

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Cuidar profesionalmente.**

**Una aproximación a la profesión enfermera en España**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Pablo Meseguer Gancedo**

Directores

**Carlos Prieto Rodríguez**  
**Elena Casado Aparicio**

**Madrid, 2018**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA**



**CUIDAR PROFESIONALMENTE.  
UNA APROXIMACIÓN A LA PROFESIÓN  
ENFERMERA EN ESPAÑA**

**TESIS DOCTORAL**

**Pablo Meseguer Gancedo**

**Bajo la dirección de los doctores**

**Carlos Prieto Rodríguez y Elena Casado Aparicio**

**Madrid, 2017**

## RESUMEN.

La tesis se compone de dos partes: una primera en la que se delimita el punto de observación desde el que nos hemos aproximado a la profesión enfermera en España y una segunda en la que presentamos los resultados de una investigación empírica sobre dicha profesión.

Dado que desde hace cuatro décadas la enfermería española viene autodefiniéndose como la *profesión del cuidado*, en la primera parte hemos mantenido un diálogo con la sociología de las profesiones y, en menor medida, con algunos de los planteamientos elaborados desde la sociología de los cuidados. Con ello hemos constatado que los términos *cuidados* y *profesión* son polisémicos, ambiguos y esquivos, por lo que cuentan con múltiples definiciones sociológicas y no existe un consenso sobre su construcción como objeto de estudio. Pese a la pluralidad de las aproximaciones, la utilización de estos dos términos en las ciencias sociales suele estar mediada por las connotaciones positivas que contienen. Así, la sociología tiende a conceptualizar el cuidado como una actividad feminizada que produce bienestar y cubre necesidades sociales, colocando en un segundo plano el análisis de los cuidados desde la perspectiva del trabajo. En cuanto a la sociología de las profesiones, su origen funcionalista sigue pesando en la recurrente desatención al carácter salarial de las profesiones de nuestros días.

Por nuestra parte, en el estudio empírico desarrollado en la segunda parte de la tesis hemos tomado como punto de observación de la profesión enfermera, precisamente, el trabajo asalariado desde el que despliega sus cuidados. Atender a la realidad salarial que conforma el trabajo y la profesión enfermera ha implicado considerar el carácter estructuralmente inestable del vínculo que une a los trabajadores (en este caso las enfermeras) con sus empleos. De este modo, el objetivo de la investigación ha sido aproximarnos a los procesos implicados en la articulación de los profesionales de la enfermería con las funciones productivas que desarrollan. Para ello, hemos focalizado nuestra atención sobre cuatro planos: la construcción de la identidad profesional de la enfermería española, la forma en la que son empleadas las enfermeras, las características de sus trabajos y, finalmente, su formación. Metodológicamente hemos apoyado nuestra investigación en entrevistas en profundidad a enfermeras y otros profesionales de la salud, así como en el análisis de fuentes secundarias de corte estadístico, legislativo y documental relativas a los cuatro procesos mencionados.

Los resultados de la investigación nos han permitido observar cómo la enfermería española elaboró a finales de la década de 1970 una separación conceptual entre los términos *curar* y *cuidar* y se autodefinió como la profesión del cuidado, en su pretensión por dotarse de un espacio competencial propio no subordinado a la práctica médica y buscando influir en el desarrollo de nuevas orientaciones y servicios sanitarios. Como consecuencia no buscada durante el proceso, la fuerte identidad de género que en esos años se reafirmó en torno al cuidado en la imagen de la profesión contribuyó a perpetuar la posición devaluada de lo femenino en general y de la enfermería española en particular.

Desde entonces, las enfermeras han visto aumentar sus funciones tanto en el ámbito asistencial como en la docencia, la gestión y la investigación. En cuanto a la organización del trabajo sanitario, durante los últimos cuarenta años ésta se ha caracterizado por una creciente estandarización de los procedimientos y por una evaluación de los procesos laborales y los resultados de los mismos que tiende a invalidar todo acto clínico que no haya probado su eficacia. El aumento del nivel formativo del conjunto de los trabajadores de la salud, la automatización de muchas funciones y la protocolización de los procesos de trabajo ha permitido que un número creciente de categorías profesionales pueda hacerse cargo de distintas tareas productivas, de tal forma que las posibilidades combinatorias entre puestos de trabajo y tipos de trabajadores se han multiplicado. Esto ha posibilitado la experimentación de nuevas formas de desarrollar los servicios sanitarios en general, y los cuidados de enfermería en particular, pero también está generando múltiples tensiones en la delimitación de los mapas competenciales de las diferentes profesiones. Tensiones que se están produciendo en un contexto de creciente precarización de las condiciones de empleo de las enfermeras, lo que está afectando sobre todo a las generaciones más jóvenes.

**Palabras clave:** enfermería, profesión, cuidado, relación salarial.

## **ABSTRACT.**

This Doctoral PHD is composed of two parts: the first one defines the observation point from which we have approached the nursing profession in Spain and in the second one we have presented the results of an empirical research about the profession.

The Spanish nursing has defined itself as *the care profession* for the last four decades, therefore, in the first part of this PHD we have maintained a dialogue with the sociology of professions and, to a lesser extent, with some of the theses of the sociology of care. And we have observed that terms as care and profession are polysemic, ambiguous and elusive, and have multiple sociological definitions and there is not a consensus about their construction as object of study. Regardless the variety of approaches the use of both terms in social sciences has usually got positive connotations. The sociology tends to conceptualize care as a feminized activity that produces well-being and covers necessities and puts at a second level the analysis of care from the perspective of the sociology of work. Regarding the sociology of professions, its functionalist background is important to explain the fact that it has neglected the professions' wage dimension nowadays.

Our observation point of the nursing profession in the empirical study that we have developed in the second part of the PHD is precisely the wage labour with which care work is done. To analyze the wage dimension of work and the nursing profession has involved considering the structurally unstable link there is between workers (in this case nurses) and their jobs. Therefore, the objective of our research was to approach the processes involved in the articulation of nursing professions and the productive functions they develop. To achieve this aim we have focused on four levels: the construction of the professional identity of the Spanish nursing, the way nurses are employed, their works' characteristics and, finally, their training. Methodologically, the research was carried out with in-depth interviews to nurses and other healthcare professionals along with the analysis of secondary statistical, legislative and documentary sources related to the four levels mentioned.

The research results have allowed us to observe how the Spanish nursing conceptually separated the terms *to cure* and *to care* and defined itself as the profession of care in an attempt to achieve its own area of competencies not subordinated to medical practice. It was also seeking to influence in the development of new

orientations and healthcare services. As an unintended consequence of the process, the strong gender identity that was reaffirmed in those years regarding care, in the image of the profession, contributed to perpetuate the devaluated position of what is feminine in general and of the Spanish nursing in particular.

From then on, nurses have more duties in the healthcare field, and also in the teaching, management and research ones. The healthcare work organization in the last forty years has characterized by an increasing standardization of procedures, as well as by the evaluation of work processes and its results, and tends to invalidate any clinical activity that is not efficient. The increase in the level of training of healthcare workers, the automation of many functions and the protocolization of work processes have allowed an increasing number of professional categories to take charge of different productive tasks in such a way that the combination possibilities among different job posts and workers have multiplied. This has made possible to experience different ways to develop health services in general, and nursing care in particular, but is also causing many tensions regarding the definition of the competency maps of the different professions. These tensions take place in a context of precarization of nurse's employment conditions which is mostly affecting young generations.

**Key words:** nursing profession, profession, care, