y mantener las jerarquías piramidales en la que los médicos eran los que ostentaban el saber, el conocimiento científico y el reconocimiento social y profesional; y los/as enfermeros/as se situaron en espacios inferiores de privacidad, intimidad, poca autonomía profesional y poca visibilidad social.

Finalmente, cabe apuntar algunas formas extremas de ejercicio de poder disciplinario que incluso Foucault (2005) no consideró ejercicios de poder sino técnicas de *coerción o represión*. Las estudiantes durante su formación, con la finalidad de no sólo reencauzar sus conductas, sino también de lograr la permanencia y el mantenimiento de los estándares o cánones aceptados como normativos para la profesión, recibían prácticas de coerción como castigos, amenazas y sanciones.

6.2.2.2 Poder pastoral, estrategias de orientación

Las estrategias de poder pastoral fueron formas de poder individualizantes y “benevolentes” que no imponían, sino que orientaban las prácticas de los/as enfermeros/as hacia el sacrificio, la entrega, la abnegación, la solidaridad, etc. Estas estrategias guiaron y condujeron a los/as enfermeros/as en una dirección en la que se favoreciera la unidad del grupo y la cohesión, sobre los conflictos y hostilidades (Foucault, 1990; Lunardi, 1997).

Estas formas de poder se basaban en las relaciones de obediencia incondicional, de confianza y de corte emocional o terapéutica entre los profesionales y pacientes, y tenían como fin último la salvación individual. La salvación tomaba significados diferentes en cada situación, la salvación por la entrega y el sacrificio a la profesión, la protección y consuelo del paciente, el reconocimiento y la protección de los/as enfermeros/as por parte de los médicos o la sociedad si cumplen con ciertas funciones.

El/la enfermero/a ejercía una relación de poder pastoral con el paciente, cuando a través del cuidado actuaba como una guía espiritual. Desde su entrega y su bondad como cumplimiento del deber trataban de ayudar y velar por la seguridad y bienestar de los pacientes, consolar y proteger a los pacientes. El/la enfermero/a se había constituido en el silencio, como un objeto discursivo de pasividad y de neutralidad ante los acontecimientos, que condujo a las enfermeras a someterse a evaluaciones y criterios de verdad compartidos.

El/la enfermero/a no debía obtener ni usar la información que el paciente le hubiera podido contar para no producir ningún cambio en su conducta (Holmes y Gastaldo, 2004).

El poder pastoral era ejercido por el/la enfermero/a a través de otra estrategia como la *representación o intermediación* entre la persona dependiente o familia y el médico o la institución. El/la enfermero/a actuaba a modo de puente, canalizaba las preocupaciones, las inquietudes, las necesidades y los deseos del paciente o de la familia hacia el médico, y las órdenes del médico al paciente o su familia.

Otra estrategia de poder pastoral que se evidencia en este periodo fue la *introspección o el autoexamen*. A lo largo de la formación y del ejercicio de la profesión las estudiantes y enfermeras eran interpeladas a verbalizar sus conductas, reconocer sus defectos y explorar su verdadera vocación, intereses e inquietudes. Las enfermeras debían confesar al médico cualquier falta o retraso que cometían en el cumplimiento de su trabajo. Y en este caso, el médico era quien asumía la función de pastor o guía del colectivo enfermero.

6.2.2.3 Poder de autogobierno, estrategias autoaplicadas

Las estrategias de autogobierno fueron formas de poder autoaplicadas por ellos/as mismos/as. A través de estas estrategias de carácter individual los/as enfermeros/as autorregularon su práctica y su comportamiento. Estas estrategias no fueron inventadas por ellos/as solos/as sino que fueron incitados/as a efectuarlas en función del contexto social y profesional al que pertenecían. Los/as enfermeros/as interiorizaron e incorporaron en sus propias prácticas como deseo propio, pero que había sido construido socialmente, los discursos y las estrategias de poder dominantes durante la época (Bover, 2004; Gastaldo, 2003).

Una de estas estrategias de autogobierno que emergen en las entrevistas es la infravaloración que las enfermeras hacen de su práctica en relación a la de los enfermeros o practicantes. De algún modo, las enfermeras interiorizaron que la técnica y la tecnología tenían mayor valor y prestigio que el cuidado orientado a las necesidades básicas de las personas, asumido principalmente por ellas en las unidades de hospitalización.

6.3 Los discursos y las relaciones de poder transformadores. Tácticas emergentes y espacios de divergencias

Durante este período cabe destacar la transformación de un discurso residual y la emergencia de nuevos discursos y relaciones de poder. Desde el inicio del período estudiado se evidencia la transformación de un discurso residual moralista cristiano en un

discurso laico. Este discurso residual fue dominante en una época anterior y en el período estudiado sólo se reprodujeron algunos de sus elementos, principalmente en los manuales, y se van atenuando en la narrativa de las personas entrevistadas.

A finales de los años sesenta, y sobretodo en los años setenta emergieron en nuestro país el discurso de concienciación, y cuestionamiento o lucha como resistencias a los discursos dominantes durante la época. Estos discursos fundamentalmente aparecen en la narrativa de las personas entrevistadas, con el fin de cuestionar la profesión y plantearla de otra forma. Ambos discursos asentaron las bases para que los/as enfermeros/as, años después, buscaran nuevos espacios de expresión, de autonomía y de igualdad, cuestionaran las relaciones de poder que habían sido ejercidas históricamente sobre la profesión y plantearan cambios y transformaciones de sus prácticas profesionales.

6.3.1 El discurso residual de moral cristiana, herencias (re)vividas

Durante estos veinte años se mantuvieron algunos elementos del discurso moralista cristiano, herencia de la llamada etapa vocacional de la enfermería. Esta etapa surgió en el seno de la iglesia, cuando los primeros grupos organizados con responsabilidades en el cuidado de los pacientes asumieron las funciones de la enfermería durante siglos (García y Martínez, 2001). Entre los legados de este discurso residual, cabe destacar la consideración de la enfermería como una profesión abnegada y sacrificada y la disciplina que rodeaba el ejercicio de los/as enfermeros/as en relación a sus creencias, y otras normas de conducta (Gallego, Bosch, Miró y cols, 2007).

Este discurso de moral cristiana, junto con el discurso de género contribuyeron imperceptiblemente a realzar el carácter modesto, humilde, sacrificado y caritativo de las enfermeras y las mantuvo en una condición de inferioridad y sujeción (Gallego, Bover, Miró y cols, 2002). De algún modo, han contribuido a silenciar y devaluar el trabajo científico y profesional de los/as enfermeros/as y han perpetuado rasgos de abnegación, sumisión y obediencia (Gallego, Bover, Miró y cols, 2002).

Desde finales de los años cincuenta el discurso moralista cristiano va dando paso a un discurso de carácter más laico y social. La conducta de los/as enfermeros/as pasó de ser regulada, constituida y conformada alrededor de elementos de caridad, entrega, sacrificio y de amor al prójimo, a elementos más cívicos, no confesionales.

La transformación de este discurso se evidencia al comparar los discursos transmitidos en los manuales y en las narraciones de las personas entrevistadas. En los manuales, se

desprende la idea de que durante la formación se les transmitía a las enfermeras los preceptos de la moral cristiana, junto con los principios patrióticos de la época. Esto contribuyó a que las virtudes morales cristianas se consideraran necesarias para una buena práctica profesional y para aceptar las decisiones autoritarias en materia de “verdad”. En cambio a lo largo de las entrevistas, aunque las enfermeras debían seguir acatando una serie de obligaciones, deberes, cánones, y de reglas de conducta que en ocasiones no compartían libre o conscientemente, éstas se iban constituyendo sobre una base más social.

Es interesante destacar que aunque en la última modificación del plan de estudios de ATS (1955) las horas dedicadas a la moral, la religión y la formación política seguían siendo igual o superior a las dedicadas a nociones generales de terapéutica, patología médica y anatomía, lo que se les exigía a las enfermeras en su práctica cotidiana no estaba únicamente relacionado con virtudes de caridad cristiana sino de forma general con los patrones de conducta, la uniformidad, los modales y su ideología política.

La transformación del discurso moralista en discurso laico o social también se refleja en el hecho de que según los manuales la profesión requería de una vocación religiosa para ser ejercida, en cambio los/as enfermeros/as expresaban una vocación más social. La vocación religiosa contribuía a que las enfermeras asumieran por sus virtudes de sumisión, amabilidad, docilidad y abnegación las tareas duras, penosas, emocionalmente intensas y subalternas. Estas exigencias que las llevaban a ser consideradas como esclavas, mártires, ángeles o héroes, les permitían alcanzar recompensas espirituales o sobrenaturales, como el amor al prójimo, la felicidad, la eternidad y la salvación. En cambio, todas las personas entrevistadas manifestaron una vocación que no estaba basada únicamente en motivos y creencias religiosas, sino que reorientaba la misión de los/as enfermeros/as principalmente a la ayuda de los necesitados y marginados, al cuidado y la relación con las personas. Las enfermeras pasaron de obtener recompensas espirituales a recompensas emocionales o afectivas por su trabajo. Los pacientes les reconocían su atención, proximidad, entrega, amabilidad y simpatía.

A pesar de sus diferencias, la vocación social de la profesión siguió reforzando que el/la enfermero/a colaborará de forma modesta y leal a un propósito común sin buscar glorias, méritos o intereses personales. Esto contribuyó a mantener el trabajo de el/la enfermero/a a la sombra del anonimato y con la subordinación debida, sin buscar oportunidades de exhibición, competencia ni individualismo.

Esta transformación discursiva también se refleja en el paso de un cuidado espiritual transmitido en los manuales a un cuidado técnico y clínico exigido a los/as enfermeros/as en su práctica cotidiana. En los manuales la finalidad del cuidado era el acompañamiento espiritual y emocional de los pacientes, y a lo largo de las entrevistas, fundamentalmente a finales de los sesenta, el objetivo fue la monitorización de signos y síntomas de las enfermedades y el control de las técnicas, ambos bajo supervisión del médico. En este contexto, la enfermedad pasó de adquirir un valor religioso, al ser considerada un medio de arrepentimiento y redención, a ser considerada una entidad corporal, física, orgánica y biológica. Todo ello contribuyó a que durante estos veinte años los/as enfermeros/as tuviesen como fin primordial cuidar de la salud corporal de los pacientes y no del alma que se ocultaba en sus cuerpos.

6.3.2 Los discursos transformadores: emergencias y resistencias

Durante este período hubo varios factores políticos, sociales y profesionales que contribuyeron a la emergencia de estas transformaciones discursivas en la identidad de los/as profesionales. No hay que olvidar que el contexto sociopolítico de la época se caracterizaba por un intenso espíritu colectivo y de movilización social, como consecuencia de la opresión y represión de la época más oscura de la dictadura franquista. A finales de los sesenta, y fundamentalmente a partir de los años setenta los/as enfermeros/as crean y participan en dispositivos biopolíticos, como redes, colegios profesionales, comisiones o intercambios culturales y profesionales con Europa, principalmente Inglaterra y Estados Unidos, como la Universidad de Yale (Connecticut), o la Universidad de Columbia (Nueva York) que les permitieron abrir espacios de reflexión sobre aspectos profesionales. Estos dispositivos contribuyeron a maximizar y coordinar a nivel colectivo relaciones de poder dirigidas a generar cambios profesionales. Otro factor que contribuyó a estas transformaciones discursivas fue la reorganización de los servicios médicos, alrededor de 1972. Esta reorganización exigió un aumento en la formación y el conocimiento de los/as enfermeros/as.

En este contexto, los/as enfermeros/as, en ocasiones con poca formación, seguridad y confianza empezaron a plantear discursos de *concienciación profesional*, a través de los cuales trataron de clarificar su rol profesional diferenciándolo de la medicina y con ello fomentar lo que denominaron “personalidad” profesional. Los/as enfermeros/as argumentaban y defendían la importancia de la enfermería como profesión independiente o complementaria a la medicina y no jerárquicamente inferior. Empezaron a reivindicar un mayor

conocimiento especializado, cuestionaron la organización de los cuidados por tareas o técnicas y no de forma integral por pacientes, trataron de incorporar mayor reflexión en la práctica cotidiana y plantearon la necesidad de asumir mayor responsabilidad en el cuidado.

Los/as enfermeros/as empezaron a cuestionar la histórica relación de sometimiento y subyugación con la medicina. a través de discursos de *lucha y resistencia*. Los/as enfermeros/as cuestionaron prácticas profesionales que contribuían al sometimiento médico y buscaron espacios de cierta autonomía. Cabe señalar que no todos/as los/as enfermeros/as consideraban necesario ni importante cambiar la realidad que vivían. Algunos/as profesionales no se planteaban la necesidad de romper con esta herencia de subordinación, dependencia y “protección” médica.

Buscaron las estrategias, los medios y los recursos que les permitiesen argumentos para cuestionar la visión de algunos/as enfermeros/as como agentes pasivos, quienes ejecutaban las órdenes médicas bajo absoluto e incondicional sometimiento. Para ello reivindicaron mayor autoridad formativa, es decir, mayor conocimiento que les permitiese fundamentar su práctica y así tener más control sobre su profesión. También a través de estas estrategias trataron de clarificar y dar valor a su práctica, acceder y manejar las historias clínicas de los pacientes, centrar su atención en el cuidado global de la persona y no en tareas específicas, cuestionar y romper algunos símbolos de dominio, como preparar el café o poner la bata a los médicos, etc.

Estos discursos de resistencia fueron interpretados, en general por parte de los médicos, como una sublevación de los/as enfermeros/as que podía amenazar su posición de privilegio y que podía suponer la pérdida de la figura de “auxiliar” o “ayudante” con la que históricamente habían contado. También cabe destacar que estos discursos empezaron a tener sus efectos y consecuencias en las prácticas de los/as enfermeros/as y médicos, como la contribución a aumentar la distancia entre los/as profesionales, lo cual condujo a una falta de comunicación entre ellos/as y a la dificultad del trabajo en equipo.

Estos discursos transformadores emergieron como resultado de relaciones de poder que los/as enfermeros/as ejercieron no de forma independiente de otras relaciones de poder, sino como elementos indisolubles e inherentes en continua tensión y provocación. Estas estrategias de resistencia y lucha contribuyeron a la emergencia de todos estos procesos de cambios y transformación profesional.

Las relaciones de poder de resistencia, lucha y oposición emergieron como respuesta a relaciones de poder, fundamentalmente disciplinarias, ejercidas históricamente sobre la

profesión y los/as enfermeros/as. Emergieron como un intento de resistir al poder que los/as había dominado, y de crear otras formas de entender y ejercer la profesión. Las resistencias fueron construidas sobre la base de la experiencia límite vivida por los/as enfermeros/as que hicieron de la resistencia una auténtica práctica de libertad. Estas resistencias y luchas no cuestionaban directamente el dominio de los médicos como individuos, sino contra los privilegios del conocimiento, contra la forma en que el conocimiento circulaba y funcionaba, y sus relaciones de poder.

CAPÍTULO 7. (IN)CONCLUSIONES. CONSIDERACIONES FINALES

En este último capítulo recojo las limitaciones del estudio, las exigencias reflexivas respecto a las transformaciones como investigadora desde el inicio del proyecto, las principales aportaciones de esta investigación y, finalmente algunas perspectivas de futuro.

He titulado este capítulo como (In)conclusiones, porque en él recojo pensamientos que están constantemente en reconstrucción. Esto supone que estos pensamientos no constituyen evidencias definitivas sobre la identidad de los/as enfermeros/as en España, sino que son pensamientos vivos y productivos, que van cambiando y transformando a quién los van ejerciendo. Deseo que estas reflexiones inviten a volver una vez más a cuestionar críticamente la profesión, y permitir así romper lo establecido como evidente y descubrir los logros y los puntos débiles de nuestro presente.

7.1 Limitaciones del estudio

Este estudio adolece de algunas limitaciones las cuales podrían tenerse en cuenta en futuras investigaciones. La primera limitación se refiere a las habilidades y la expertía de la investigadora (Mercado, Gastaldo y Calderón, 2002). Este estudio forma parte de mi proceso de doctorado, por tanto, de un proceso de (des)aprendizaje en el que he tratado de ir confrontando el proceso de investigación con la directora del trabajo y otros/as investigadores/as expertos/as tanto en el referente teórico como en la metodología utilizada.

En segundo lugar, hay que señalar aquellas limitaciones derivadas de mi presencia como investigadora en la comprensión de la realidad, la interpretación y exposición de los datos. Consciente de ello, he tratado a través de las exigencias reflexivas, de anotar las posibles ilusiones de transparencia, los preconceptos y simplificaciones, las opiniones conflictivas y dudas surgidas durante el proceso con una confrontación con la literatura y con otros/as investigadores/as.

En tercer lugar, los resultados, las conclusiones y las discusiones de esta investigación son transferibles cuando la combinación de circunstancias, valores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género son similares en distintos escenarios. Acorde a la perspectiva teórica he contextualizado histórica y socialmente los datos, para evitar la disgregación y desintegración del objeto de estudio del conjunto social en el que fueron mediados.

También hay que tener en cuenta que he analizado e interpretado los datos desde una lente de una particular agenda de investigación postestructuralista y posfeminista. Por tanto, me he centrado en explorar las relaciones de poder que han producido y reproducido discursos sobre la profesión y no otros aspectos, como los contextos de socialización, etc.

En cuanto a los manuales, cabe destacar que sólo han formado parte de la muestra aquellos manuales incluidos en las bases de datos consultadas. Es probable que durante este período en la formación de ATS se usaran otro tipo de manuales o textos, que en esta ocasión no se han analizado.

Tampoco se puede perder de vista la tendencia que las personas entrevistadas han podido tener al interpretar la historia más que a reflejarla, por lo que el resultado obtenido no es una narración literal o fotográfica de los hechos históricos, sino una memoria biográfica que es subjetiva (Guerra y Martín, 2005). De modo que su contexto y su realidad actual les ha podido influir en los recuerdos sobre opiniones, emociones, prácticas y experiencias del pasado, incluso los han podido reconstruir en el propio proceso de volverlo a contar. Como apuntan Epstein y Johnson (2000), se debe reconocer que la historia que se obtiene en una situación de entrevista es, en sí misma, un modo de constituir la identidad aquí y ahora, utilizando narraciones del pasado y del presente entrelazadas en formas muy complejas. Sin embargo, nada de todo esto invalida las historias y los recuerdos como forma legítima de entender las experiencias vividas por las personas en el pasado y en el presente. En cuanto a las entrevistas, también hay que tener en cuenta la diferencia que puede haber entre los recuerdos del pasado y la actualidad y entre lo que se dice y lo que se hace.

7.2 Nuevas exigencias reflexivas. Transformaciones de la investigadora

La perspectiva teórica y el análisis genealógico de los discursos y de sus relaciones de poder sobre la profesión a lo largo de estos veinte años han resultado un enfoque y un método fértil para la reflexión. Me han permitido descubrir los discursos y sus relaciones de poder históricas sobre las que enfermeros/as siguen arraigando de forma natural muchas prácticas en la actualidad profesional. Este conocimiento me permite reflexionar sobre los efectos e implicaciones de estas formaciones discursivas para la profesión y, en consecuencia, cuestionar algunas de estas prácticas.

Uno de los mayores retos intelectuales de este estudio ha sido la articulación de la propuesta teórica de Foucault sobre el análisis genealógico de los discursos y sus relaciones de poder, con el estudio sobre la identidad de los/as profesionales. A este ejercicio me han

ayudado enormemente los trabajos realizados previamente por otros/as autores/as quienes principalmente desde el campo de las ciencias sociales o de la salud han integrado algunos de los conceptos desarrollados por Foucault en el estudio de una diversidad de fenómenos.

Pero sin duda una de las exigencias reflexivas más relevantes, resultado de todo este proceso de investigación, ha sido la deconstrucción de algunos de los elementos discursivos que formaban parte de mi punto de partida y de mi propia subjetividad. La deconstrucción ha sido un gesto de deshacer, desmontar estructuras y fuerzas que había edificado, construido y elaborado a lo largo de mi trayectoria. No ha sido un ejercicio puramente de reflexión, sino una especie de cascada que han desestabilizado aquellos lugares de la arquitectura que consideraba más sólidos. Estoy convencida que en el momento en que escribo este capítulo aún no reconozco ni yo misma todos estos elementos y sus posibles transformaciones. Algunas de las deconstrucciones, relacionadas todas entre ellas, son la transición de la identidad a la subjetividad, la consideración del poder como forma de conocimiento productivo y la transformación discursiva en relación a la profesión y el cuidado.

A lo largo del estudio he ido redefiniendo el propio fenómeno de estudio, al transitar desde la perspectiva moderna del sujeto a la más cercana al postmodernismo. Como investigadora he ido transformando la identidad en un asunto no exclusivamente unitario y privado hacia una construcción en la que participan múltiples agentes históricos y políticos, como la forma de concebir y de organizar los discursos y las relaciones de poder. He ido deconstruyendo la idea de que no existe una identidad unánime y esencial para ser enfermero/a, sino que es un fenómeno complejo y en constante construcción y cambio. Desde mi punto de vista, pierde el sentido tratar de descubrir lo característico o real sobre la identidad de los/as enfermeros/as. No se puede generalizar y consensuar un conjunto de señas consideradas prerequisites para el desarrollo de la identidad profesional. La identidad no se puede concebir sin desligarla de su dimensión política, histórica y cultural. Son construcciones influenciadas por la forma en la que cada persona en cada momento histórico y social se ubica respecto a los discursos, el poder, y la subjetividad.

Al inicio del proyecto mi concepción del poder era más cercana a la marxista, como algo que posee y ejerce una clase privilegiada. Mi consideración del poder se ha ido transformando hacia relaciones de fuerzas que están en todas partes y que no sólo reprimen, sino que también producen efectos de verdad y producen saber. Esta deconstrucción me ha permitido identificar y comprender que los/as enfermeros/as a lo

largo de la historia, en determinadas circunstancias han ejercido relaciones de poder en sus prácticas, y en otras han sido objeto de autoridad o sometimiento. A lo largo del proyecto he podido descubrir tramas de poder microscópico ejercido por los/as enfermeros/as a lo largo de la historia en distintas variantes y formas.

En cuanto a la transformación discursiva en relación a la profesión y al cuidado, debo señalar que ha sido consecuencia de las dos anteriores y como apuntaba antes ha sido la que más ha desestabilizado aquellos lugares de la arquitectura que consideraba más sólidos. Al inicio del estudio mi concepción de la identidad profesional era más cercana a una construcción bipolar formada por una dimensión cuidadora y otra técnica o patológica. Esto contribuyó a que como enfermera concediese distinto grado de responsabilidad a ambas dimensiones, que no me configuraban de la misma manera como enfermera. Desde mi punto de vista la dimensión técnica me acercaba a un espacio, históricamente vinculado a relaciones de subordinación y dependencia médica, y era opuesta a la dimensión cuidadora. Esto me ocasionaba tensiones profesionales, como una relación opresiva con la medicina y los médicos con quienes trabajaba día a día para un mismo fin, la calidad de atención al paciente, y el sentimiento de que mi contribución era menos enfermera de lo que se consideraba deseable si la unidad clínica donde trabajaba era de alta tecnología. Esta concepción contribuía a que confiriese distinto valor a estas dos dimensiones y me alejaba de espacios con mayor legitimidad y reconocimiento clínico, investigador y social, en un sistema de salud que se mueve de forma dominante por una agenda de racionalismo económico.

A lo largo del estudio mi construcción de la identidad se han ido reinventado. Desde mi punto de vista el/la enfermero/a está absolutamente implicado/a en el manejo de las enfermedades, las técnicas, al igual que otras dimensiones de las personas a las que atiende. El/la enfermero/a debe integrar en su ejercicio profesional los conocimientos médicos y la destreza técnica, y usarlas como estrategias de empoderamiento, junto al manejo de otros conocimientos y destrezas relativos a aspectos psicológicos, emocionales y sociales de las personas a las que cuida.

Uno de los primeros reflejos de esta transformación es el planteamiento de una futura investigación, en la que mi interés se centra en explorar las relaciones de poder dentro de los equipos de salud, con la finalidad de promover, facilitar y mejorar las prácticas colaborativas en el sistema de salud. Mi interés se desplaza de un conocimiento restringido al ámbito disciplinar y profesional de la enfermería a un ámbito trans e interdisciplinar, y

del análisis de los discursos y relaciones de poder a las relaciones de poder entendidas como el elemento que reproduce o transforma las prácticas profesionales.

7.3 Nuevas aportaciones sobre la constitución de la identidad profesional, espacios relacionales de micropoder

La línea expositiva de las principales aportaciones de esta investigación no sigue fielmente la del capítulo anterior, ya que integro los discursos y las relaciones de poder como prácticas inseparables y constitutivas de nuestra condición profesional.

En mi opinión, el análisis de los discursos y las relaciones de poder, que entre 1956 y 1976 fueron constituyendo la identidad profesional de enfermeros/as en España, permite apuntar una serie de consideraciones acerca del cómo y porqué somos como somos. Estos conocimientos permiten analizar y entender mejor la legitimación y la transformación de ciertas prácticas, políticas y decisiones sobre la profesión, y el silencio de otras alternativas, que influyen en la posición actual de los/as enfermeros/as en el sistema sanitario, político y social de nuestro país. Por otra parte, el análisis histórico de las condiciones de constitución de la identidad profesional de los/as enfermeros/as es un medio para pensar y plantear otras posibilidades, así, pensar y construir un futuro distinto.

La interrelación entre la historia y el presente profesional, que uso a lo largo de las conclusiones es una estrategia de traducción del conocimiento académico a las esferas de la práctica y de la política, así como mi aportación al debate profesional. Al no contar en la literatura española con investigaciones que exploren desde una perspectiva genealógica la constitución de la identidad de los/as enfermeros/as, he basado e ilustrado las reflexiones recogidas en este apartado en tres fuentes: investigaciones que constatan la presencia de estas implicaciones en la actualidad profesional en España y en otros países, experiencias profesionales propias y, finalmente, manifestaciones explícitas de algunas de las personas entrevistadas en este estudio. Es interesante apuntar que algunas de las prácticas y de los procesos que constituyen la identidad profesional de los/as enfermeros/as en la actualidad en España, son también identificados en estudios a nivel internacional, mientras que otros ya han sido cuestionados o, incluso transformados.

7.3.1 ¿Cómo somos? (In) conclusiones de un análisis genealógico

Los resultados y discusiones de esta investigación apuntan que la identidad profesional de los/as enfermeros/as en España no se ha constituido en base a unas estructuras con valor universal, sino a prácticas, formas de pensar y hablar aceptadas y, otras excluidas y

prohibidas. Los hallazgos de esta investigación, contrastados con la literatura nacional e internacional permiten señalar que nos hemos constituido histórica, social y culturalmente a través de prácticas, las cuales se siguen reproduciendo y nos permiten entender como somos los/as enfermeros/as en la actualidad en nuestro país.

El análisis desarrollado en esta tesis me permite apuntar, como una de las contribuciones finales, seis elementos que considero claves para comprender como somos actualmente los/as enfermeros/as en nuestro país. Estos elementos son: profesionales divididos entre el humanismo y la tecnificación, la profesión como un saber menor y complementario, profesionales ubicados en espacios de subordinación, profesionales para todo, sin especialización, profesionales que reproducen la mirada patológica y tecnológica y profesionales sin voz propia.

7.3.1.1 Profesionales divididos entre el humanismo y la tecnificación

Las históricas relaciones de poder disciplinario de sometimiento, subyugación y fiscalización que ejerció la medicina durante al menos estos veinte años, permite entender algunas de las prácticas que los/as enfermeros/as ejercen actualmente en España como resistencia y liberación del dominio médico. Una de estas prácticas es la reproducción de discursos humanistas y holísticos frente a los discursos técnicos o patológicos.

En España los/as enfermeros/as siguen tratando de diferenciar, especificar y clarificar su contribución frente a la práctica médica, y establecer un cuerpo de conocimientos y una base científica propia que les permita articular su contribución profesional dentro del sistema de salud. Una de las estrategias que les ha permitido clarificar su práctica profesional, cuando por la formación recibida sólo la habían podido articular en términos de responsabilidad hacia la profesión médica, ha sido la articulación de su prácticas desde nuevos discursos, como los holísticos, humanísticos y moralistas, en ocasiones confrontados con los discursos patológicos, biomédicos o técnicos.

La emergencia y reproducción de estos discursos ha estado influida por las teorías y modelos conceptuales, la mayoría generados en Norteamérica a partir de 1950. Los marcos conceptuales han aportado un conocimiento teórico útil para los/as enfermeros/as en nuestro país, sobretodo a partir de los años ochenta, pero no han conseguido poner de relieve la complejidad de la realidad en la práctica profesional, ya que cada uno de ellos captura situaciones muy específicas de la práctica profesional. Un hecho que evidencia la escasa utilidad clínica de los modelos conceptuales son las dificultades en la integración y la

transferencia de estas teorías en la práctica cotidiana. Por ejemplo, Watson (1985) argumentó que el cuidado únicamente puede ser practicado de forma interpersonal y nominal en un contexto de interrelación entre enfermera y paciente. Tal perspectiva no permite, por ejemplo, ser adoptada en la práctica de un/a enfermero/a que cuida a personas inconscientes o con demasiado dolor que simplemente no quieren relacionarse (Aranda y Brown, 2006).

Creo que lo más importante no es reflexionar sobre la verdad o falsedad, la utilidad o no de los modelos conceptuales, sino cuestionar los posibles efectos no intencionados de su adopción como referentes de la práctica profesional. Desde mi punto de vista, la adopción de los modelos conceptuales han contribuido a la reproducción y emergencia de algunos dualismos en la profesión, como el alejamiento entre teoría y práctica, la yuxtaposición entre cuidar y curar y, la fragmentación del rol profesional.

La mayoría de los marcos conceptuales han sido generados en el ámbito teórico y académico y no en el contexto de la práctica donde se plantean los problemas que requieren de respuestas y donde se aplican y ejecutan. La experiencia de otros países nos demuestra que este alejamiento no facilita la implementación de los conocimientos en la práctica clínica ni tampoco la transferencia a otros espacios, como la gestión, la política o la ciudadanía (Kyrkjebø y Hage, 2005). Esto es un obstáculo que compromete el desarrollo de mejores prácticas y el avance científico y profesional de la enfermería (Dobbins, Decorby y Twiddy, 2004).

La yuxtaposición entre cuidar y curar es un discurso cada vez más arraigado en nuestro país. Los discursos transmitidos por las teorías y modelos conceptuales han contribuido a conceptualizar el cuidar como la base de la profesión, diferenciándolo o contraponiéndolo al curar (Aranda y Brown, 2006). De este modo, la enfermería se ha construido como ciencia en oposición a la medicina para obtener el reconocimiento como profesión específica e independiente (Parker, 2005). En este sentido, autoras de algunos de los modelos y teorías de enfermería como Rogers (1970) conceptualizaron la enfermería como una ciencia holística. Watson (1985) a su vez, enfatizó la función cuidadora de la enfermera frente a la función curativa del médico y Cohen (1991) definió la enfermería como una ciencia humanista.

En nuestro país, un discurso generado principalmente desde la academia y arraigado en la práctica profesional ha sido la fragmentación del rol, los conocimientos, las prácticas y las responsabilidades profesionales de los/as enfermeros/as en dos dimensiones virtuales. En

la dimensión cuidadora o independiente, donde el/la enfermero/a asume la responsabilidad de actividades de carácter emocional o psicológico dirigidas al autocuidado del paciente, y a la satisfacción de las necesidades humanas, y en la dimensión curativa o interdependiente, donde comparte las responsabilidades de actividades más técnicas o médicas dirigidas a combatir la enfermedad (Carpenito, 2006). Esta artificial bifocalidad en el rol profesional no sólo ha contribuido a que los/as enfermeros/as hayan podido conceder distintas prioridades o valor a una dimensión sobre otra, independientemente de la situación que viva la persona atendida. De este modo, la dimensión cuidadora o independiente se ha considerado como la contribución específica de los/as enfermeros/as al cuidado de la salud (Alfaro, 2003; Carpenito, 2006; Fernández, Garrido, Santo Tomás, 2000). En cambio la dimensión técnica o médica ha supuesto una posible amenaza al componente cuidador del rol del profesional. Cuando en realidad, los/as enfermeros/as en su práctica cotidiana integran y articulan una complejidad de dimensiones y actividades y tienen un papel determinante en todas ellas (Snelgrove y Hughes, 2000; Gordon, 2006).

Tal bipolaridad ha contribuido a la diferenciación dentro del colectivo profesional, de los/as enfermeros/as que adoptan un modelo enfermero en su práctica, considerados “auténticos/as cuidadores/as”, y los/as enfermeros/as eclécticos/as, considerados “técnicos/as”. Los/as enfermeros/as cuidadores/as ejercen su profesión desde discursos más emocionales, de interrelación, humanistas, holísticos y los/as enfermeros/as técnicos/as se caracterizan por una práctica más cercana a la médica.

Esta fragmentación puede crear cierta tensión y confrontación para los/as profesionales, ya que desde el discurso dominante técnico y biopatológico se asigna menor valor a los cuidados relacionados con la higiene, la alimentación, o la educación sanitaria, que a los cuidados técnicos o médicos, como la inserción de vías, la cura de heridas o la administración de un tratamiento. Los primeros son considerados prácticas “naturales”, para las cuales no se requieren muchas destrezas ni conocimientos (Gordon, 2006). Mientras que las prácticas técnicas suelen ser vistas como actividades ingeniosas para las que se requieren más conocimientos específicos.

Desde mi punto de vista, la reproducción o retorno a los discursos humanistas y holísticos ha contribuido a alejar a la profesión y a los/as enfermeros/as de discursos clínicos, sociales, políticos y económicos, desde los cuales podrían explicar y argumentar con mayor claridad a gestores/as, políticos/as, periodistas, otros/as profesionales de la salud y sobretodo a los/as ciudadanos/as, no sólo “quienes son”, sino principalmente lo “que

saben”, lo “que hacen”, “como lo hacen” y el impacto de su práctica diaria en los resultados de la salud.

7.3.1.2 Profesión de saber menor y complementario

En España, al igual que en otros países, la articulación del ejercicio profesional de los/as enfermeros/as alrededor de discursos humanistas, moralistas y, de carácter relacional, personal e íntimo, más que de discursos racionales, técnicos y científicos sigue siendo un elemento determinante en la consideración de la enfermería como un saber complementario y menor en el sistema de salud (Hamilton y Manias, 2006; Nelson y Gordon, 2006; Parker, 2005; Apker y Eggly, 2004; Harter y Krone, 2001; Amin et al, 2000; Snelgrove y Hughes, 2000; Turner, 1995).

Los discursos moralistas y humanistas que emergieron con la enfermería moderna en el siglo XIX, y se reprodujeron en España en el siglo XX han contribuido a mantener la imagen de la enfermería como un trabajo para personas amables, simpáticas, sacrificadas, sensibles y con corazón, opuesto a un trabajo para personas habilidosas, inteligentes y con conocimiento. Estos discursos han contribuido a mantener la vinculación de la práctica de el/la enfermero/a a su humanidad y a sus virtudes, en lugar de a su conocimiento, expertía y competencia. La enfermería es considerada como una actividad subordinada, mecánica y rutinaria para la que fundamentalmente se precisa práctica y determinadas actitudes, en detrimento de la investigación y de la experiencia clínica, y en cambio la medicina se percibe como la única aportación dirigida a mejorar la salud de la población.

Esto sucede también en otros países en los que la profesión sigue siendo vista como una actividad trivial e intuitiva, que puede ser realizada con un poco de práctica e “intuición femenina” (Buresh y Gordon, 2003; Nelson y Gordon, 2006; Rolfe, 2005). La práctica de las/os enfermeras/os sigue siendo considerada como una implicación personal más que como una labor de expertos/as, por lo cual los/as enfermeros/as siguen recibiendo de los enfermos y de la sociedad la gratitud ante su implicación, atención y entrega, en lugar del reconocimiento a su pericia, experiencia clínica y especialización (Fealy, 2004; Medina, 2005).

Todo ello permite señalar que cuando concebimos la práctica profesional en base a unos discursos y marginamos otros, estamos aportando una visión descomplejizada de la profesión. No podemos perder de vista que la práctica de los/as enfermeros/as se conforma a partir de una compleja constelación de conocimientos y competencias que interconecta aspectos intelectuales, físicos, emocionales, éticos, tecnológicos, y clínicos. La

integración y articulación de este amplio abanico de aspectos es lo que capacita a los/as enfermeros/as para ejercer poder en el sistema de salud. Lo importante es articular los distintos discursos y prácticas para alcanzar los objetivos de salud de los pacientes y conseguir que la enfermería sea una fuerza positiva en el sistema de salud. No hay unos discursos más valiosos, adecuados o auténticos que otros, sino que cada uno de ellos sitúa profesional, social y políticamente a la enfermería y a los/as enfermeros/as en el ejercicio de distintas relaciones de poder.

7.3.1.3 Profesionales vinculados/as a espacios de subordinación

Otro legado histórico arraigado en la profesión, en el sistema de salud y en la sociedad son las relaciones de poder de subordinación entre enfermeros/as y médicos. En la actualidad se siguen reproduciendo prácticas que son reflejo de una perpetuación de los discursos de autoridad médica, en la que el médico es el que tiene potestad y criterio en todo el proceso asistencial, como la jerarquía profesional en las organizaciones sanitarias, la autorización de ingreso y alta de los paciente, el derecho del paciente a la información sobre su estado de salud, el uso y control de espacios físicos y simbólicos, y los desequilibrios de poder y autoridad en las relaciones interprofesionales.

En nuestro país las organizaciones sanitarias se siguen conformando en rígidos compartimentos de jerarquía profesional que funcionan como unas cuasifamilias en las que el jefe de servicio, casi siempre un hombre y médico, sigue ostentando la autoridad científica. Los estudios muestran como los medios de comunicación, los políticos, el público y los profesionales de la salud en general siguen considerando a los médicos y a la medicina como los únicos actores del escenario (Buresh y Gordon, 2003), y sitúan a la enfermería en una posición social y profesional de dependencia o complementariedad de la medicina (Alberdi, 1993; Coombs y Ersser, 2004; Erlen y Frost, 1991; Hamric, 2000; Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006).

A pesar de que actualmente los/as enfermeros/as valoran, describen y actúan para resolver los problemas de salud de la población, se sigue pensando que las prácticas que realizan los/as enfermeros/as fundamentalmente implican la ejecución de las prescripciones que realizan otras profesiones de las cuales depende su trabajo. De hecho, en España actualmente los/as administradores/as sanitarios/as solicitan enfermeras/os con una sólida formación técnica para aplicar y controlar con precisión los sofisticados tratamientos que prescriben los médicos (Medina, 2005). En este sentido hay estudios que constatan como actualmente el sistema de salud devalúa, ignora o silencia las aportaciones de las enfermeras

sobre los objetivos y las estrategias en la provisión de salud al no considerarlas de impacto científico (Castanha y Zagonel, 2005; Georges, 2003; Medina, 2005; Nelson, 2004; Parker, 2005).

El dominio médico, está tan arraigado, aceptado y asumido que también se refleja en la regulación de algunas leyes, como el recién publicado Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la sanidad Valenciana (Decreto 74/2007, de 18 de mayo) y la Ley de Sanidad básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica publicada el 15 de Noviembre de 2002, y el uso de cierto lenguaje en los registros clínicos (Apéndice 24.A, 24.B y 24.C).

Otra práctica que contribuye a legitimar la subordinación profesional y social de la enfermería es el uso y el control de tiempos y espacios físicos y simbólicos, que han contribuido a definir quienes son los/as enfermeros/as, a ubicarlos/as no sólo ambiental sino personal, profesional, política y socialmente y a establecer modalidades de relación con su mundo perceptivo, funcional y simbólico. Un signo visible de subordinación es el uso y control de los espacios privados y públicos dentro de las organizaciones. Los médicos suelen disponer de espacios “privados”, como despachos y ordenadores para realizar su trabajo y los/as enfermeros/as suelen compartir espacios “públicos”, como los controles de enfermería. Estos espacios se constituyen en relación al tipo de actividad realizada por ambos profesionales, los médicos trabajos más intelectuales que requieren de mayor concentración y los/as enfermeros/as trabajos más manuales (Fealy y McNamara, 2006).

Respecto a las relaciones profesionales entre enfermeros/as y médicos, a pesar de que han cambiado han cambiado considerablemente en los últimos treinta años, se siguen manteniendo desequilibrios históricos de poder y autoridad (Casanova, Kay, Dorpat, Hendricks, Theis y Wiesman, 2007; Miró, Gastaldo y Gallego, 2008; Reeves, Nelson y Zwarenstein, 2008). A pesar de que se van incrementando las colaboraciones, ambos/as siguen actuando como profesionales paralelos más que como colaboradores/as (Blue y Fitzgerald, 2000). Uno de los elementos que ha podido contribuir a que esta situación se mantenga es que los/as profesionales tratan de defender sus posiciones, y a veces pierden de vista la seguridad y la salud del paciente como foco primario de esta interrelación.

Un reflejo de este tipo de relaciones interprofesionales es la dificultad que los/as enfermeros/as siguen teniendo en el acceso y manejo de la información clínica de los pacientes (Parker y Wiltshire, 2004). Fundamentalmente, porque esta información se sigue

concebido como un área privativa y exclusiva de los médicos, del que las/os enfermeras/os deben evitar dar información al paciente u opinar sobre el tratamiento o investigación médica. Numeros estudios constatan que si los/as enfermeros/as dan información sobre el diagnóstico o el tratamiento son penalizados/as o amonestados/as principalmente por algunos médicos, quienes se consideran los últimos responsables legales y organizativos de los procesos de salud, y entienden que esta información es exclusivamente médica, sin embargo, no son penalizados/as si hablan sobre dimensiones psicológicas o emocionales del cuidado (Coombs, 2003; Gordon y Nelson, 2006; McBride y Clark, 2006; Pattison, 2006; Zaforteza, Gastaldo, De Pedro, Sanchez-Cuenca y Lastra, 2005).

Estas prácticas se siguen reproduciendo en un momento en que las investigaciones demuestran cómo la práctica colaborativa y las relaciones interprofesionales en los equipos de salud son factores clave en la seguridad, la calidad y la efectividad en la atención de salud de los/as pacientes. La literatura evidencia que unas buenas relaciones interprofesionales contribuyen a promover prácticas clínicas seguras, a alcanzar de forma eficiente los objetivos de salud y a disminuir la ocurrencia de errores o incidentes adversos en el cuidado (McCallin, 2005; Sirota, 2007). Varios estudios experimentales evidencian que la práctica colaborativa consigue reducir en un 25% la mortalidad postquirúrgica y las complicaciones como infecciones nosocomiales (Lingard, Espin, Evans, Hawryluck, 2004; Zwarenstein, Bryant, 2000; Zwarenstein, Reeves, 2000; Nembhrad, Tucker, Horbar, Carpenter, 2008).

7.3.1.4 Profesionales para todo, sin especialización

Actualmente los/as enfermeros/as siguen siendo considerados como una masa homogénea de profesionales con funciones intercambiables, que pueden valer para todo. Los/as gestores/as, a través de las políticas de recursos humanos, legitiman a las/os enfermeros/as como profesionales generalistas con funciones inespecíficas, que independientemente de su grado de formación y pericia profesional pueden acometer el cuidado de cualquier persona. Esto supone que los/as enfermeros/as no precisan de conocimientos especializados, ni de competencias ni juicios clínicos específicos.

En España, a diferencia de otros países existen políticas que legitiman prácticas como la contratación de los/as enfermeros/as “corretornos”. Estos/as enfermeros/as trabajan cada día en una unidad diferente con profesionales diferentes y responsabilizándose de pacientes en muy diversas y complejas situaciones de salud. Esto refleja que para la administración lo

importante es el número de enfermeros/as que necesitan en sus organizaciones y no la expertía y la competencia del/a profesional que se incorpora a la organización. De algún modo, estas organizaciones tienen una falta de compromiso con la calidad de los servicios que ofertan. En España, en general las políticas sanitarias no priorizan ni promueven la contratación de enfermeros/as que puedan diseñar, liderar y gestionar proyectos, con pensamiento crítico y analítico, con formación especializada y con compromiso ético y social. Esto convierte a las organizaciones sanitarias en espacios donde tradicionalmente no se promueven oportunidades para la investigación, el desarrollo profesional, ni donde los/as enfermeros/as puedan trasladar e implementar las evidencias para resolver los problemas de los pacientes (Gordon, 2006).

Esto sucede en nuestro país, cuando las investigaciones anglosajonas desde principios de la década de los 80 están evidenciando como la política de empoderamiento de los/as enfermeros/as de los hospitales llamados magnéticos, impacta sobre los resultados de salud, como la disminución de la mortalidad, los índices de infección, las estancias hospitalarias, y aumento de la seguridad de los pacientes (Laschinger, Almost y Tuer-Hodes, 2003). Los hospitales magnéticos son entornos que se caracterizan por alcanzar altos indicadores de calidad en la atención a los pacientes y por favorecer la puesta en práctica de los conocimientos de los/as enfermeros/as, la experiencia clínica de los/as enfermeros/as, por una ratio enfermero/a-paciente que asegure la calidad de los cuidados, la descentralización en la toma de decisiones, la relación enfermero/a-médico, etc (Aiken, Clarke, Sloane y cols, 2002).

7.3.1.5 Profesionales que reproducen la mirada patológica y tecnológica

Actualmente la mirada clínica de las políticas de salud y de los profesionales se sigue manteniendo alrededor de la patología, el diagnóstico y la tecnología. Este hecho tiene múltiples implicaciones para la profesión y la población atendida. La proximidad y la similitud de la práctica enfermera con la práctica médica es lo que le confiere un determinado valor. La profesión se constituye primariamente en términos de su relación a la profesión médica (Holmes, 2001a; Parker, 2004). Se valora de forma diferente la práctica de los/as enfermeros/as de unidades con mayor intervencionismo, tecnología y que cuidan a pacientes con patologías más complejas o graves como Unidades de Cuidados Intensivos, quirófanos, urgencias, servicios de emergencias, servicios de hemodinámica, que la práctica de los/as enfermeros/as que trabajan en residencias con personas mayores, unidades

pediátricas, o en el área comunitaria, cuya práctica no es tan directamente intervencionista, sino más educativa y de soporte.

Este tipo de mirada clínica también legitima determinadas relaciones con los pacientes. Los profesionales tienden a reducir a los pacientes a entidades biológicas o procedimientos administrativos, como pruebas diagnósticas o simplemente al número de la cama donde se ubican. A menudo los profesionales se refieren a los pacientes como “el de la apendicitis”, “el de la 402”, “el que está pendiente de la resonancia”, etc. Principalmente, estudios a nivel internacional constatan como los pacientes se constituyen como objetos orgánicos de la atención y la práctica clínica de los profesionales (Hamilton y Manias, 2006; Henderson, 1994; Lawler, 1991; May, 1992; Parker, 2004). Los pacientes siguen siendo vistos como “cuerpos” y no como “sujetos” sociales (May, 1992). Incluso estos cuerpos se pueden llegar a tipificar como “buenos”, “malos”, “fáciles” o “difíciles” según la capacidad que estos tengan de alterar o legitimar el trabajo de los/as enfermeros/as y otros/as profesionales (Peerson y Yong, 2003). De modo que, cuando la persona es autónoma, y ejerce su derecho de decidir por sí misma se convierte en un paciente “difícil”, pero cuando es sumisa y acata las “órdenes” se convierte en un paciente “fácil”.

7.3.1.6 Profesionales sin voz propia

El gregarismo, conformismo y anonimato en el que se han formado los/as enfermeros/as durante estos veinte años ha contribuido a que actualmente tengan dificultades para contar al mundo sus logros y sus contribuciones diarias al cuidado de la salud de los/as ciudadanos/as. En general, no cuentan lo que saben y lo que realmente hacen, no comunican al público la complejidad y el impacto de sus prácticas e investigaciones en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud de la población (Buresh y Gordon, 2003).

Estudios anglosajones, constatan como los/as enfermeros/as, a pesar de ser el colectivo más numeroso de los sistemas de salud occidentales, pasan habitualmente desapercibidos/as (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006; Parker, Wright y Peerson, 2004). Los/as enfermeros/as suelen ser visibles cuando ocurre una ruptura, pero no en su trabajo diario. Aparecen en los medios de comunicación cuando hay reducciones de personal, huelgas, quejas o reclamaciones de pacientes, bajos salarios, enfermedades laborales o ligadas a imágenes que precisamente no contribuyen a reconstruir la identidad profesional, como el cine erótico o pornográfico (Buresh y Gordon, 2003).

Los últimos datos del Barómetro de Junio de 2006 publicados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2006) del Ministerio de la Presidencia, sobre los aspectos que describen diversas profesiones evidencian como el público tiene una alta consideración y respeto sobre el trabajo de los/os enfermeros/as pero no tiene una idea clara de lo que realmente hacen en el sistema de salud. Algunas personas basan su impresión favorable de los/as enfermeros/as sobre experiencias de primera mano, pero éstas no se trasladan más allá de una dimensión privada, raramente llegan a una dimensión pública de reconocimiento de la enfermería.

La visibilidad de los/as enfermeros/as en la sociedad presenta una diferencia notable entre España y otros países como Canadá. Una constatación de este hecho es que en las páginas Web de dos asociaciones profesionales con fines similares de España y Canadá los discursos sitúan de forma diferente la profesión en ambas sociedades. En la página Web del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España¹, únicamente aparecen noticias relativas al ámbito profesional, como el incremento en la dotación de personal sanitario, la consolidación de empleo de enfermeros/as, la acreditación de formación continuada, o la regulación de los estudios universitarios de grado y postgrado. La única sección orientada a la atención al ciudadano se especifica que la información y las respuestas facilitadas no podrán considerarse como diagnóstico o prescripción ni tendrán carácter vinculante. En cambio, en la página web de *Registered Nurses' Association of Ontario*² (RNAO) los/as enfermeros/as hablan a la población sobre cuestiones de nuestro tiempo como la crisis en el Oriente Medio, la pobreza, las listas de espera o la seguridad de los pacientes y, contextualizan el cuidado como un acto político más allá de lo individual. La RNAO sitúa socialmente la profesión y a sus profesionales en defensa de un mejor sistema sociosanitario universal con equidad en los cuidados para sus ciudadanos/as y no únicamente en una agenda de reivindicación laboral o reduccionismo corporativo.

Actualmente los/as enfermeros/as siguen silenciando su voz a nivel social, pero también en su trabajo diario con las personas a las que atienden o trabajan. Con el lenguaje y el comportamiento con los pacientes, médicos, gestores y otros profesionales, los/as enfermeros/as contribuyen a promover su singularidad dentro del sistema o a diluirse como parte de una masa indiferenciada. En España, cuando los/as enfermeros/as se presentan, no suelen hacerlo con un apretón de manos, ni tampoco suelen hacer referencia

¹ http://www.cge.enfermundi.com/servlet/Satellite?pagename=SiteCGE/Page/Home_cge
[consulta realizada día 11 de Noviembre de 2006]

a sus credenciales, ni a su nombre y apellido, sino que habitualmente usan su nombre de pila (Zaforteza et al, 2005). Cuando la presentación del profesional a los/as pacientes y familias es una práctica que comunica el status y la agencia del profesional y además tiende a tranquilizar al paciente, quien puede identificar el/la profesional experto/a que se hace responsable de su caso (Buresh y Gordon, 2003).

El tipo de conocimiento que la sociedad tiene sobre la enfermería es determinante para que los/as ciudadanos/as también reivindiquen soluciones y acciones para mejorar un entorno laboral en las que los/as enfermeros/as puedan prestar una atención de calidad a la población (Gordon y Nelson, 2006; Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006). Los/as enfermeros/as deberían sacar a la luz pública sus reflexiones y discusiones que hasta el momento quedan en el entorno de la enfermería, ya que muchas de las cuestiones internas de la profesión son también cuestiones externas de la sociedad. (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006; Gordon y Buresh, 1991). Los/as enfermeros/as deberían ayudar al público a entender porqué la recuperación de los pacientes depende, por ejemplo, de la dotación adecuada de enfermeros/as, de su grado de especialización, de los tiempos de atención, de la sobrecarga de trabajo, de los fondos económicos y de la participación de los/as enfermeros/as en las tomas de decisiones en las instituciones y políticas sanitarias.

7.3.2 ¿Por qué somos como somos?

Durante el período entre 1956 y 1976 hubo una serie de factores sociales, políticos y profesionales que jugaron un papel determinante en los procesos de continuidad y transformación de la constitución de la identidad profesional de los/as enfermeros/as en nuestro país. Algunos de los factores contextuales que contribuyeron a la transformación de prácticas profesionales y al desarrollo de la Enfermería en nuestro país fueron los intercambios con profesionales de otros países, con otra formación y otras perspectivas profesionales, la articulación de redes y plataformas profesionales dentro del país, la adaptación a los cambios de la práctica médica, y la participación en encuentros o asociaciones.

Otra de las principales contribuciones finales del análisis de esta tesis es apuntar, además de los factores contextuales señalados, cuatro razones que considero permiten explicar porque actualmente se siguen reproduciendo y legitimando en la profesión ciertos discursos y relaciones de poder. Las razones identificadas son: el poder normalizador de las relaciones

² <http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=1224&SiteNodeID=117>. [consulta realizada día 11 de Noviembre de 2006]

de género, la construcción social e histórica de las identidades profesionales, la reproducción de los discursos represivos y la dificultad de entender el poder como constructivo, y las resistencias como estrategias contrarias al poder y no como empoderamiento profesional.

7.3.2.1 El poder normalizador de las relaciones de género en la profesión

La reproducción de las diferencias de género en la profesión ha sido una estrategia histórica de normalización y politización profesional que se sigue reproduciendo en la actualidad en España y en otros países. La producción de conocimiento sobre la profesión y los/as profesionales ha estado históricamente vinculada a regímenes específicos de poder ligados al género. De este modo, cada sociedad ha producido sus propias verdades sobre las cuales normalizar y regularizar la profesión de enfermería a partir de ciertas peculiaridades y características.

A pesar del aumento de mujeres en la Medicina, en las organizaciones sanitarias se siguen manteniendo los roles tradicionales de género, en las que el médico es el científico que salva vidas y el/la enfermero/a la/el que administra los tratamientos y da confort a los pacientes. La identificación de género en la profesión enfermera sigue legitimando el discurso profesional y social de que el cuidado es una actividad inferior e instintiva, y la enfermería una profesión vocacional, sacrificada, con énfasis sobre lo emocional y lo relacional.

Algunos estudios evidencian como las diferencias de género son uno de los principales factores por la que no aumenta el porcentaje de hombres en la profesión (Hart, 2006). El *California Institute for Nursing and Healthcare* realizó un estudio en 2004 cuyo objetivo fue determinar las razones de que el porcentaje de hombres que eligen la profesión de enfermería sea persistentemente bajo. Los resultados obtenidos tras encuestar a 498 enfermeros y enfermeras apuntaron que el motivo principal por el que ambos sexos eligen la carrera es el deseo de ayudar a las personas y ambos centran sus quejas en la presión asistencial, la dotación insuficiente de plantillas y el papeleo administrativo. En cuanto a las respuestas específicas de los hombres cabe destacar que el 60% se sienten orgullosos de decir que son enfermeros y sin embargo el 40% se sienten incómodos debido a los estereotipos negativos relacionados con el ejercicio de la enfermería por parte de los hombres. Uno de estos estereotipos es el que los enfermeros son homosexuales, incapaces de realizar estudios de medicina, carentes de objetivos en la vida, pobres o carentes de modelos de rol.

La reproducción de las diferencias de género, y el impacto que producen para la profesión permiten sugerir entre otras conclusiones que los discursos profesionales no deberían tener especificidad de género. Se debería transmitir lo que la enfermería ofrece tanto a los hombres como a las mujeres, incluyendo entre otros aspectos la capacitación y autonomía de los profesionales, el impacto de la profesión en la salud y la sociedad, y las ventajas prácticas como la estabilidad del empleo según los países y la diversidad de campos de intervención. Esto ayudaría a plantear el cuidado de las personas no como un instinto y un arte femenino, sino como un valor universal que no debe estar condicionado por raza, sexo ni generación (Bover, 2004).

7.3.2.2 La construcción social e histórica de las identidades profesionales.

Como sucede con otras elaboraciones de la cultura, nos parece que la concepción actual sobre la identidad de los/as enfermeros/as es natural, obvia e incuestionable. Además por nuestra dimensión experiencial reclamamos una cierta especificidad, a nivel individual y colectivo en relación a quiénes somos y la diferenciación con otros. Parece ser que la singularidad, la unicidad, la exclusividad son características imprescindibles, al menos en nuestra cultura, de lo que llamamos identidad.

A pesar de esto y aunque parezca una paradoja, en esta investigación se pone de relieve que la identidad es algo más que una entidad natural o psicológica, es una elaboración conjunta de cada sociedad particular a lo largo de la historia, que tiene que ver con el lenguaje, las relaciones de poder y las prácticas. La identidad profesional de los/as enfermeros/as en España, y en otros países se ha constituido en base a prácticas, formas de pensar y hablar aceptadas y, otras excluidas y prohibidas a lo largo de la historia. Los/as enfermeros/as se han constituido en una alianza flexible entre las interpretaciones personales y los discursos y relaciones de poder socialmente dominantes.

Desde mi punto de vista, esto supone que la identidad de los/as enfermeros/as se constituye en base a una infinidad de identidades, todas ellas diferentes, siendo imposible desplegar un catálogo de señas identitarias objetivas, propias y específicas de los/as enfermeros/as. La identidad es un constructo plural y relativo, en lugar de unificador y universal. Desde esta perspectiva debemos aceptar que la complejidad de uno/a mismo/a no puede reducirse a identidades estanco y hay que abrirse a nuevas poli-identidades en las que cada individuo acaba siendo el cruce creativo de huellas culturales, costumbres, historias, recuerdos o, incluso, preferencias.

7.3.2.3 La reproducción de discursos represivos dificulta entender el poder como constructivo y transformador

La reproducción histórica de discursos represivos sobre la profesión y los/as enfermeros/as, como la infravaloración, la subordinación, la dependencia, la inferioridad y la subyugación han llevado a caracterizar a la profesión desde sus aspectos fundamentalmente restrictivos. Estos discursos han contribuido a que los/as enfermeros/as se consideren dominados/as y consideren el poder como algo exterior a la profesión, y como algo privativo de una élite, como los médicos quienes les controlan y normalizan de manera sutil. La concepción de los/as enfermeros/as como sujetos pasivos frente al ejercicio del poder, a llevado al ejercicio de la represión, homogeneización y silencio, en lugar de la incitación, implantación de singularidades múltiples y proliferación de discursos profesionales.

A lo largo de la historia los/as enfermeros/as han tenido capacidades y posibilidades de resistencia y reacción, pero la perspectiva represiva ha dificultado entender los aspectos posibilitadores, creadores y positivos del poder. Ya que, la resistencia o el cambio ante situaciones de dominación, de reducción de espacios de libertad se despliega desde el deseo interior de bucar nuevas estrategias para modificar y transformar el orden impuesto de las relaciones de fuerza y, la forma en que el conocimiento circula y funciona.

7.3.2.4 Las resistencias como estrategias contrarias al poder y no como empoderamiento profesional

El análisis de esta tesis evidencia como a lo largo del período estudiado los/as enfermeros/as han articulado los discursos alternativos y emergentes desde espacios confrontados a los discursos y las relaciones de poder dominantes. Aunque a lo largo de la historia los/as enfermeros/as han ejercido distintas posiciones de poder y legitimidad, han articulado los espacios profesionales en confrontación a los discursos médicos y técnicos y las relaciones de poder de subordinación. Las identidades emergentes se han constituido en un campo de luchas, conflictos y resistencias.

Las resistencias han representado, y siguen siéndolo en la actualidad, una estrategia por parte de los/as enfermeros/as frente a la opresión, la vigilancia y la fiscalización, en un contexto de desigualdad e intentos de homogeneización y normalización profesional por parte de los médicos, y de las estructuras administrativas que organizan el trabajo

Desde mi punto de vista, puede resultar peligro cuando los discursos profesionales emergentes que constituyen la identidad profesional se articulan meramente como

discursos de resistencia contra las relaciones poder dominantes y no ofrecen una visión alternativa para articular formas de pensar y hacer diferentes. Los discursos alternativos deben convertirse en contradiscursos hacia el empoderamiento y la justicia social. Lo subversivo de los discursos emergentes o alternativos radica en el hecho de la desarticulación y el reordenamiento estratégico de los elementos de dominio que han constituido la profesión y los/as profesionales. Algunos de los mecanismos de desarticulación o reordenamiento podrían ser no circunscribir la práctica de los/as enfermeros/as exclusivamente al cuidado o al ámbito clínico, buscar estrategias de vinculación de la práctica de los/as enfermeros/as a la práctica médica, generar corrientes de opinión en relación a cuestiones que afectan a la población en general, como la inmigración, la vivienda, las listas de espera, las políticas de los gobiernos y, no circunscritas únicamente al ámbito de la enfermería.

7.4 Perspectiva(s) de futuro.

Finalizada esta investigación puedo apuntar algunos interesantes proyectos de investigación para el futuro.

Por un lado, he podido constatar una falta de investigaciones historiográficas, como historias de vida o biografías sobre aquellos/as profesionales, fundamentalmente enfermeros/as que contribuyeron de forma decisiva a la transformación de la enfermería en nuestro país desde sus diferentes ámbitos profesionales. Desde mi punto de vista, este tipo de investigaciones son determinantes para emprender una revisión detallada y crítica de la historia de la profesión en nuestro país, y encontrar un punto de equilibrio entre las metanarraciones y las microhistorias. Es pues, en la cotidiana y riquísima experiencia vivida donde se forja la capacidad de comprensión para penetrar, evocar y discurrir en lo recóndito de los acontecimientos pasados.

Por otro lado, esta investigación abre un amplio abanico de espacios de análisis, cuestionamiento y de transformación sobre las actuales prácticas profesionales y políticas de salud que podrían ser abordadas en futuros proyectos de investigación. En relación a una de estas prácticas, en concreto a las relaciones de poder dentro de los equipos de salud, es donde me gustaría plantear mi línea de investigación postdoctoral.

Para desarrollar el proyecto que inicialmente he titulado, Cómo se construyen las relaciones interprofesionales en los equipos de salud. Impacto en la práctica clínica y el desarrollo profesional me he integrado como investigadora en el grupo de investigación Determinantes Sociales de la Salud de la Universitat de les Illes Balears, donde tendrá la

oportunidad de formar parte de un equipo de investigación interdisciplinar, formado por enfermeros/as, médicos/as y sociólogos/as a nivel nacional e internacional.

Creo que este estudio aportará nuevos conocimientos sobre cómo funcionan desde dentro las relaciones interprofesionales en los equipos de salud, y permitirá visibilizar y cuestionar más allá de los estereotipos conocidos algunas prácticas arraigadas y legitimadas entre los/as profesionales dentro de los equipos.

CAPÍTULO 8. BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo, R.C., Ramos, F.R. (2003). Arqueología e genealogía como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. *Rev Bran Enferm*, 56(3), 288-291.
- Aguilar, M^a.C., García, M.A., Calvo, A. (2004). Valores hacia el trabajo del personal de enfermería: Un análisis descriptivo. *Index Enferm*, 13 (44-45), 9-13.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. JAMA, 288, 1987-1993.
- Alberdi, R.M^a. (1992). La identidad profesional de la enfermera. *Rev Rol Enferm*, 170, 39-44.
- Alberdi, R.M^a. (1993). Las enfermeras para el tercer milenio. *Rev Rol Enferm*, 178, 43-50.
- Alberdi, R.M^a. (1998). La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas Enferm*, II (11) ,20-26.
- Alberdi, R.M^a. (1999). Los contextos conceptuales históricos: una propuesta de análisis de la evolución de la profesión enfermera desde los orígenes hasta el siglo XIX. *Rev Híades*, 5-6, 63-73.
- Alberdi, R.M^a., Cuixart N. (2005). Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Presencia* 1(2). Descargado el 21 de febrero de 2006 de <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>
- Alberdi, R.M^a., y López, C. (2004). Espacio enfermero vs espacio Europeo: El difícil puente entre la docencia y la asistencia en la nueva Europa. *Rev Rol Enferm*, 27(10), 72-76.
- Almansa, P. (2004a). Enfermería y cine postfranquista. Una visión frívola. *Revista Enfermería global*, 4. Descargado el 5 de marzo de 2006 de www.um.es/eglobal/
- Almansa, P. (2004b). La formación enfermera desde la sección femenina. *Rev Enferm Global*, 5. Descargado el 10 de diciembre de 2005 de <http://www.um.es/eglobal/5/05c03.html>
- Amezcuca, M. (2001). Imagen social de la enfermería de la historia: mitos y realidades. *Rev Híades*, VI (8), 592-593.
- Amezcuca, M. (2003). 25 años y un futuro por delante. A propósito de la integración de la Enfermería en la Universidad Española. *Index Enferm*, XII (40-41), 9-10.
- Amezcuca, M., y Gálvez, A (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 423-436.

- Amin, Z., Guajardo, J., Wisniewski, W., Bordage, G., Tekian, A., Niederman, L.G. (2000). Morning report: Focus and methods over the past three decades. *Academic Medicine*, 75 (10), S1-S5.
- Amorós, C. (1997). *Tiempo de feminismo. Sobre feminismo, proyecto ilustrado y postmodernidad*. Madrid: Cátedra.
- Antonín, M., Flor, P., Tomás, J. (2003). Mujer y cuidados. ¿Historia de una relación natural? *Rev Cultura de los cuidados*, VII (13), 36-39.
- Apker, J., Eggly, S. (2004). Communicating Professional identity in Medical Socialization: Considering the Ideological Discourse of Morning Report. *Qualitative Health Research*, 14 (3), 411-429.
- Apker, J., Ford, W.S., Fox, D.H. (2003). Predicting nurses' organizational and professional identification: the effect of nursing roles, professional autonomy, and supportive communication. *Nurs Econ*, 21(5), 226-32.
- Apple, M.W., y Christian-Smith, LK (Ed). (1991). *The Politics of the Textbooks*. Routledge: New York.
- Aranda, K. (2006). Postmodern feminist perspectivas and Nursing research: a passionately interested form of inquiry. *Nursing Inquiry*, 13(2), 135-143.
- Aranda, K., Brown, R. (2006). Nurses must be Cléber to care. En Nelson, S., Gordon, S (eds). *The complexities of care. Nursing reconsidered* (pp.122-143). USA: Cornell University Press.
- Arias, M^a.M. (2002). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. En: Mercado, F.J., Gastaldo, D., Calderón, C. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana* (pp.481-499). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Arslanian-Engoren, C. (2002). Feminist poststructuralism: a methodological paradigm for examining clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (6), 512-517.
- Atkinson, P., Coffey, A. (1997). Analysing Documentary Realities. En Silverman, D (Ed), *Qualitative Research. Theory, method and practice* (pp.45-62). London: Sage publications.
- Attree, M. Nursing agency and governance: registered nurses' perceptions. (2005). *J Nurs Manag*, 13(5), 387-96.
- Bachiller, C. (2002). La construcción social de la mujer. *Rev Rol Enferm*, 25(1), 33-36.
- Ball, S.J. (2001). *Foucault y la educación. Disciplinas y saber*. 2001. Madrid: Ed Morata.

- Barbero, C., Calvo, A., González, G., Manrique, R, y Nespral, C. (2005). *Con lugar a dudas. Hilos y raíces del pensamiento crítico*. Santander: Editorial límite.
- Barclay, L., Lupton, D. (1999). The experiences of new fatherhood: a socio-cultural analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 1013-1020.
- Beltrán, M. (1992). Cinco vías de acceso a la realidad social. En García, M., Ibáñez, J, y Alvira, F. (Ed). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp.17-47). Madrid: Alianza Universidad.
- Bernabeu, J., y Comanda, S. (1991). Antecedentes históricos del proceso de socialización de la enfermería española. Desarrollo normativo (1904/1935). *Rev Enferm científica*, 111, 28-36.
- Bernabeu, J., y Gascón, E. (1999). La enfermería de salud pública durante el primer franquismo (1941-1977). En Bernabeu, J. y Gascón, E. *Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)* (pp. 102-127). Alicante: Universidad de Alicante.
- Bernet, Fº.J. (2005). La realidad enfermera en la ficción cinematográfica: un análisis cualitativo de imágenes. *Evidentia*, 2(6). Descargado el 11 de Febrero de 2006 de <http://www.index-f.com/evidentia/n6/157articulo.php>
- Blue, I, y Fitzgerald, M. (2002). Interprofesional relations: case studies of working relationships between Registered Nurses and general practitioners in rural Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 314-321.
- BOE 15 de Noviembre de 2002. Número 274. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Sanidad. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Descargado el 15 de noviembre de 2005 de http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2002/22188
- Bordo, S. (1990). Feminism, Postmodernism and Gender Scepticism. En: Nicholson, L. (Ed.). *Feminism/Postmodernism* (pp. 133-156). London: Routledge.
- Bosch, E., Ferrer, V. (1997). *El model de dona a la secció Femenina. Implantació a les Illes Balears (1939-1975)*. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- Boschma, G., Yonge, O., Myshajlunow, L. (2005). Gender and professional identity in psychiatric nursing practice in Alberta, Canada, 1930-1975. *Nursing Inquiry*, 12(4), 243-255.
- Bover, A. (2004). Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación. Tesis doctoral. Ciencias de la

Educación. Universitat de les Illes Balears. Disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TDX-0204105-093133/index_cs.html

Bradbury-Jones, C., Sambrook, S., Irvine, F. (2008). Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing* 62(2),258-266.

Bungay, V., Carter, B. (1996). Experiential Análisis as a Feminist Methodology for Health Professionals. *Qualitative Health Research*, 6(3), 442-452.

Buresh, B., Gordon, S. (2003). *From silence to voice. What Nurses Know and Must Communicate to the Public*. New York: Press Cornell.

Cabruja, T. (1996). Postmodernidad y subjetividad: construcciones discursivas y relaciones de poder. En Gordo, A.J. y Linaza, J.L (Ed), *Psicología, discursos y poder* (pp.373-390). Madrid: Visor.

Cabruja, T. (1998). Psicología social crítica y posmodernidad. Implicaciones para las identidades construidas bajo la racionalidad moderna. *Anthropos*, 177, 49-59.

Canals, J. (1998). Cuidar y curar: funciones femeninas y saberes masculinos. *Rev Trbj Social*, 29, 191-199.

Cano, M^a.D. (2004). Enfermería y género, tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm*, XIII (46), 34-39.

Cánovas, M.A. (2004). Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en murcia. *Rev Enferm global*, 7. Descargado el 22 de abril de 2006 de <http://www.um.es/eglobal/7/07e04.html>

Carballo, M. (2005). Del deseo a la realidad. *Rev Rol Enferm*, 28(4), 250-252.

Carpenito, L.J (2006). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. EUA: Lippincott Williams & Wilkins.

Carrasco, M.C., Marquez, M., Arenas, J. (2005). Antropología-enfermería. Perspectivas de género. *Cultura de los cuidados*, 9(18), 52-59.

Carter, H. (1994). Confronting patriarchal attitudes in the fight for professional recognition. *J Adv Nurs*, 9(2), 367-72.

Casanova J, Kay K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L, Wiesman S. Nurse-Physician Work Relations and Role Expectations. *JONA* 2007, 37(2):68-70.

- Castanha, L., Zagonel, I.P. (2005). Nurse's care practice according to the view of the healthcare team. *Rev Bras Enferm*, 58(5), 556-62.
- Castel, R., Rendueles, G., Donzelot, J., Álvarez-Uría, F. (2006). *Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault*. Madrid: Círculo de Bellas Artes.
- Castells, M. (2003). *El poder de la identidad*. Madrid: Alianza editorial.
- Castillo, E., y Vásquez, M.L. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Rev Colombia Médica*, 34 (3), 164-167.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2006). Barómetro Junio 2006. Estudio 2649. <http://mdl.uib.es/mod/resource/view.php?id=23632>
- Chamizo, C. (2004). La perspectiva de género en enfermería. Comentarios y reflexiones. *Index Enferm*, XIII, 46, 40-44.
- Cheek, J. (2000). Thinking and Researching Poststructurally. En Cheek, J. *Postmodern and poststructural approaches to nursing research* (pp. 39-64). Thousand Oaks: Sage publications.
- Cheek, J. (2004). At the Margins? Discourse Analysis and Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14 (8), 1140-1150.
- Cheek, J., Porter, S. (1997). Reviewing Foucault: possibilities and problems for nursing and health care. *Nursing Inquiry*, 4, 108-119.
- Cheek, J., Rudge, T. (1993). The power of normalisation: Foucauldian perspectives on contemporary Australian health care practices. *Australian Journal of Social Issues*, 28, 271-284.
- Cheek, J., Rudge, T. (1994). Nursing as textually mediated reality. *Nursing Inquiry*, 1, 15-22.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Teoría*, 14 (1), 61-71.
- Clemente, J.C. (1999). *Historia de una iniciativa humanitaria de la Cruz Roja Española (1918-1997)*. La Escuela Universitaria de Enfermeras de Madrid. Madrid: Cruz Roja Española.
- Collière, M.F. (1991). Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. *Notas de Enferm*, 53-66.
- Conde, F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la medicina. *Rev Esp salud Pública*, 76, 395-408.
- Consejo General de Enfermería. (2006). *Nueva oportunidad de convalidación para los ATS*. *Rev Enferm Facultativa*, 94, 10-11.

- Coombs, M. (2003). Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive Crit Care Nurs*, 19(3), 125-35.
- Coombs, M., Ersser, SJ. (2004). Medical hegemony in decision-making a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *J Adv Nurs*, 46(3), 245-52.
- Copnell, B. (2006). The knowledgeable practice of critical care nurses: A poststructural inquiry. *Int J Nurs Stud*, 13.
- Copnell, B., Bruni, N. (2006). Breaking the silence: nurses' understandings of change in clinical practice. *J Adv Nurs*, 55(3), 301-9.
- Cowman, S. (1993). Triangulation: a means of reconciliation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 788-792.
- Crespo, E., y Soldevilla, C. (2001). *La constitución social de la subjetividad*. Madrid: Catarata.
- Creswell, J.N. (1998). *Qualitative Inquiry and Design: Choosing Among Five Traditions*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Crowe, M. (1998). The power of the word: some post-structural considerations of qualitative approaches in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 2, 339-344.
- Crowe, M. (2002). Reflexivity and detachment: a discursive approach to women's depression. *Nursing Inquiry*, 9 (2), 126-132.
- Crowe, M. (2005). Discourse analysis: towards an understanding of its place in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 55-63.
- Cuixart, N. La prescripción enfermera: una situación indispensable para la mejora del sistema de salud (2006). Descargado el 5 de Enero de 2007 de <http://212.9.72.18/uploadsbo//generica/documents/conf%20ncuxart%206-06.pdf>
- Danziger, K. (1997). The Historical Formation of Selves. En: Ashmore, D.R., Jussim, L. *Self and Identity. Fundamental Issues*. (pp. 137-159). New York: The Oxford University Press.
- De Andrés, J. (2000). El análisis de estudios cualitativos. *Atención Primaria*, 25(1), 42-46.
- De Puelles, M (2002). Evolución de la educación en España durante el Franquismo. En Tiana, A., Ossenbach, G., Sanz, F (eds). *Historia de la educación (edad contemporánea)* (pp.95-98). Madrid: UNED.
- De Souza, MIC., Vaghetti, H.H., Brodersen, G. (2006). Nursing and gender: a reflexive analysis. *Rev Enfermagem Uerj*, 14(2), 292-300.

- Dean, M. (1999). *Governmentality*. London: Sage publications.
- Degeling, P., Hill, J., Kennedy, B., Coyle, B., Maxwell, S. (2000). A cross-national study of differences in the identities of nursing in England and Australia and how this has affected nurses' capacity to respond to hospital reform. *Nursing Inquiry* 7(2), 120-135.
- Deleuze, G. (1995). Deseo y placer. *Rev Archipiélago. Cuadernos de crítica a la cultura*, 23, 21-26.
- Denzin, N., Lincoln, Y.S. (2003a). *Strategies of qualitative inquiry*. London: Sage Publications.
- Denzin, N., y Lincoln, Y (Ed). (2000). *Handbook of Qualitative Research (2ªed)*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (2003b). *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues*. London: Sage Publications.
- Deppoliti, D.D. (2003). An exploration of how men registered nurses construct their professional identity in hospital settings. Doctoral dissertation. Syracuse University.
- Diputación Provincial de Madrid (1972). Reglamento Interno de la Escuela de Enfermeras de la Ciudad Sanitaria Provincial "Francisco Franco". Imprenta Provincial Doctor Castelo: Madrid.
- Dobbins, M., Decorby, K., Twiddy, T. (2004). A knowledge transfer strategy for public health decision makers. *Worldviews Evid Based Nurs*, 1(2), 120-128.
- Doering, L. (1992). Power and Knowledge in nursing: A feminist poststructuralist view. *Adv Nursing Science*, 14 (4), 24-33.
- Domínguez, C. (1986). *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- Domínguez, C. (1990). Feminización de las profesiones sanitarias. *Rev Jano*, XXXVIII, 909, 69-74.
- Domínguez, C., Rodríguez, J.A., De Miguel, J.M. (1983). *Sociología y Enfermería*. Madrid: Pirámide.
- Dreyfus, H.L., Rabinow, P. (1992). *Michel Foucault. Beyond Structuralism and Hermeneutics*. United States of America: The University of Chicago Press.
- Dueñas, MªJ. (2005). Género y contenidos en los libros escolares durante el franquismo, 1936-1960. En Flecha, C., Núñez, M., Rebollo, MªJ. *Mujeres y educación. Saberes, prácticas y discursos en la historia* (pp.285-293). Buenos Aires y Diputación de Sevilla: Miño y Dávila.

- Durán, M. (1999). La intimidad del cuidado y el cuidado de la intimidad. Una reflexión desde la ética. *Rev Rol de Enferm*, 22(4), 303-307.
- Durán, M^a.A. *Liberación y utopía. La mujer ante la ciencia* (2002). Descargado el 10 de Noviembre de 2005 de http://www.creatividadfeminista.org/articulos/ante_ciencia.htm
- Dussel, I., y Caruso, M. (1996). *Cinco conceptos para pensar la educación contemporánea*. Argentina: Kapelusz.
- Dzurec, L. (1995). Poststructuralist science: an historical account of profound visibility. En: Omery, A., Kasper, C.E. y Page, G.G (Ed). *Search of Nursing Science* (pp. 233-244). Newbry Park: Sage Publication.
- Dzurec, L. (2003). Poststructuralist Musings on the mind/Body Question in Health Care. *Advances in Nursing Science*, 26(2), 63-79.
- Epstein, D., y Johnson, R. (2000). *Sexualidades e institución escolar*. Madrid: ediciones Morata.
- Erlen, J.A., Frost, B. (1991). Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *West J Nurs Res*, 13(3), 397-407.
- Fairclough, N. (2001). *Language and Power*. London: Longman.
- Fairley, D. (2006). Factors influencing effective independent nurse prescribing. *Nurs Times*, 102(31), 34-7.
- Fajardo M^a.E., Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm*, XIII (46), 9-12.
- Fealy, G.M. (2004). 'The good nurse': visions and values in images of the nurse. *J Adv Nurs*, 46(6), 649-56.
- Fealy, G.M., McNamara, M.S. (2006). A discourse analysis of debates surrounding the entry of nursing into higher education in Ireland. *Int J Nurs Stud*, 5.
- Fernández C., Garrido M., Tomas M., Serrano M^a.D. (2000). *Enfermería fundamental*. Barcelona: Masson.
- Fischer, R. (2001). *Televisao & Educação*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Flecha, C. (2005). Memoria y genealogía en la educación de las mujeres. En Flecha, C., Núñez, M., Rebollo, M^aJ. *Mujeres y educación. Saberes, prácticas y discursos en la historia* (pp.11-20). Buenos Aires y Diputación de Sevilla: Ed Miño y Dávila.

- Foucault, M. (1980a). *Power/Knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. (1980b). Truth and power. En Gordon, C(Ed). *Michel Foucault: Power/knowledge* (pp.109-133). Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1994). Verdad y poder. Diálogo con M. Fontana. En M. Morey. *Michel Foucault. Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones* (pp. 128-145). Barcelona: Altaya.
- Foucault, M. (2001a). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta. (Trabajo original publicado en 1979).
- Foucault, M. (2001b) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. (20ª ed.). México: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1966).
- Foucault, M. (2001c). *La arqueología del saber*. (20ªed.) México: Siglo XIX.
- Foucault, M. (2002). *El orden del discurso*. Barcelona: Fábula Tusquets (Trabajo original publicado en 1973).
- Foucault, M. (2004). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI de España Editores. (Trabajo original publicado en 1975).
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. (30ªed.). Argentina: Siglo XIX. (Trabajo original publicado en 1976).
- Fox, N.J. (1993). *Postmodernism, Sociology and Health, Buckingham*. Open University Press.
- Fox, N.J. (2000). Is there life after Foucault? En Petersen, A., Bunton, R. *Foucault. Health and Medicine* (pp. 31-50). London: Routledge.
- Francis, B. (2000). Poststructuralism and nursing: uncomfortable bedfellows? *Nursing Inquiry*, 7(1), 20-28.
- Frutos, M^aL., Hernández, H., Muñoz, M^aJ. (1997, Diciembre). Identidad e imagen profesional. En Asociación Española de Enfermería Docente (Eds.), *XVII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente* (pp.35-48). Sevilla: Asociación Española de Enfermería Docente.
- Gabilondo, A. (1990). *El discurso en acción. Foucault y una ontología del presente*. Barcelona: Antrhops.

- Gallardo, G., Ortiz, L., Compean, S., Verde, E., Delgado, G., Tamez, S. (2006). Intersection between gender and socioeconomic status in medical sciences career choice. *Gac Med Mex*, 142(6),467-76.
- Gallego, G., Bosch, M^aP., Miró, M., Martín, A., Sánchez-Cuenca, P., Zaforteza, C. (2007). Los cuidados enfermeros en Mallorca. Contribución y tributo de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl en el Siglo XIX. *Rev Rol de Enferm*, 30 (6),24-32
- Gallego, G., Bover, A., Miró, M., Martín, A., Zaforteza, C., Sánchez-Cuenca, P. (2002). Las enfermeras y la enfermería. Disciplina y profesión. Condicionantes de género. En E. Pérez Sedeño y cols (eds). *Nuevas perspectivas en Ciencia, tecnología y género*. Madrid: Biblioteca.
- Garay, A., Iñiguez, L., Martínez, M^aL. La perspectiva discursiva en psicología social (2003). Descargado el 11 de abril de 2004 de <http://antalya.uab.es/liniguez/Materiales/perspectiva%20discursiva.pdf>
- García de Cortázar, F., González Vesga, J.M. (2003). *Breve historia de España*. Madrid: Alianza Editorial.
- García, A.M., Sainz, A., Botella, M. (2004). La Enfermería vista desde el género. *Index Enferm*, 13(46), 45-48.
- García, C., Martínez, M^aL. (2001) *Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.
- García, F.P., Pancorbo, P.L., Rodríguez, M^a.C. (2001) Evolución de la Enfermería profesional en España. Del siglo XX al XXI. *Index Enferm*, X (32-33), 23-27.
- García-Selgas, FJ. (1996). La teoría social en la posmodernidad: ciencia y feminismo. En Pérez A, Sánchez I. *Complejidad y Teoría Social* (pp. 161-184). Madrid: CIS: 97-127.
- Gastaldo, D. (1997). Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power. En: Petersen, A., Bunton, R. (Ed). *Foucault, Health and Medicine* (pp.113-133). London: Routledge.
- Gastaldo, D. (2003). *Relaciones de poder en Enfermería y Salud Mental: Críticas y retos para el futuro*. Comunicación presentada en el XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Alicante.
- Gastaldo, D., Holmes, D. (1999). Foucault and nursing: a history of the present. *Nursing Inquiry*, 6(4), 231-240.

- Gastaldo, D., McKeever, P. (2000). Investigación Cualitativa, ¿intrínsecamente ética? *Index Enferm*, 28-29, 9-10.
- Gastaldo, D., Meyer, D.E. (1989). A formacao da enfermeira: enfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasilia*, 42, 3/4, 7-13.
- Gavey, N. (1997). Feminist poststructuralism and discourse analysis. En Gergen, M.M., y Davis, S.N. (Eds) *Towards a New Psychology of Gender* (pp. 49-64) New York: Routledge.
- Georges, J.M. (2003). An Emerging Discourse. Towards Epistemic Diversity in Nursing. *Advances in Nursing Science*; 26(1),44-52.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós.
- Gilbert, T. (1995) Nursing: empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 865-871.
- Gómez, CI., Hernández, JM^a., Moral de Calatrava, P. (1999). Análisis de la enseñanza de la enfermería en España contemporánea. Desde los planes de estudios. *Rev de Enfermería de la Infancia y Humanidades*, 6,61-65.
- Gómez, L. (2003). *Procesos de subjetivación y movimiento feminista. Una aproximación política al análisis psicosocial de la identidad contemporánea*. Tesis doctoral. Departamento de Psicología Social, Universitat de Valencia.
- González, M^a.E. (2005). La formación de las antiguas Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninas y masculinas vista por sus alumnos. *Rev Temperamentvm*, 1(1). Descargado el 2 de febrero de 2006 de <http://www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0113.php>
- González-Ares, A. (2002). Conceptualización política y proceso de institucionalización del Régimen de Franco. *Anuario de la Facultad de Derecho de Ourense*, 1, 211-226. Descargado el 15 de abril de 2005 de <http://agex.undonet.com/franquismo.htm>
- Gordon, S. (2006). Crew Resource Management. *Nursing Inquiry*, 13(3),161-162.
- Gordon, S., Nelson, S. (2005). An end to angels: moving away from the 'virtue script' toward a knowledge-based identity for nurses. *American Journal of Nursing*, 105(5), 62-69.

- Gordon, S., Nelson, S. (2006). Moving beyond the Virtue Script in Nursing. En: Nelson, S., Gordon, S. (2006). *The complexities of care. Nursing reconsidered* (pp.13-30). USA: Cornell University Press.
- Guba, E., Lincoln, Y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman, C., Haro, J. (Ed). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social* (pp. 113-145). Colegio de Sonora: Sonora.
- Guereña, J.L. (1998). Los manuales de urbanidad. En: Escolano, A. *Historia ilustrada del libro Escolar en España. De la postguerra a la reforma educativa*. Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.
- Guerra, M., Martín, R. (2005). Las mujeres que debían ser. Modelos femeninos desde la memoria autobiográfica escolar. En: Flecha, C., Nuñez, M., Rebollo, M^aJ. (Eds). *Mujeres y educación. Saberes, prácticas y discursos en la historia* (pp. 261-271). Buenos Aires y Diputación de Sevilla: Ed Miño y Dávila.
- Hamilton, B., Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off': a critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *Int J Ment Health Nurs*, 15(2), 84-92.
- Hammersley, M. (1997). On the foundations of critical discourse analysis. *Language and Communication*, 17, 237-248.
- Hamric, A.B. (2000). What is happening to advocacy? *Nursing Outlook*, 48, 103-104.
- Harding, S. (1996a). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Ediciones Morata.
- Harding, S. (1996b). Gendered ways of knowing and the epistemological crisis of the West. En: Goldberger, N., Tarule, J., Clinchy, B., Belenky, M. (Ed). *Knowledge, difference, and power: Essays inspired by Women's ways of knowing* (pp. 431-454) New York: Basic books.
- Harper, D.J. (1994). The professional construction of 'paranoia' and the discursive use of diagnostic criteria. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 131-134.
- Hart, K.A. (2006). ¿Qué piensan realmente los hombres que ejercen la enfermería? Los encuestados expresan. *Nursing*, 24 (10), 20-22.
- Harter, L.M., Krone, K.J. (2001). Exploring the emergent identities of future physicians: Towards an understanding of ideological socialization of osteopathic medical students. *Southern Communication Journal*, 67, 66-83.

- Henderson, A. (1994). Power and Knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 935-939.
- Henneman, E. (1995). Nurse-physician collaboration: a poststructuralist view. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 359-363.
- Hermann Omar, AV. (2003). Foucault, la genealogía, la historia, la verdad. *Revista Universidad de Guadalajara*, 28. Descargado el 14 de abril de 2004 de <http://www.cge.udg.mx/revistaudf/rug28/foucault.html>
- Hernández, F. (1996). *Historia de la enfermería en España. Desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Síntesis.
- Heslop, L. (1997). The (im)possibilities of poststructuralist and critical social nursing inquiry. *Nursing Inquiry*, 4,48-56.
- Heslop, L. (1998). A discursive exploration of nursing work in the hospital emergency setting. *Nursing Inquiry*, 5,87-95.
- Hiraki, A. (1992). Tradition, rationality and power in introductory nursing textbooks. A critical hermeneutics study. *Advances in Nursing Science*, 14(3), 1-12.
- Holmes, D. (2001). From iron gaze to nursing care: mental health nursing in the era of panopticism. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 8(1),7-15.
- Holmes, D. (2001a). Biomedicalization and changes to professional education: two factors in the psychiatric nursing “identity crisis”. *J Psychiatric Ment Health Nurs* 8(5), 379-381.
- Holmes, D., Gastaldo, D. (2004). Nursing as means of governmentality. En: Reed P, Shearer N, Nicoll L. *Perspectives on Nursing Theory*. (pp. 335-346) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hooks, B. (2000). *Feminism is for everybody: passionate politics*. Cambridge: South End Press.
- Hooyman, N.R., Gonyea, J. (1995). *Feminist Perspectives on Family Care*. London: Sage.
- Horsfall, J., y Cleary, M. (2000). Discourse analysis of an ‘observation levels’ nursing policy. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1291-1297.
- Huntington, A.D., Gilmour, J.A. (2001). Re-thinking representations, re-writing nursing texts: possibilities through feminist and Foucauldian thought. *Journal of Advanced Nursing* 35(6), 902-908.

- Ibáñez, J. (2000) Perspectivas de la Investigación Social: el diseño en las tres perspectivas. En: García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (eds). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp. 49-83). Madrid: Alianza Universidad.
- Ibáñez, J. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp Salud Pública*, 76, 373-380.
- Iñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 8(15), 496-502.
- Iñiguez, L. (2001). Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual. En Crespo, E., y Soldevilla, C. *La constitución social de la subjetividad* (pp.209-226). Madrid: Catarata.
- Iñiguez, L. (2006). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Nueva edición revisada y ampliada*. Barcelona: Editorial UOC.
- Iñiguez, L., Antaki, C. (1994). El análisis del discurso en Psicología Social. *Boletín de Psicología*, 44, 57-75.
- Iñiguez, L., Antaki, C. (1998). Análisis de discurso. *Rev Anthropol*, 177, 59-66.
- Jussim, L., Ashmore, R.D. (1997). Fundamental Issues in the Study of Self and Identity: Contrast, Context and Conflicts. En: Ashmore, D.R., Jussim, L. *Self and Identity. Fundamental Issues*. (pp.218-230). New York. Oxford University Press.
- Kenway, J. (2001). La educación y el discurso político de la Nueva Derecha. En Ball, S.J. *Foucault y la educación. Disciplinas y saber* (pp. 169-208) Madrid: Ed Morata.
- Kéroac, S., Duquette, A., Sandhu, B.K. (1990). Les systèmes de prestation des soins. *L'Infirmière Canadienne* 86(6), 39-42.
- Kimchi, J., Polivka, B., Stevenson, J.S. (1991). Triangulation: Operational Definitions. *Rev Nursing Research* 40 (6), 364-366.
- Kincheloe, J., McLaren, P. (2003). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. En: Denzin NK, Lincoln YS. *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Siques* (pp. 279-314). Thousand Oaks: Sage publications.
- Kuokkanen L, Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31(1):235-241.
- Kyrkjébo, J.M., Hage, I. (2005). What we know and what they do: nursing students' experiences of improvement knowledge in clinical practice. *Nurse Educ Today*, 25(3),167-75.

- Larrosa, J. (1995). *Escuela, poder y subjetivación*. Editorial La Piqueta: Madrid.
- Laschinger, H.K., Almost, J., Tuer-Hodes, D. (2003). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics: making the link. *J Nurs Adm*, 33(7-8), 410-422.
- Lawler, J. (1991). *Behind the Screens: Nursing, Somology and the Problem of the Body*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- León, O., Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. McGrawHill: Madrid.
- Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. (2002). Team communications in the operating room: Talk pattern, sites of tension and implications for novices. *Academic Medicine*, 77: 232-237.
- Lingard, L., Espin, S., Evans, C., Hawryluck, L. (2004). The rules of the game: interprofessional collaboration on the intensive care unit team. *Critical Care*, 8. <http://ccforum.com/content/8/6/R403>.
- López, M. (2001). *El fenómeno ideológico del franquismo en los manuales escolares de enseñanza primaria: 1936-1945*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Lunardi, V.L, Peter, E., Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. *Enferm clínica*, 16 (5), 268-275.
- Lunardi, V.L. (1999). *A Ética Como O Cuidado de Si E O Poder Pastoral Na Enfermagem*. Florianópolis: Edioras Universitárias UFSC/UFPel.
- Lunardi, W.D. (1997). Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 50 (1), 61-76.
- Lunardi, W.D. (2000). *O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina*. Florianópolis: Editoras Universitarias UFSC/UFPel.
- Lupton, D. (1992). Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Aust J Public Health*, 16,145-150.
- Lupton, D. (1994) *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage publications.
- Manias, E., Street, A. (2000) Possibilities for critical social theory and Foucault's work: a toolbox approach. *Nursing Inquiry*, 7, 50-60.

- Manias, E., Street, A. (2001). The interplay of knowledge and decision making between doctors and nurses in critical care. *International Journal of Nursing Studies* 38: 173-184.
- Mansfield, N. (2000). *Subjectivity. Theories of the Self from Freud to Haraway*. St Leonards, Australia: Allen&Unwin.
- Marset, P; Sáez, JM; Martínez, F. (1995). La Salud Pública durante el franquismo. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 15, 211-250.
- Marshall, J.D. (2001) Foucault y la investigación educativa. En Ball, SJ. *Foucault y la educación. Disciplinas y saber* (pp.15-33). Madrid: Ed Morata.
- Martínez, J.M. (2005) Enfermería, sencillamente complicado. *Rev Rol Enferm*, 28(4):255-264.
- Martínez, J.R. (2004a). Salir del armario. *Rev Rol Enferm*, 27, 10, 698-704.
- Martínez, J.R. (2004b). La Enfermería a través del cine. *Educare21*, 7. Descargado el 20 de Marzo de 2004 de <http://www.educare21.net>
- Marx, K. (1946). *Capital, Vol1*. George Allan & Unwin, London.
- Mason, J. (1996). *Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- May, C. (1992). Nursing work, nurses' knowledge, and the subjectification of the patient. *Sociology of Health & Illness*, 14(4),472-487.
- May, T. (1993). *Between Genealogy and Epistemology. Psychology, Politics and Knowledge in the Thought of Michel Foucault*. United States of America: Pennsylvania State University Press.
- Mayordomo, A. (1990). *Historia de la educación en España. Nacional-Catolicismo y Educación en la España de posguerra (I)*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- McBride, C., Clark, AP. (2006). Practice of expert critical care nurses in situations of prognostic conflict at the end of life. *American Journal of Critical Care*, 15,480-491.
- McCallin A. Interprofessional practice:learning how to collaborate. *Contemp Nurse* 2005; 20(1):28-37.
- McHoul, A., Grace, W. (1993) *A Foucault primer: Discourse, power and the subject*. Carlton, Vic: Melbourne University Press.
- McLaren, M.A. (2004). Foucault and feminism: Power, resistance, freedom. En Taylor, D., Vintges, K. (Eds.). *Feminism and the final Foucault* (pp.214-234). Chicago: University of Illinois Press.

- Medina, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y práctica en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Alertes.
- Medina, J.L. (2005). *Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería*. Universitat de Barcelona: Barcelona.
- Mena, F^oJ., Barquero, A., Carrasco, M^aC., Márquez, M., Benítez, D. (1997). La enfermería a través de la mirada de los niños. En Asociación Española de Enfermería Docente. *XIII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente* (pp.197-208). Cuenca: Asociación Española de Enfermería Docente.
- Mercado, F.J., Gastaldo, D., Calderón, C. (2002). *Paradigmas y diseños de investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.
- Meyer, D.E. (1996). Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica (From power to gender: a theoretical-analytic articulation). En: Lopes, M.J., Meyers, D.E., Waldon, V.R. *Gênero e Saúde* (pp. 41-51). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Meyer, D.E. (1998). A dúvida como postura intelectual: uma abordagem pós-estruturalista de análise dos estudos de gênero na Enfermagem. *Nursing Edição Brasileira*, 1, 1, 27-34.
- Meyer, D.E. (2004). Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. *Br. Brasil Enferm*, 57 (1) ,13-18.
- Meyer, D.E. (2005). Educação, saúde e politização da maternidade. En Hessel, R.M^a. *Cultura, poder e educação: um debate sobre os Estudos Culturais em Educação* (pp.145-164). Canoas: Editora da ULBRA.
- Miles, M.B., Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Newbury Park, CA: Sage.
- Miró M, Gastaldo D, Gallego G. Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enfermería Clínica* 2008, 18(1):25-33.
- Miró, M., Gallego, G. (2006). El discurso feminista en la construcción histórica de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). En: Bosch, E., Ferrer, V., Navarro, C. *Los feminismos como herramientas del cambio social (I): Mujeres tejiendo redes históricas, desarrollos en el espacio público y estudios de mujeres* (pp.247-263). Palma: Universitat de les Illes Balears: Colección trabajos feministas.

Miró, M., Gallego, G., Canaleta, E., Gastaldo, D. (2005). *Beyond traditional discourse on professional nurse-physician relationships in Spain (1956-1976)*. The Australian Nursing and Midwifery History Group 'Beyond Professionalisation: Towards a History of Practice Conference'. Melbourne, 25- 27 Agosto 2005 (Australia).

Miró, M., Gallego, G., Palou, A., Fornés, J., Gallo, J., Ponsell, E., Alorda, C. (1996). Vinculación del profesional de enfermería con el cine pornográfico. En: Asociación Española de Enfermería Docente. *XVII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente* (pp.30-35). Cuenca: Cuenca: Asociación Española de Enfermería Docente.

Miró, M., Zaforteza, C., Gallego, G. (2006, Octubre). *Power, discourses and subjectivity in Nursing: Implications for current professionals*. Artículo presentado en el 5th International Conference Practice to Policy: Global Perspectives in Nursing. Hamilton, Ontario (Canadá).

Mompart, M.P. (2004a). Rebelión en las aulas. *Rev Rol de Enferm*, 27, 10, 7-16

Mompart, M^a.P. (2004b). La problemática del conocimiento enfermero. *Educare21*, 11.

Descargado el 22 de noviembre de 2004 de

<http://www.enfermeria21.com/educare/educare11/enseñando/enseñando3.htm>

Montero, M. (2002). Sobre la noción de paradigma. En: Mercado, F., Gastaldo, D., Calderón, C. *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud. Una antología iberoamericana* (pp.233-249). Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara.

Morse, K. (2001). Case in point? A parasuicide patient's recollections of being nursed: a discourse analysis. *Contemporary Nurse*, 10, 3, 234-243.

Mrayyan, MT. (2005). American nurses' work autonomy on patient care and unit operations. *Br J Nurs*, 13-26, 14(18), 962-967.

Nelson, S. (1994). Humanism in nursing: the emergence of the light. *Nursing Inquiry*, 2, 36-43.

Nelson, S. (2001). From Salvation to Civic: Service to the Sick in Nursing Discourse. *Social Science and Medicine*, 52(9), 1217-1225.

Nelson, S. (2003). *Say Little, Do Much: Nursing, Nurses, Nuns, and Hospitals in the Nineteenth Century*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press,

- Nelson, S. (2004). The search for the good in nursing? The burden of ethical expertise. *Nurs Philos*, 5(1), 12-22
- Nelson, S., Gordon, S. (2006). *The complexities of care. Nursing reconsidered*. USA: Cornell University Press.
- Nembhrad I, Tucker AL, Horbar JD, Carpenter JH. Improving Patient Outcomes: The Effects of Staff Participation and Collaboration in Healthcare Delivery. 2007. <http://www.hbs.edu/research/pdf/08-002.pdf>
- Netto, L.F., Ramos, F.R. (2004). Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 12, 1, 50-57.
- Nicholson, L. (2000). Interpretando o gênero. *Revista Estudos Feministas*, 8 (2), 9-42.
- Núñez, M., Rebollo, M^aJ. (2005). La horma cede: evolución de los modelos educativos femeninos en la prensa española desarrollista. En: Flecha, C., Nuñez, M., Rebollo, M^aJ. *Mujeres y educación. Saberes, prácticas y discursos en la historia*. Buenos Aires y Diputación de Sevilla: Ed Miño y Dávila: 247-257.
- Olesen, V. (2000). Feminism and qualitative research at and into the millennium. En Denzin, N.K., Lincoln, Y.S (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (pp.215-256). Thousand Oaks: Sage.
- Orden de 4 de Julio de 1955, por la que se aprueba el programa formativo de los ATS.
- Orden de 6 de Julio de 1955, por la que se prohíbe la coeducación de alumnos de ambos sexos, en las Escuelas de ATS.
- Orner, M. (1999). Interrumpiendo los llamados para una voz de el y la estudiante en la educación liberadora. Una perspectiva postestructuralista feminista. En: Belausteguigoitia,
- Ortego, M.C. (2002a). De ATS a Diplomado en Enfermería. *Rev Rol de Enferm*, 25, 9, 576-581.
- Ortego, M^a.C. (2002b). De practicante a ATS: 1857-1953. *Rev Rol de Enferm*, 25, 12, 8-14.
- Ortí A. (1994) La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo. En: García, M., Ibáñez, J., Alvira, F. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp.171-203) Madrid: Alianza Universidad.
- Ovejero, A. (1995). Identidad y diversidad: una cuestión psicosocial necesariamente interdisciplinar. *Antropología*, 18, 15-33.

- Paech, M. (1996). Sex or gender? A feminist debate for nurses. *Contemporary Nurse*, 5, 149-156.
- Parker, I. (1992). *Discourse analysis. Critical analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.
- Parker, J.M. (2004). Nursing on the medical ward. En Parker, J.M. *A Body of Work. Collected writings on nursing* (pp.1-16). London: Nursing Praxis International. Collected Papers series.
- Parker, J.M. (2005). The art and Science of Nursing. En Daly, J., Speedy, S., Jackson, D., Darbyshire, P (eds). *Context of nursing an introduction* (pp.32-56). Great Britain: Blackwell Publishing.
- Parker, J.M., Wiltshire, J. (2004). The handover: three modes of nursing practice knowledge. En Parker, J.M. *A Body of Work. Collected writings on nursing* (pp.139-157). London: Nursing Praxis International.
- Parker, J.M., Wright, R., Peerson, A. (2004). The changing health care environment and the visibility of stomal therapy nursing. En: Parker, J.M. *A Body of Work. Collected writings on nursing* (pp.162-181). London: Nursing Praxis International.
- Pattison, N. (2006). A critical discourse analysis of provision of end-of-life care in key UK critical care documents. *Nurs Crit Care*, 11(4),198-208.
- Payne, SG. (1997). *El primer franquismo*. Madrid: Historia viva.
- Peerson, A. (1995). Foucault and modern medicine. *Nursing Inquiry*, 2, 106-114.
- Peerson, A., Yong, V. (2003). Reflexivity in nursing: where is the patient? Where is the nurse? *Aust J Holist Nurs*, 10(1), 30-45.
- Pérez, C. (2002). Sobre la metodología cualitativa. *Rev Esp salud Pública*, 76, 373-380.
- Perron, A., Fluet, C., Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: bio-power and nursing practice. *J Adv Nurs*, 50(5), 536-44.
- Peter, E., Lunardi, V.L., Macfarlane, A. (2004) Nursing resistance as ethical action: literatura review. *Journal of Advanced Nursing* 46(4), 403-416.
- Phoca, S. (1999). Feminism and gender. En Gamble, S. *The icon critical dictionary of feminism and postfeminism* (pp.55-65). Cambridge: Icon Books.
- Piqué, E. (2003). Mujer y salud desde una perspectiva de género. *Metas Enferm*, 53, 50-54.
- Pla, M. (1999) .El rigor en la investigación cualitativa. *Rev Atención Primaria*, 24, 5, 295-300.

- Pope, C., Ziebland, S., Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *BJM*; 320 (1), 114-116.
- Powers, P. (1996). Discourse analysis as a methodology for nursing inquiry. *Nursing Inquiry*, 3, 207-217.
- Prior, L. (1997). Following in Foucault's footsteps: text and context in qualitative research. En Silverman, D (Ed). *Qualitative research. Theory, method and practice*. (pp.73-94). Thousand Oaks: Sage publications.
- Pujal, M. (1996). La identidad (el self). En: Botella, M., y cols. *Psicología social*. (pp. 61-109). Barcelona: EDIUOC.
- Rafferty, A.M., Ball, J., Aiken, H.L (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual. Health Care*, 10, 32-37.
- Ramazanoglu, C., Holland, J. (2002). *Feminist Methodology. Challenges and Choices*. Thousand Oaks: Sage.
- Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis Doctoral, Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona.
- Ramió, A., Domínguez, C. (2003). Valores y redefinición de espacios profesionales. Reflexión en el caso de enfermería. *Rev Rol Enferm*, 26(6), 70-74
- Ramos, R. (2005) ¿Debemos priorizar el problema de colaboración frente al diagnóstico enfermero durante la hospitalización de una persona? *Evidentia 2005*, 2(5). Descargado el 9 de enero de 2006 de <http://www.index-f.com/evidentia/n5/119articulo.php>
- Real Decreto 2128/1977 de 23 de julio, relativo a la conversión de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en Escuelas Universitarias de Enfermería y la homologación de los títulos a efectos nominativos, corporativos y profesionales.
- Real Decreto de 12 de Enero de 1904, de Instrucción General de la Sanidad Pública (1ª parte).
- Real Decreto de 12 de Enero de 1904, de Instrucción General de la Sanidad Pública (2ª parte). En su título 3º, Capítulo VII, artículo 62, se refiere a las profesiones sanitarias Médicas, Farmacéuticas, Veterinaria, el arte de los partos, Practicantes y la de Dentista.
- Real Decreto de 4 de Diciembre de 1953, sobre la unificación de estudios de Practicantes, Enfermeras y Matronas, regulando los estudios de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) y creando además, las Especialidades en Enfermería y la creación de la Comisión Central.

Real Orden de 7 de mayo de 1915, por la que se establece el plan de estudios para la Instrucción Enfermera. Autoriza a ejercer la profesión enfermera a las “Ministras de los enfermos” de la Concepción de Siervos de María, que acrediten los conocimientos necesarios de acuerdo con el programa formativo.

Reeves S, Nelson S, Zwarenstein M. (2008). The Doctor-Nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1):1-2.

Rico-Avello, C. (1962). *Escuelas y formación de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos (Enfermeras)*. Folleto de divulgación. Madrid: Gráficas González.

Rifà, M. (2003). Michel Foucault y el giro postestructuralista crítico feminista en la investigación educativa. *Revista Educación y Pedagogía*, XV, 37, 71-83.

Rigol, A. Saberes de mujeres. (2003). La legitimación del conocimiento masculino. *Rev Cultura de los cuidados*, VII, 14, 21-26.

Riley, R., Manias, E., Polgase, A. (2006). Governing the surgical count through communication interactions: implications for patient safety. *Qual. Saf. Health Care* 15, 369-374.

Riopelle, L., Teixidor, M. (2000). *La pràctica enfermera: fonaments científics i apropament humanista. Projecte de formació per a la implantació del procés de cures en el marc del Model conceptual de Virginia Henderson*. Barcelona: Atenció Primària, Institut Català de Salut.

Roca, N. (1996). Las relaciones de género en el cuidado de enfermería. *Rev Enfermería Clínica*, 6, 4, 164-170.

Rogers, M. (1970). *Theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Rolfe, G. (2005). The deconstructing angel: nursing, reflection and evidence-based practice. *Nurs Inquiry*, 12(2), 78-86.

Rose, N. (1998). *Inventing Our Selves. Psychology, Power and Personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.

Sánchez, AM^a, Mazarrasa, L., Merelles, T. (2000). La evolución del modelo sanitario español y sus repercusiones en la profesión de enfermería. En: Sánchez, M., Apariio, V., Germán, C., Mazarrasa, L., Merelles, A., Sánchez, A (pp. 91-167). *Salud pública y enfermería comunitaria*. McGraw-Hill Interamericana: Madrid.

- Santo Tomás, M. (1997). Iconografía y enfermería. *Index Enferm*, 19,15-17.
- Santo Tomás, M. (2000). Historia de la enfermería. En: Fernández, C., Garrido, M., Tomas, M., Serrano, M^a.D. *Enfermería fundamental* (pp.10-129). Barcelona: Masson.
- Scheurich, J.J., Bell, K. (2005). Foucault's Methodologies. Archaeology and Genealogy. En Denzin, N.K., Lincoln, Y (eds). *Qualitative Research* (pp.841-869). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Schubert, J.D. (1995). From a politics of transgression towards an ethics of reflexivity; Foucault, Bourdieu, and academic practice. *American Behavioral Scientist* 38, 7, 1003-1017.
- Siles, J. (1999) *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- Siles, J. (2000). Antropología, historia y enfermería. *Rev Cultura de los Cuidados*, 7-8, 5-7.
- Siles, J., García, E., Cibanal, L., Gallardo, Y., Lillo, M. (1998). La enfermería en el cine. Imagen durante la Guerra Civil Española. *Rev Rol de Enferm*, 244, 25-31.
- Silverman, D. (2000). Analyzing talk and text. En Denzin, N., y Lincoln, Y. (Ed). *Handbook of qualitative research (2^aed)* (pp.821-835). Thousand Oaks: Sage publications.
- Sirota, T. (2007). Nurse and Physician relationships. Improving or not?. *Nursing*, 37(1), 52-56
- Snelgrove, S., Hughes, D. (2000). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 661-667.
- Spence, H.K., Leiter, M.P. (2006). The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout/engagement. *J Nurs Adm*, 36(5), 259-67.
- Stoehrel, V. (2000). Sobre los fines y la metodología en los estudios sobre la mujer y las relaciones de poder en las sociedades occidentales desarrolladas. *Especulo. Revista de estudios literarios*, 16. Descargado el 22 de noviembre de 2004 de http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/v_stoehr.html
- Strauss, A., Corbin, J. (1990) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory*. Procedures and Techniques. London: Sage Publications.
- Takase, M., Maude, P., Manias, E. (2006). The impact of role discrepancy on nurses' intention to quit their jobs. *J Clin Nurs*, 15(9), 1071-80.

- Taylor, C. (2003). Narrating practice: reflective accounts and the textual construction of reality. *Journal of Advanced Nursing*, 42 (3), 244-251.
- Teixidor, M. (1997). Los espacios de profesionalización de la enfermería. *Rev Enferm Clínica*, (3), 126-136.
- Teixidor, M. (2002). El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales. *Rev Rol de Enferm*, 25(5), 328-330.
- Téllez, G. (1998). Reflexions sobre el rol de la enfermera. *Bioètica & Debat*, III (11), 1-4.
- Thoits, T.A., Virshup, L.K. (1997). Me's and We's: Forms and Functions of Social Identities. En Ashmore, D.R., Jussim, L. *Self and Identity. Fundamental Issues*. (pp- 106-137). New York. Oxford University Press.
- Tirado, J.F., Mora, M. (2002). El espacio y el poder: Michel Foucault y la crítica de la historia. *Rev espiral*, 9 (25), 11-36. Descargado el 17 de marzo de 2003 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/138/13802501.pdf>
- Tourangeau, A.E., Cranley, L.A., Jeffs, L. (2006). Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Qual Saf Health Care*, 15(1), 4-8.
- Traynor, M. (2006). Discourse analysis: theoretical and historical overview and review of papers in the Journal of Advanced Nursing 1996-2004. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1): 62-72.
- Turner, B.S. (1997). From governmentality to risk: Some reflections on Foucault's contribution to medical sociology. En: Petersen, A., Bunton, R. *Foucault: Health and medicine* (pp. IX-XXII). London: Routledge.
- Uribe, T.M^a., Jaramillo, D.E. (2002) La condición femenina: influencia en el desarrollo de la enfermería y en el desarrollo humano de las (los) profesionales. *Rev Investigación y educación en enfermería*, XX (2), 132-139.
- Usandizaga, M. (1958). *Manual de la enfermera y del practicante*. Madrid: Mayfe.
- Vahabi, M., Gastaldo, D. (2003). Rational Choice(s)? Rethinking decision-making on Cancer risk and screening mammography. *Nursing Inquiry*, 10(4), 245-256.
- Valles, M. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Cuadernos metodológicos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Valls, R. (1998). *Història de la professió d'Infermeria*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Valverde, M. (1991). As if subject exist; analysing social discourses. *Canadian Review of Anthropology and Sociology*, 28, 2, 173-187.
- Varela, J. (2001a). El modelo genealógico de análisis. Ilustración a partir de “vigilar y castigar” de Michel Foucault. En: Crespo, E., y Soldevilla, C. *La constitución social de la subjetividad* (pp. 113-130). Madrid: Catarata.
- Varela, J. (2001b). Prólogo a la edición española. En: Ball, S.J. *Foucault y la educación. Disciplinas y saber* (pp.IX-1). Madrid: Ed Morata.
- Ventosa, F. (1984). *Historia de la Enfermería española*. Madrid: Ciencia 3.
- Vilar, P. (1999). *Historia de España*. Barcelona: Crítica.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care*. Appleton-Century-Crofts, Norwalk, CT.
- Weber, M. (1986). Domination by economic power and by authority. En: Lukes, S. *Power*. New York: University Press.
- Weedon, C. (1997). *Feminist practice and poststructuralist theory*. Cambridge: Blackwell.
- Weedon, C. (1999). *Feminism, Theory and the Politics of Difference*. Cambridge: Blackwell.
- Wicks, D. (1999). *Nurses and doctors at work: Rethinking professional boundaries*. St. Leonards, NSW: Allen & Unwin.
- Witto, S. (2001). Pedagogía universitaria y anverso genealógico. Michael Foucault. *Rev académica Universidad Bolivariana*, 1, 1. Descargado el 22 de marzo de 2003 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=30501118>
- Wodak, R. (2001). What CDA is about a summary of its history, important concepts and its developments. En: Wodak, R., Meyer, M (Eds). *Methods of Critical Discourse Analysis* (pp. 1-13). Thousand Oaks: Sage publications.
- Zaforteza, C., Pedro, J., Gastaldo, D., Lastra, P., Sánchez-Cuenca, P. (2003) ¿Qué perspectivas tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación con los familiares del paciente crítico? *Enferm Intensiva* 4(3),109-119.
- Zaforteza, C., Gastaldo, D., Sánchez-Cuenca, P.S., De Pedro, J., Lastra, P. (2004) Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio. *NURE Inv* 1(3).

Zaforteza, C., Gastaldo, D., de Pedro, J.E., Sanchez-Cuenca, P., Lastra, P. (2005). The process of giving information to families of critically ill patients: a field of tension. *Int J Nurs Stud*, 42(2), 135-45.

Zwarenstein M, Bryant W. (2000). *Interventions to promote collaboration between nurses and doctors*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.

Zwarenstein M, Reeves S. (2000). What's so great about collaboration? We need more evidence and less rhetoric. *BMJ*, 320, 1022-1023.

CAPÍTULO 9. APÉNDICES.

Apéndice 1. Plan de estudios de ATS de 1953

PLAN DE ESTUDIOS DE ATS 1953 (Orden de 4 de Agosto de 1953)			
	PRIMER CURSO	SEGUNDO CURSO	TERCER CURSO
ENSEÑANZA TEÓRICA	Religión Moral profesional Formación política Enseñanza del hogar Educación física Anatomía y fisiología Técnica del cuidado de los enfermos Bacteriología Higiene Elementos de física y química Matemáticas aplicadas	Religión Moral profesional Formación política Enseñanza del hogar Educación física Patología médica y quirúrgica Técnica del cuidado de los enfermos Dietética Farmacología Química aplicada Elementos de Psicología Historia de la profesión	Religión Moral profesional Formación política Enseñanza del hogar Educación física Órganos de los sentidos Enfermedades infecciosas Física Maternología Puericultura y pediatría Elementos de Psicología Psiquiatría y higiene mental Medicina preventiva Sociología
ENSEÑANZA PRÁCTICA	Cuatro horas diarias en salas de enfermos	Cuatro horas en salas de enfermos, laboratorio, etc.	Cuatro horas diarias en: Quirófano, Psiquiatría, Oftalmología, Otorrinolaringología, Sala de infecciosos, Visitas domiciliarias, sala de escayolas y estadística

Apéndice 2. Plan de estudios de ATS de 1955

PLAN DE ESTUDIOS DE ATS 1955 (Orden de 4 de Julio de 1955)			
	PRIMER CURSO	SEGUNDO CURSO	TERCER CURSO
ENSEÑANZA TEÓRICA	Religión (30h) Moral profesional (30h) Educación física (6h/semana) Formación política (1h/semana) Anatomía funcional (60h) Biología general e Histología humana (10h) Microbiología y Parasitología (10h) Higiene General (10h) Nociones de Patología general (30h) Enseñanza de hogar (ATS femeninos) (1 h) Autopsia médico-legal (ATS masculino) (1h)	Religión (30h) Moral profesional (30h) Educación física (6h/semana) Formación política (1h/semana) Patología médica (30h) Patología quirúrgica (60h) Nociones de terapéutica y dietética (40h) Historia de la profesión (10h) Elementos de Psicología general (20h) Enseñanza de hogar (ATS femeninos) (1 h) Autopsia médico-legal (ATS masculino) (1h)	Religión (30h) Moral profesional (30h) Educación física (6h/semana) Formación política (1h/semana) Lecciones teórico-prácticas de especialidades quirúrgicas (30h) Medicina y Cirugía de urgencias (30h) Higiene y profilaxis de las enfermedades transmisibles (10h) Obstetricia y Ginecología (20h) Puericultura e higiene de la infancia (15h) Medicina social (10h) Psicología diferencial aplicada (10h) Enseñanza de hogar (ATS femeninos) (1 h) Autopsia médico-legal (ATS masculino) (1h)
ENSEÑANZA PRÁCTICA	Técnica de cuidado de los enfermos y conocimiento de material de laboratorio (4 horas/día mínimo)	Prácticas en clínicas médicas y quirúrgicas y laboratorio (6 horas/día mínimo)	Prácticas en clínicas hospitalarias correspondientes a todas las enseñanzas del curso (6 horas/día mínimo)

Apéndice 3. Índice del libro Miranda RM^a. (1956). *Moral profesional para el Ayudante Técnico Sanitario*. Madrid: Gráficas Onofre Alonso.

1. Tema 1. Qué se entiende por moral. –Moral general y aplicada.- Fuentes de la moral.- Moral profesional.- Necesidad de la moral profesional.- Normas de la moral profesional.
2. Tema 2. Vocación para el ATS.- Signos distintivos de la voación.- La profesión del ATS como deber social.
3. Tema 3. Cualidad físicas que debe reunir el ATS: la salud, la mano, el corazón y la buena presencia.- Cualidades intelectuales: memoria, juicio recto, prudencia.
4. Tema 4. Cualidades morales: Paciencia: con el enfermo y con la enfermedad, sinceridad, bondad, que ha de ser: compasiva, constante, universal y adaptable.- Discreción y reserva. Sentido de la dignidad y amor al deber.
5. Tema 5. Deberes del ATS. Respecto al enfermo.- Distinción y buenas maneras.- Psicología del enfermo.- Adaptación al enfermo.- En qué consiste y medios para verificarla. Optimismo
6. Tema 6. Deberes del ATS. Respecto a los familiares y allegados.- La distinción.- Inconvenientes de una educación inferior al medio.- Modo de remediar este inconveniente. Firmeza, pero razonada.- Intimidación si es necesario.
7. Tema 7. Deberes del ATS. Respecto a los médicos.- Obediencia y respeto.- El trato social con el médico fuera del ejercicio profesional.
8. Tema 8. Deberes del ATS. Respecto a sus compañeros de profesión.- Deberes de justicia: la calumnia y la maledicencia. –Deberes de caridad.- Lo que hay que hacer y lo que hay que evitar.-Deberes de cortesía: según el derecho natural y según las circunstancias.
9. Tema 9. Deberes del ATS. Respecto con la institución a que pertenezca.- Exaltación de valores.- Concepto, obligaciones y límites del compañerismo.- Doctrina sobre la encurrencia profesional.
10. Tema 10. Deberes del ATS. Respecto a sí mismo.- La conservación de la salud.- Formación profesional.- Conocimientos profesionales.- Responsabilidad que alcanza de no adquirir estos conocimientos.- Ámbito de responsabilidad moral y la responsabilidad legal.

Apéndice 4. Inventario de manuales de moral profesional dirigidos a ATS publicados entre 1956 y 1976

Autor/a	Título	Año	Ed.	Lugar, editorial	Universidad en depósito	Base de datos (fuente)
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: texto acomodado al programa oficial: tercer curso	1956		Santander, Terrae	Burgos	BPE
Sor M ^a Rosa Miranda	Orientación de moral profesional: adaptado al programa de ayudante técnico sanitario. Primer curso	1956		Madrid: Publicaciones Murga	UIB UPSA UCM	REBIUN BNE EUI Madrona Sta.
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: texto acomodado al programa oficial: primer y segundo curso (2v)	1957		Santander: Terrae	UIB	REBIUN EUI Madrona Sta
Varios autores	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso tercero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1959		Madrid: Publicaciones Murga	UJABC UOV	REBIUN
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: Texto acomodado al programa oficial. Primer curso	1960	2ª ed	Santander: Terrae,	UCN UIB	REBIUN BPE BNE
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: texto acomodado al programa oficial. Segundo curso	1961	2ª ed	Santander: Terrae	Red bibliotecas Burgos	BPE BNE EUI Madrona Sta
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: texto acomodado al programa oficial. Tercer curso	1961	2ª ed	Santander: Terrae	UCM UCN ULE UPNA BURGOS	REBIUN BPE BNE
Varios autores	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso tercero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1961		Madrid, Imprenta Omnia	UPNA USA UJABC	REBIUN BNE

Rvdo. PF. Peiró	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso primero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1962			Madrid, universidad departamento publicaciones	URV UIB	REBIUN
Rvdo. PF. Peiró	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso segundo: contestaciones ajustadas al programa oficial	1962			Madrid, universidad departamento publicaciones	UIB	REBIUN
Rvdo. PF. Peiró	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso tercero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1962			Madrid, universidad departamento publicaciones	UNAV UIB USA	REBIUN
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: texto acomodado al programa oficial : primer curso	1963	3ªed		Santander : Sal Terrae	UCN UPV	REBIUN BNE
Sor Mª Rosa Miranda	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso primero: Adaptado al programa oficial	1964			Onofre Alonso. Madrid	UIB	Compañera UIB (Magdalena)
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario : segundo curso	1965	3ª ed		Santander : Sal Terrae	UCN UJABC UPNA	REBIUN BNE
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario : tercer curso	1965			Santander : Sal Terrae		BNE
Rvdo. PF Peiró	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso primero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1965	2ª ed		Madrid, Oteouniversidad departamento publicaciones	UIB UZA UHU UCM	REBIUN BNE
Varios autores	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso segundo: contestaciones ajustadas al programa oficial	1966	2ªed		Madrid, universidad departamento publicaciones	UNAV UCM UHU USA UPNA UAH	REBIUN BNE

Varios Autores	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso tercero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1966	2ªed	Madrid, universidad departamento publicaciones	UNAV	REBIUN BNE
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: texto acomodado al programa oficial. Primer curso	1967	4ªed	Santander : Sal Terrae	UPNA Burgos	REBIUN BPE BNE
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: texto acomodado al programa oficial. Segundo curso	1969	4ªed	Santander : Sal Terrae	UAB UCN UCL BURGOS	REBIUN BPE BNE
Varios autores	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso primero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1969	3ªed	Madrid, universidad departamento publicaciones	UNAV	REBIUN
Varios autores	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso tercero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1969	3ªed	Madrid, universidad departamento publicaciones	UNAV UAH UCM UCN UPV USE Colegio Médicos Baleares	REBIUN BNE
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: primer curso	1970	5ªed	Santander : Sal Terrae	Red bibliotecas publicas Asturias-UAB URV	BPE BNE
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: tercer curso	1970	4ª ed	Santander : Sal Terrae	UAB BURGOS	REBIUN BPE BNE
Varios autores	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso segundo: contestaciones ajustadas al programa oficial	1970	3ªed	Madrid, Oteo	UPV	REBIUN BNE

Rvdo. Enrique Arredondo	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso primero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1971	4ªed	Madrid, Oteo	UNAV UIB	REBIUN
Varios autores	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso segundo: contestaciones ajustadas al programa oficial	1971	4ªed	Madrid, Oteo	UNAV UCA UAH UCM UIB UHU UJEX	REBIUN BNE
Rvdo. Enrique Arredondo	Ayudantes Técnicos Sanitarios. Curso tercero: contestaciones ajustadas al programa oficial	1971	4ªed	Madrid, Oteo	UNAV UIB	REBIUN BNE
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: texto acomodado al programa oficial. Primer curso	1972	6ªed	Santander : Terrac	UCL	REBIUN BNE
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: texto acomodado al programa oficial. Tercer curso	1973	5ªed	Santander : Sal Terrac	UIB	REBIUN BNE
R.P Juan Rey	Moral profesional del ayudante técnico sanitario: primer curso.	1974	7ª ed.	Santander: Terrac,	UJABC	REBIUN BNE
Varios autores	Programa oficial de Ayudante Técnicos Sanitarios. 1º, 2º y 3º curso: contestaciones ajustadas al programa oficial	1974	4ªed	Madrid, Oteo	UPNA	REBIUN
Castañeda Delgado P, Pérez Delgado A	Programa oficial de Ayudante Técnicos Sanitarios. 1º, 2º y 3º curso: contestaciones ajustadas al programa oficial	1975	5ªed	Madrid, Oteo	UJABC UIB	

Apéndice 5. Información para profesionales entrevistadas/os

Proyecto: ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976)

Investigadora: Margalida Miró Bonet. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears

Esta investigación es la segunda parte de un estudio cuyo objetivo general es analizar los discursos y las relaciones de poder que han conformado la(s) identidad(es) profesional de las/os enfermeras/s en España entre 1956 y 1976.

En un primer estudio he analizado una muestra de los manuales de moral profesional dirigidos a la formación de las/os Ayudante Técnico Sanitario (ATS) y, he entrevistado a 7 profesionales que fueron estudiantes o profesoras en alguna escuela de ATS entre 1956 y 1976 en nuestro país.

Entre las discusiones de este primer estudio se puede apuntar lo siguiente:

- En los manuales analizados emergen discursos formales, oficiales y de carácter más continuista sobre la profesión durante este período. En cambio, en la narrativa de las personas entrevistadas se apuntan discursos más cercanos a la cotidianidad y la realidad de sus prácticas, y alguno de ellos alternativos, de lucha y resistencia.
- Se puede identificar un discurso residual moralista-cristiano como herencia de una etapa profesional anterior. Como dominantes y continuistas a lo largo del período un discurso de género, técnico y biomédico. Empiezan a aparecer discursos de concienciación, resistencia y lucha profesional. Y finalmente, cabe señalar una serie silencios como la aportación social de la profesión, su papel en otros ámbitos que no fuesen los clínicos, a la calidad y la rigurosidad de las prácticas y a la aplicación del conocimiento científico en el cuidado.
- Se pueden señalar relaciones de poder a través de las cuales se trató de moldear a una profesional obediente, dependiente y centrada en tareas. Además, estrategias que promovían el papel de la enfermera como intermediadora entre el paciente y el médico y la continua exigencia, dureza y sacrificio en el ejercicio de la profesión. Aquellas estrategias que las propias enfermeras asumieron y que autorregulaban su práctica como la infravaloración de su profesión respecto a la de practicantes o médicos. Y finalmente, cabe destacar las estrategias de resistencia o de lucha, mediante las cuales las enfermeras empezaron a buscar los medios y argumentos para cuestionar el sometimiento y la dependencia de algunas enfermeras respecto a los médicos.

En esta segunda parte, me gustaría explorar a través de sus experiencias y vivencias profesionales y personales durante esta época los procesos y los factores, tanto internos como externos a la profesión, que contribuyeron a que durante este período se mantuviesen como dominantes determinados discursos y se empezasen a transformar otros. Es decir, explorar con usted el qué y cómo de estos procesos de continuismo y cambio profesional.

Por ello, le agradecería que leyera el consentimiento informado que a continuación se adjunta y, si está de acuerdo lo firmara para poder llevar a cabo la entrevista un día y hora acordado entre ambas.

Le agradezco muy sinceramente su dedicación y su ayuda,

Cordialmente,
Margalida Miró Bonet.

Apéndice 6. Guía de entrevista a estudiantes y profesores/as (versión castellano)

Estudiantes:

¿Cuáles fueron las motivaciones que le llevaron a estudiar la carrera de ATS?

¿Encontró alguna diferencia entre su idea previa de la profesión y lo que le enseñaron posteriormente en la escuela?

Observó alguna diferencia entre lo que se le enseñó en la escuela y lo que se le exigía como profesional.

¿Podría describirme de forma general su época como estudiante en la escuela de ATS?

¿Qué deficiencias cree que tuvo la formación de la profesión en esta época?

Docentes:

¿Encontró alguna diferencia entre lo se enseñaba en las escuelas a los estudiantes y lo que después se exigía en la profesión?

¿Podría describirme de forma general como fue su colaboración con la escuela de ATS y su relación con el resto de profesores/as?

¿Qué deficiencias cree que tuvo la formación de la profesión en esta época?

A todas/os:

¿Qué cualidades, actitudes y requisitos se le exigía como ATS para ejercer su profesión en esa época?

¿Con que otros profesionales trabajaba en el hospital? ¿Cómo era su relación con ellos, especialmente con el médico y el paciente y su familia?

Describame como era un día en su trabajo

¿Se sentía cómoda/o con estas funciones?

¿Cómo cree que el médico, el paciente y su familia y la sociedad valoraban su contribución como ATS?

¿Cómo cree que influyó el hecho de que usted sea mujer/hombre para ejercer la profesión en esa época?

¿Cómo se entendía la figura del médico en esa época?

¿Cómo se entendía el rol del paciente y a su familia en esa época?

Coménteme que aspectos cree que son los que más han cambiado en la profesión hasta día de hoy

Cual es su opinión sobre el cambio de nombre de ATS a Diplomado en Enfermería para la profesión

¿Qué opina sobre la formación y el ejercicio profesional de las nuevas promociones?

¿Le gustaría comentarme alguna cosa sobre lo que hemos hablado en la entrevista?

Apéndice 7. Ficha sociodemográfica para estudiantes y profesores/as (versión catellano)

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Pseudónimo para la transcripción (si lo desea): _____

Jubilada/o: sí no Actual lugar de trabajo: _____

Escuela en la que estudio: _____ Estuvo interna: sí no

Año de inicio y finalización de los estudios de ATS: _____ / _____

Resumen de su trayectoria profesional (organizaciones en las que ha trabajado, otros estudios):

Dirección: _____

Teléfono(s) de contacto: _____

Dirección postal: _____

Mail: _____

Apéndice 8. Guía de códigos de transcripción

Pausas

Para pausas menores a 5 segundos, utilizar puntos suspensivos...

Para pausas mayores a 5 segundos, utilizar Pll (pausa larga)

No es necesario escribir la duración de las pausas

Risas, toser, etc.

Indicar entre corchetes, por ejemplo [risa] para señalar más de una persona riendo [risas], [garaspea], [suspira], [tose],...

Sonidos repetidos/interrupciones

Indicar cuando alguien es interrumpido en medio de una frase con un guión en el momento de la interrupción, por ejemplo: Qué haces-

Indicar cuando repiten una misma frase o palabra con un guión, por ejemplo: Se perdió-se perdió dentro de aquel sitio

Solapamiento de las voces (cuando hablan al mismo tiempo)

Usar guión cuando alguien se interpone a la persona que está hablando y se solapan las voces, después transcribir la intervención de la persona que se ha interpuesto a quien hablaba inicialmente escribiendo (solapamiento) al inicio y entre paréntesis, y después, volver a la frase que se ha interrumpido si la persona continúa. Por ejemplo: B: Dijo que era impos-; A: (solapamiento) ¿Quién es María?; B: No, fue Ana.

Palabras que no se entienden

Usar corchetes y interrogantes si escribimos lo que nos parece que han dicho sin que sea muy seguro, por ejemplo: “Y después se fue a [comprar? Jugar?]

Utilizar “X” para indicar palabras que no se pueden descifrar de ningún modo y el número de “X” indicará el número de palabras que no se pueden entender, por ejemplo: “XXXXXX XXX XXXXX”.

Énfasis

Utilizar mayúscula para mostrar un fuerte énfasis, por ejemplo “EL LO DIJO delante de todos”. No utilizar negrita o subrayado ya que algunas veces desaparece cuando los archivos de textos son pasados a otro software.

Sonidos mantenidos

Repite los mismos sonidos mantenidos separándolos por guiones, si además tiene énfasis ponerlos en mayúsculas, por ejemplo “No-o-o-o-o-o, no exactamente” o “Me puse MU-U-U-U-Y contenta”.

Parafrasear a otros

Cuando el/la entrevistador/a escucha una voz que indica que se está imitando lo que otro/a ha dicho, o expresa una voz interior, utilizar comillas y/o indicar con (voz imitada) entre paréntesis, por ejemplo: B: ¿Sabes lo que me dijo después? Me dijo (voz imitada) “me condenarán si me dejo aconsejar por ti”.

Apéndice 9. Ficha sociodemográfica para profesionales (versión castellano)

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Pseudónimo para la transcripción: _____

Año de inicio de los estudios de ATS: _____ Año finalización de los estudios: _____

Escuela/a en la que se formó: _____

Situación laboral actual: jubilada/o activa/o Lugar de trabajo actual: _____

Dirección postal: _____

Dirección mail: _____ Teléfono(s) de contacto: _____

Resumen de su trayectoria profesional entre 1956 y 1976 (organizaciones en las que ha trabajado, otros estudios):

Apéndice 10. Guía de entrevista a profesionales (versión castellano)

Esta entrevista se centrará en sus experiencias personales y profesionales vividas en el período entre 1956 y 1976. Un período que comprendió desde las primeras protestas sociales y la crisis universitaria de 1956, el desarrollo económico y los cambios sociales de los sesenta, y los últimos momentos de la vida de Franco de los años setenta marcado por una creciente oposición en las fábricas y universidades.

1. ¿Cómo describiría usted de forma resumida el contexto social, político y profesional en esta época?
2. Según los manuales analizados en el primer estudio se evidenciaba que durante este período ser mujer condicionaba el hecho de ser buena enfermera y también las relaciones con los médicos. ¿Según su experiencia cree usted que el género influyó en la profesión? ¿Cree que esta influencia se mantuvo constante o fue cambiando a lo largo de estos veinte años? ¿Cuándo y por qué cree que cambió?
3. En los manuales analizados en el primer estudio, la enfermera debía ser un profesional hábil y diestra en la ejecución de técnicas pero no precisaba mucha fundamentación y siempre realizaba sus cometidos bajo dependencia médica. ¿Según su experiencia profesional fue así realmente? ¿Cree que esto se mantuvo constante o fue cambiando a lo largo de estos veinte años? ¿Cuándo y por qué cambió?
4. Según los manuales analizados en el primer estudio, la enfermedad y la actividad médica se constituyeron como el centro de la atención de las enfermeras. ¿Según su experiencia profesional la mirada hacia el enfermo se dirigía sólo a la enfermedad y al tratamiento prescrito? ¿Cree que esto se mantuvo constante o fue cambiando a lo largo de estos veinte años? ¿Cuándo y por qué cambió?
5. En las entrevistas realizadas en el primer estudio se señala que a finales de los sesenta, y setenta empezaron a aparecer discursos de concienciación y de lucha por parte de las enfermeras. ¿Según su experiencia comparte usted esta observación? ¿Cuándo y por qué surgieron estas reacciones de lucha y concienciación profesión?
6. ¿Qué relación cree que hay con lo que me ha descrito de ese período con la actualidad profesional?

Apéndice 11. Consentimiento informado para estudiantes y profesores/as (versión castellano)

Título de la investigación: ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad de la enfermería en España (1956-1976)

Investigadora: Sra. Margalida Miró Bonet. Profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears (Telf. 971.172316)

Propósito de la investigación

El propósito es conseguir una mayor comprensión sobre la construcción de la identidad profesional en la segunda mitad del siglo XX. Por ello el objetivo general de esta investigación es explorar los elementos que conformaron los discursos sobre la identidad profesional enfermera en España entre 1956 y 1976.

Descripción de la investigación

En una primera fase se han analizado los manuales sobre moral profesional utilizados en la formación de los ATS y en una segunda fase se realizan entrevistas semiestructuradas grabadas con personas que vivieron esta época.

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 90 minutos y el contenido quedará registrado para su posterior transcripción y análisis. Se realizarán 6 entrevistas a 6 profesionales: 3 que se formaron en nuestro país entre 1956 y 1976, y que actualmente están en activo y a 3 que durante este período ocuparon cargos en las escuelas como docentes o monitoras de prácticas.

Confidencialidad

Garantizo el anonimato y la confidencialidad de los datos y de la identidad del entrevistado/a. Toda la información recogida se mantendrá estrictamente confidencial.

Beneficios potenciales e inconvenientes

Su contribución permitirá comprender mejor como se han configurado algunos aspectos que conforman la identidad de la profesión en nuestro país, las prácticas y modelos profesionales, la imagen social, etc. Las conclusiones que se extraigan del análisis, formarán parte de un informe final que se entregará a cada uno de los participantes.

Por otro lado, participar implica un tiempo de traslado y unas dos horas de dedicación en el desarrollo de la entrevista.

Nombre del/a participante

Firma

_____ a _____ de _____ de 200__.

Apéndice 12. Consentimiento informado para profesionales (versión castellano)

Yo, Sr/a. _____ estoy de acuerdo en participar en esta entrevista conducida por la Sra. Margalida Miró Bonet, profesora del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears, investigadora principal del estudio titulado, ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las/os enfermeras/os en España (1956-1976).

Entiendo que el propósito de este estudio es llevar a cabo varias entrevistas para obtener información sobre los procesos y factores que contribuyeron a la permanencia y transformación de los discursos profesionales entre 1956 y 1976. Estoy informada de que esta entrevista tiene una duración máxima de una hora y media y que es audiograbada.

Se que mi participación en este estudio es totalmente voluntaria y que si yo deseo puedo abandonarlo en cualquier momento sin dar explicaciones.

Se que la investigadora principal garantiza el anonimato y la confidencialidad de los datos y de mi identidad. Toda la información recogida se mantendrá estrictamente confidencial.

Entiendo que no recibiré ningún beneficio directo de la participación en este estudio, pero que mi participación puede ayudar a otros en un futuro.

La investigadora principal me ha contestado a todas las preguntas que yo he tenido sobre este estudio. He entendido y compendido esta información y estoy de acuerdo en participar en esta entrevista.

Fecha: ____/____/____

Firma: _____

Apéndice 13. Codificación de la categoría profesionales: médico

	MANUALES	ENTREVISTAS A ESTUDIANTES Y PROFESORAS	
Médico	Código	Código	Definición
	Autoridad suprema	Autoridad suprema	Persona que gobierna y a la que se obliga a obedecer. La que ejerce supremacía sobre otras profesiones. La que tiene la responsabilidad en el equipo y en la toma de decisiones en relación al enfermo.

Apéndice 14. Codificación de la categoría profesionales: enfermera

	MANUALES	ENTREVISTAS A ESTUDIANTES Y PROFESORAS	
Enfermera	Código	Código	Definición
	Cualidades físicas	-	Relativas a la constitución física, psíquica y emocional, como el estado de los sentidos, los defectos del organismo, una buena constitución, salud vigorosa, equilibrio nervioso, buena nutrición.
	Cualidades intelectuales	-	Relativas al intelecto como memoria, juicio recto, agilidad mental, prudencia, dignidad profesional
	Cualidades morales	-	Relativas a los principios que rigen la conducta profesional como la bondad, generosidad, amabilidad, caridad, benevolencia, sensibilidad, compasión, paciencia, dignidad, indulgencia, piedad, nobleza, discreción, honradez, flexibilidad de carácter, sumisión, sacrificio, amor al deber, abnegación, entusiasmo, entrega, devoción, consagración.
	Modales y porte	Modales y porte	Lo relativo a las buenas maneras, la distinción, la conducta exterior, como vestido, limpieza, conversación, educación, tacto, trato social, deseo de agradar, sentimentalismo, coquetería, distinción
	Cualidades técnicas	Cualidades técnicas	Relativas a la destreza, pericia, habilidad manual para realizar una actividad.
	-	Cualidades clínicas	Relativas a la competencia para detectar y controlar de forma eficaz las enfermedades el paciente. Además de una buena gestión de los recursos.
	-	Coacción-amenazas	Obligar a alguien a que haga cierta cosa o reprimirle de cualquier iniciativa personal diferente a la

		deseable. Influir para que alguien piense o actué de una forma concreta imponiéndole un castigo o sanción si no lo hace.
Inferioridad cultural y social	-	Consideración del profesional o de la profesión de inferior categoría o valor tanto a nivel social como cultural.
Gregarismo servil	-	La enfermera forma parte de un grupo sin distinguirse de los demás. Los intereses grupales prevalecen sobre cualquier interés o meta personal.
-	Infravaloración profesional	Las propias enfermeras daban menos importancia a su contribución y a su papel como enfermeras, por el hecho de ser mujeres y tener un enfoque menos técnico que los ATS varones y los practicantes
-	En busca de orgullo profesional	Estrategias que permitían oponerse a la disciplina recibida en la escuela y a la subordinación al médico. Se resistían a obedecer ciegamente y sin criterio al médico. Para ello proponían tomar conciencia y confianza sobre su aportación profesional, la búsqueda de un espacio propio, de mayor conocimiento, mayor libertad, trabajo en equipo con más seguridad, mayor responsabilidad en los cuidados.
-	Retos	Lo que queda por hacer y conseguir: mayor humanidad en el cuidado, superar la brecha en teoría y práctica por poco desarrollo de la práctica, mayor salario, disminuir la distancia entre médico-enfermera

Apéndice 15. Citas del código “cualidades morales” de la categoría profesionales: enfermera, emergidos en los manuales

Un buen ATS siente especial cariño no solo por el oficio que cumple en servicio de la humanidad doliente, ama también las exigencias, las fatigas que acarrea su tarea; ama, sobretodo, a los enfermos (Miranda RM^a, 1956:15).

Cuando esta profesión sanitaria, concebida y elegida con rectitud, se realiza con honradez, sin buscar glorias personales ni aprovechamientos ni el lucro material, cuando se convierte el trabajo en verdadero apostolado, llevándolo a cabo sin ruido ni grandes ostentaciones, ese total entregamiento cristiano engendra una satisfacción que difícilmente podrá superarse (Miranda RM^a, 1956:16).

El ATS debe entregarse sin reservas a la empresa humanitaria que tiene encomendada, aunque para ello le sea preciso muchas veces renunciar a lo que es grato: a su tiempo libre, a sus horas de esparcimiento y recuperación, etc. (Miranda RM^a, 1956:18).

Si es importante para el Ayudante Técnico Sanitario la posesión de las cualidades físicas e intelectuales a que se hizo referencia en anteriores temas, mucho más fundamental es estar adornado de cualidades morales, auténticas virtudes de caridad y amor al prójimo. (Miranda RM^a, 1956:26; Miranda RM^a, 1964: XIX).

El ATS que quiera ser un buen colaborador y auxiliar, deberá darse por igual a todos. Su amor al prójimo debe ser general; el deseo de hacer bien será constantemente universal. Esta generosa actitud deberá estar adornada de matices que tengan suficiente flexibilidad para adaptarse a cada enfermo y a cada enfermedad (Miranda RM^a, 1956:31; Miranda RM^a, 1964: XXI).

La enfermera necesita amar al enfermo para sacrificarle por él. Como amor natural no es posible tiene que ser con amor sobrenatural (Rey J, 1974; 45).

El ATS ejerce una profesión que requiere el ejercicio de varias virtudes cristianas, pero de una manera especial la caridad, la paciencia, sinceridad y discreción. Virtudes que ha de conocer para mejor practicar (Castañeda P, 1975; 73).

No encontrará el ATS un consejero mejor que la caridad para el ejercicio de su profesión: ella hará que sea servicial, dulce y amable con el enfermo y sus familiares: ella le inspira todo aquello que sirva para hacerles menos penosa y desagradable la vida; ella le exigirá corregir la dureza de carácter, la aspereza de sus modales y otros defectos que le hagan menos bueno, cortés y agradable en sus relaciones; ella le animará a ejercer la asistencia gratuita al necesitado dentro de sus posibilidades, etc. (Castañeda P, 1975:79).

Apéndice 16. Codificación de la categoría profesiones: medicina

	MANUALES	ENTREVISTAS A ESTUDIANTES Y PROFESORAS	
Medicina	Código	Código	Definición
	Conocimiento exclusivo o privativo	Conocimiento exclusivo o privativo	Conocimiento al que sólo pueden acceder determinadas personas autorizadas y con privilegios. Este conocimiento autoriza a ciertos ámbitos de actuación.
	Prestigio y reputación profesional y social	Prestigio y reputación profesional y social	Reconocimiento que los otros profesionales y la sociedad hacen de su profesión.

Apéndice 17. Codificación de la categoría profesiones: enfermería

	MANUALES	ENTREVISTAS A ESTUDIANTES Y PROFESORAS	
Enfermería	Código	Código	Definición
	Dureza y sacrificio	Dureza y sacrificio	Profesión severa que exige esfuerzo a nivel físico y emocional, además de sometimiento moral y religioso. Se imponen normas que llevan a la perfección en el ejercicio de la profesión: trabajo y deberes duros y penosos, fatigas, turnos, intensos estados emocionales, orden, obediencia, exactitud.
	-	Mantenimiento y control de la disciplina	El médico era el que controlaba, manejaba, regulaba y gestionaba el conocimiento y las monjas, monitoras o enfermeras era las que controlaban los comportamientos, normas de conducta, actitudes, la disciplina, la uniformidad... Eran como madres
	Recompensas espirituales	-	Reconocimiento de las buenas acciones, conductas, servicios o méritos a través de la satisfacción, el goce interior, la divinidad, eternidad, heroicidad y santificación.
	Cuidado espiritual "Salvación de las almas"	-	El cuidado se concebía fundamentalmente como un acompañamiento espiritual y emocional. Era un medio para la "salvación de las almas". La enfermera tenía como finalidad ayudar, proteger, aliviar, auxiliar y consolar el alma, los sentimientos y las aspiraciones de las personas para que pudiesen soportar la pena, el dolor y el sufrimiento.
	Vocación religiosa	-	Inclinación divina, bien definida y auténtica hacia la profesión. Se compara con un noviciado de una persona que toma el hábito en una orden religiosa.

-	Vocación social y de servicio	Disposición, motivación y tendencia al cuidado de las personas no únicamente por motivos religiosos, sino de tipo ético, moral y social.
Saber menor	Saber menor	Saber que no requiere de un conocimiento teórico especializado. La formación era un adiestramiento práctico. Aprendían por ensayo-error, imitando a las enfermeras en los hospitales o por intuición. No había brecha entre formación y práctica.
-	Trabajo rutinario y mecánico	Trabajo automatizado, rutinario, mecánico y sin criterio, ni fundamento, ni reflexión.

Apéndice 18. Citas del código “dureza y sacrificio” de la categoría profesiones: enfermería, emergidos en las entrevistas

Nosotras LO HACÍAMOS TODO, todo, en aquellos años en la planta no existían auxiliares ni celadores. Nosotras lo hacíamos TODO. Las cosas han mejorado gracias a Dios en todos los sentidos, porque nosotras verdaderamente m-m, ahora lo analizas y la palabra exacta era que nos explotaban, lo que pasa es que no había otra cosa. Tuvimos que luchar para que el día de Navidad fuese un día de fiesta, no un día cualquiera. (Nati, 1952:1).

Yo sólo cobraba una paga pero trabajaba en la escuela, en la planta y además haciendo guardias en las plantas pendiente de las alumnas que estaban allí, por si tenían algún problema. (Nati, 1952:3).

Yo...de día, de noche, a todas horas estaba pendiente de que me llamasen. YO VIVÍA EN EL Hospital. Incluso mi familia me decía, tu parece que te has casado con Son Dureta (se ríe) y verdaderamente lo parecía. (Nati, 1952:4).

Se nos exigía un comportamiento muy estricto, dentro de rígidas normas de educación. No era solo la moral religiosa, era una ética personal la que te predicaban y que tú la vivías cada día. (Nati, 1952:19).

O sea que... nosotras trabajábamos COMO BURRAS. (Nati, 1952:37).

Yo me he sentido muy feliz, pero recuerdo cuando me arrepentía de haber estudiado enfermera, era cuando por la noche sola...en una planta de urología, llena de hombres, a las tres o las cuatro de la mañana y, y, y pensaba (voz imitada) quien me ha metido en este lío. No tenías a nadie, estabas sola con los recién operados (Nati, 1952: 40).

Puede ser que me haya quedado soltera por haber estado tanto tiempo interna y haber elegido esta vida tan, tan DEDICADA porque he tenido pretendientes, aunque no te lo creas, pero claro es que cuando te dedicas a una cosa con cuerpo y alma, no puedes atender otras. (Nati, 1952: 41).

La dificultad no era de pasarme mucho tiempo ni de días libres, porque no los tenía... yo estaba mañana y tarde, a lo mejor la noche no, pero bueno, me tocaba guardia. (Cata, 1956:8).

La educación que habíamos recibido en casa ya era-a una educación pues muy disciplinada y para mí someterme a la disciplina de la escuela no me costó tanto, pero lo que sí me costó fueron los horarios tan estrictos, la-a-a la pérdida de la privacidad. Yo encontré mucha diferencia... estábamos muy coartadas, muy vigiladas incluso se vigilaba lo que leíamos (Antonia, 1960:2).

Quizás hubo un poco de problema con la clase de-e moral profesional que-e pues claro era una clase cómo por aquel entonces una clase totalmente confe-confe-confesional ¿no? Y entonces a nosotros no nos parecía bien pero bueno...aquello lo sobrellevamos con paciencia. (Antonia, 1960: 6).

La figura del auxiliar no existía, no-no, algún celador que otro pero fundamentalmente, había un celador de urgencias que era el que te llevaba las balas de oxígeno si necesitabas era lo único que hacía yo creo, o sea lo hacías todo tú. (Antonia, 1960:16).

La realidad era ... Durísima, no tiene nada que ver con la vida de ahora (suspira) y-y-y bueno por supuesto la disciplina era terrible desde el primer momento entrabas a trabajar... y-y-y m-m-m bueno pues eso, no había-a auxiliares ni había celadores ni había o sea tú hacías-s-s TODO-TODO o sea limpiabas-s-limpiabas bacinillas, atendías a los enfermos m.-m si necesitabas (sonríe) un-un aspirador, pues entonces tu estabas de noche igual sola entonces si eras de primero pues arriba o abajo tenías una de segundo o de tercero que podía pues echarte una {x}-una mano cuando tenías que pinchar o cuando-o (suspira) y entonces si necesitabas una cosa porque la escasez era terrible (Carmen, 1961:2)

Teníamos unas tarjetas que nos picaban y sabían si habías ido a cenar, a desayunar y a comer...el trabajo era de ocho a doce y de una a cinco por ejemplo cuando no había clases... pu-pues era-a-era una cosa terrible...Pero a veces no íbamos y en el autobús (risa) pedíamos que nos picaran las tarjetas y así no nos pedían cuenta de porque no habíamos ido. (Carmen, 1961:9).

Tenías que estar dentro de los-s-de los- cánones, estabas siempre con la espada detrás de la espalda. Era obligación todo, todo era obligación hasta ir a misa los domingos-los domingos. Era obligación o sea aquí no había-no había excepciones por ejemplo había que ir a misa e-e a las siete de la mañana las que entrábamos a trabajar íbamos a las siete de la mañana pero es que salían de guardia no sé si-i a que hora pero bueno. Las prácticas religiosas eran obligación salvo excepciones de que se trajese un certificado, en realidad te llamaban todos los días para ir a misa. (Carmen, 1961:10)

No podía imaginar que iba a entrar en un mundo de disciplina, o sea, pensé que iba a ser una cosa más liberal y no tan sometida a juicios. (Pilar, 1969:1).

Sentíamos que la escuela era una organización muy maternalista y muy dura-dura. Algunas compañeras venían de la universidad, de otras carreras y cuando lo conocían entonces era un contraste tremendo. (Marta, 1975:3).

Apéndice 19. Codificación de la categoría relaciones profesionales: enfermera y médico

	MANUALES	ENTREVISTAS A ESTUDIANTES Y PROFESORAS	
Enfermera y médico	Código	Código	Definición
	Subordinación	Subordinación	Relación jerárquica en la que la enfermera era dirigida por el médico y era la que ejecutaba sus órdenes. La enfermera obedecía al médico ciegamente sin reflexión ni criterio profesional.
	Intermediaria	-	La enfermera era la intermediaria entre el enfermo y el médico. Así facilitaba el trato y la comunicación entre ellos.
	Fiscalización y culpabilización	Fiscalización y culpabilización	El médico inspeccionaba el trabajo de la enfermera. Cuando el médico creía que la enfermera había cometido una falta, la estigmatizaba moralmente y la hacía responsable del proceso curativo del paciente.
	Relaciones de género	-	Particularidades en el trato y la relación cuando el médico era un hombre y la enfermera una mujer.
	-	Resistencia y lucha	La enfermera plantea estrategias que le permitían liberarse de la subordinación sumisa y leal al médico.
	-	Distancia entre profesionales	Crece el espacio entre ambos profesionales de modo que se hace difícil la comunicación y el trabajo en equipo

Apéndice 20. Codificación de la categoría relaciones profesionales: enfermera y paciente

	MANUALES	ENTREVISTAS A ESTUDIANTES Y PROFESORAS	
Enfermera -paciente	Código	Código	Definición
	Distancia	Distancia	La enfermera debía impedir y evitar informar y responder las preguntas directas de los pacientes. Debía mantener cierta distancia con los pacientes. Esta distancia estaba relacionada con la concepción del sujeto como una persona pasiva y dependiente de la enfermera.
	Difícil	-	Se consideraba al paciente como una víctima sufridora, débil e infeliz debido a los padecimientos de las enfermedades. Era una persona exigente, de intensas reacciones y cambios de estados de ánimo. La relación con él/ella era difícil debido a su temperamento, irritabilidad, suspicacia, desconfianza y recelo.
	Trato de consuelo	-	El trato de la enfermera con el paciente debía ser servicial, paciente, amable, atento, generoso, benevolente, comprensible, respetuoso, dulce, bondadoso, optimista y sensible. La finalidad fundamental era proporcionar a través de la palabra consuelo al paciente, sin dar explicaciones a las preguntas que pudiese hacer.
	Disciplina	-	Al paciente se le sometía a una disciplina hospitalaria. Se le imponía con autoridad una serie de normas, se le obliga a acatar órdenes mediante la presión, persuasión o imposición
	-	Reconocimiento emocional	Los pacientes agradecían y reconocían el valor de la atención y del cuidado de la enfermera.

Apéndice 21. Codificación de la categoría relaciones profesionales: enfermera y familia

	MANUALES	ENTREVISTAS A ESTUDIANTES Y PROFESORAS	
Enfermera -familia	Código	Código	Definición
	No objeto de cuidados	No objeto de cuidados	La familia se consideraba importante porque era la fuente de datos y de información sobre cuestiones relativas a la salud del paciente. Además la familia era la que daba confianza y seguridad al paciente. Por lo tanto no se consideraba sujeto de atención de cuidados, solo se incorporaba cuando el paciente vivía situaciones críticas o de especial gravedad, como la muerte. Y en este caso la atención se realizaba de forma no intencionada.
	Estorbo	-	La familia se consideraba que era quisquillosa, descontentadiza, rebelde y nerviosa. Acostumbran a juzgar, manifestar oposición, exigir, mandar y encontrar faltas.
	Normativa familiar	Normativa familiar	Se obligaba a las familias a cumplir de forma estricta un conjunto de normas, principalmente relativas a los horarios. Se usaba la intimidación, presión, persuasión e imposición. La familia no constituía objeto de atención y cuidado de la enfermera.

Apéndice 22. Citas del código “subordinación” de la categoría relaciones profesionales: enfermera y médico emergidos en los manuales

Con la más fiel observancia se debe llevar a cabo las prescripciones médicas, pero sin dejar entrever a los enfermos ni a sus familiares la razón de tales prescripciones (Miranda RM^a, 1956:26).

El ATS es el ejecutante de los designios terapéuticos del médico; por tanto tiene el deber de aplicar los medios que de éste recibe para curar a los enfermos. Una memoria bien desarrollada es condición primera para cumplir con exactitud esta obligación. (Miranda RM^a, 1956: 24; Miranda RM^a, 1964: XVII).

En la noble lucha contra la enfermedad y el sufrimiento el médico necesita la ayuda constante, leal e inteligente del ATS. (Miranda RM^a, 1956:25; Miranda RM^a,1964: XXX).

EL ATS trabaja en estrecha colaboración con el médico, ejecuta sus órdenes y lleva a cabo sus indicaciones todas. La obediencia debe ser, por consiguiente, completa, leal y exenta de cualquier retraso e imprevisión. La ligereza al ejecutar las prescripciones del médico es siempre contraproducente; con doble cuidado, en estos casos, hay que pensar bien lo que se hace y obrar en consecuencia, sin aturdimientos de ningún género. La obediencia debe ser, por consiguiente, completa, leal y exenta de cualquier retraso e imprevisión. La ficha médica debe ser llevada con la más rigurosa veracidad y cuidado, sin menospreciar cualquier detalle que, con su olvido, pudiera originar consecuencias, aunque pequeñas en apariencia. (Miranda RM^a, 1956:29; Miranda RM^a,1964: XX).

Sin la exacta obediencia, las relaciones entre el médico y el auxiliar sanitario se apoyarán en una base falsa; desaparecerá el clima necesario de colaboración, poniendo en peligro la eficacia del trabajo. La obediencia y la sinceridad harán del auxiliar sanitario el colaborador eficaz que requiere la profesión. (Miranda RM^a, 1956: 30; Miranda RM^a,1964: XX).

La obligación del ATS es asegurar en todo momento el trabajo del médico, garantizando la exacta aplicación de sus métodos; recoger y comunicar los datos que pasan inadvertidos para un profano. (Miranda RM^a, 1956:44; Miranda RM^a, 1964: XXX).

La obediencia, base sobre la que descansa la eficaz colaboración entre el médico y el Auxiliar sanitario, deberá ser inteligente y absoluta. De ella dependen, en gran parte, las posibilidades de curación del enfermo. La perfecta obediencia supone un exacto conocimiento de la materia que constituye lo ordenado por el superior. Para obedecer bien al médico, es preciso estar bien instruido profesionalmente y tener una noción perfecta de la propia responsabilidad. Esta obediencia absoluta no admite discusión de ningún género. Dentro del ámbito profesional nada puede dispensar al ATS de obedecer estrictamente las órdenes del médico. (Miranda RM^a, 1956: 45; Miranda RM^a,1964: XXX).

El trabajo en equipo, en el que cada miembro que lo integra tiene señalado el puesto que le corresponde, y cada función está perfectamente determinada. El médico ocupa el lugar preeminente de la dirección y el de máxima responsabilidad; a él le corresponde tomar las últimas decisiones y es él quien proporciona los medios de curar al enfermo. El ATS es la prolongación del cerebro y de la mano del médico (Miranda RM^a, 1956:46; Miranda RM^a,1964: XXXI).

En momentos de agobio del trabajo, el médico puede estar de mal humor y contestar con brusquedad. Es preciso no levantar quejas por ello ni dar a entender que ha ofendido con sus modos desconsiderados. Que el Auxiliar no pierda la calma por ello, que sus respuestas sean suaves y sus movimientos serenos, eso aliviará grandemente la situación. Al médico se le debe un respetuoso acatamiento y se le ha de rodear de toda clase de consideraciones. (Miranda RM^a, 1956:46; Miranda RM^a,1964: XXXI).

A los médicos que prescriben las normas del tratamiento para hacerles las preguntas y las advertencias que se juzguen convenientes, con respeto y delicadeza. (Rey J, 1957:50).

El médico y el Ayudante Sanitario trabajan en íntima colaboración en orden a un mismo fin: la salud del enfermo. Un Ayudante Sanitario bien instruido y fiel constituye una ayuda necesaria y preciosa para el médico. Deben trabajar con íntima y sincera compenetración para lograr el fin deseado, la salud del enfermo; pero conservando cada uno el puesto que le corresponde. (Rey J, 1957:83).

Aplicar con acierto las normas que ha recibido del médico. Si se va a hacer una operación, tener a mano todos los medicamentos, instrumental y materiales que el cirujano necesite en las contingencias posibles. Si el médico va a visitar al enfermo, preparar las respuestas a todas las preguntas que le puede hacer a ella. Tener a mano los materiales que probablemente necesitará para la exploración. (Rey J, 1974:54).

Debe tener prudencia con los médicos. En el trato con ellos, en el cumplimiento de las órdenes que dan. Preguntas y advertencias que conviene hacerles, con tacto, respeto y delicadeza. (Rey J, 1974:58).

Los deberes del ATS respecto a los médicos nacen de las relaciones que existen entre el médico y sus ATS. El médico y el ATS se unen por medio de un contrato más o menos directo para conseguir un mismo fin: cuidar la salud de los enfermos. El médico es un superior del ATS. Este, a su vez, es una ayuda necesaria y preciosa del médico. Es un intérprete fiel y ejecutor exacto de las disposiciones médicas. Por eso deben trabajar íntimamente compenetrados para conseguir el fin común que ambos se proponen: la salud del enfermo. Pero cada uno debe permanecer en el puesto que le corresponde. (Rey J, 1974:88).

El ATS debe obedecer al médico con sumisión perfecta. De ejecución y de juicio. El médico es superior, representante de Dios; y el ATS es subordinado suyo. El médico lleva la dirección de la cura y asume la responsabilidad. De ordinario, el médico por su ciencia y capacidad es obedecido ciegamente; sin embargo,

podiera darse el caso en que se dudara de su competencia. Aun entonces el ATS debe someter el propio juicio, pues el que asume la responsabilidad última es el médico. (Rey J, 1974:115).

Se está realizando la transición del médico de cabecera al gran equipo técnico de médicos y ayudantes en los hospitales modernos, y más aún en el campo de la investigación médica; se está llegando a la socialización de la profesión. Es evidente que el médico necesita ayuda y colaboración. Y ambas cosas las encontrará fundamentalmente en los ATS masculinos y femeninos. (Castañeda P, 1975:82).

Naturalmente cada cual en su puesto. El médico prescribe, dirige el plan; el ATS ejecuta lo mandado. El médico es el responsable. Una lógica consecuencia de lo anteriormente dicho: la necesidad de que el ATS obedezca al médico, pues de lo contrario, el éxito de la actividad médico-terapéutica se haría problemática. Por lo que respecta al ATS es claro que el médico es el superior; y al cual ha de obedecer por motivos naturales y sobrenaturales, principalmente en las prescripciones facultativas. Y ha de ser una obediencia: pronta, íntegra, gustosa, constante y colaboradora. (Castañeda P, 1975:82).

Apéndice 23. Codificación de la categoría factores contextuales

ENTREVISTAS A PROFESIONALES		
Factores	Código	Definición
	Contexto sociopolítico	Conjunto de circunstancias políticas, económicas, culturales, etc que rodearon el período entre 1956 y 1976 en España
	Intercambios internacionales	Interacciones y contactos con profesionales y organizaciones internacionales
	Redes profesionales nacionales	Estructuras que creaban los profesionales para reflexionar y trabajar sobre temas profesionales comunes
	Reorganización de los servicios médicos	Nueva organización funcional y jerárquica de los servicios médicos en los hospitales del país

Apéndice 24.A. Reflejo del dominio médico en la regulación de leyes. Decreto 74/2007, de 18 de mayo. Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la sanidad Valenciana. Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

Entre otras regulaciones de la gestión de la atención sanitaria, los/as enfermeros/as aparecen como funcionalmente dependiente en todas sus actividades de los médicos. Por ejemplo, supeditan el desarrollo de los planes de cuidados a la valoración de médicos y trabajadores sociales y, sitúan a los/as Directores/as de Enfermería, coordinadores/as y supervisores/as en una dependencia del director o jefe médico. En este modelo sanitario medicalizado, los/as enfermeros/as siguen siendo considerados/as como ayudantes de los médicos, olvidando que tienen un impacto directo sobre el cuidado de las personas en su vida cotidiana, tanto en situaciones de enfermedad, debilidad o fragilidad como en cambios o adaptaciones ante problemas de salud.

Apéndice 24.B. Reflejo del dominio médico en la regulación de leyes. Ley de Sanidad básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 15 de Noviembre de 2002.

Aunque en esta ley hay muchos elementos que merecen mencionarse, únicamente destacaré cuatro de ellos. En primer lugar, entre las definiciones legales que aporta la ley se encuentran la del informe de alta médica y la del médico responsable y no se hace referencia a la del informe de alta de enfermería ni el/la enfermero/a responsable. El médico se sigue considerando como “el que coordina la información y la asistencia sanitaria del paciente y es el interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información” (Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Artículo 1). En segundo lugar, en el capítulo sobre derecho a la información sanitaria se deja patente que “el médico es el que garantiza el cumplimiento del derecho de la información del paciente”, aunque al final de este capítulo también se hace referencia a que “los otros profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto serán responsables de informarle” (Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Artículo 4). En tercer lugar, no sólo se recogen artículos que muestran una autoridad médica en relación a los otros profesionales, sino más importante aún, en relación a los pacientes, quienes “pueden ver limitado el derecho a la información por la facultad del médico que puede actuar sin informar antes al paciente” (Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Artículo 5). Finalmente, en cuarto lugar llama la atención que “los pacientes del sistema de salud tienen el derecho a información previa para elegir médico y centro” (Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Artículo 13), pero en ningún momento pueden elegir enfermero/a.

Apéndice 24.C. Reflejo del dominio médico en el uso del lenguaje en los registros clínicos. La reproducción del término “órdenes” en los registros clínicos.

En la mayoría de los registros clínicos que forman parte de las historias de los/as pacientes, se sigue legitimando y perpetuando el uso del concepto “órdenes”, en lugar de otros términos alternativos, como prescripciones, pautas o indicaciones médicas.

Cuando estaba finalizando este estudio, una enfermera de una unidad de docencia e investigación de un hospital de nuestra comunidad autónoma contactó conmigo para que le ayudara a cuestionar dicho término y plantearlo posteriormente en la comisión asistencial de su hospital. Planteamos la argumentación de que el término “órdenes” es incorrecto e inaceptable en base a dos motivos fundamentales. El primero es que entra en contradicción con la idea de corresponsabilidad que debe presidir la relación terapéutica, donde el paciente o usuario no tiene que obedecer un mandato sino decidir con conocimiento y libertad si se adhiere o no a una prescripción o indicación médica, enfermera o de otro profesional. Y en segundo lugar, es que los/as enfermeros/as, como cualquier otro profesional del equipo multidisciplinar de salud no están obligados/as a realizar lo que otras/os mandan o imponen sino que participan de forma equitativa y colaborativa a lo largo del proceso terapéutico cuyo propósito fundamental es la mejora de la salud de las personas.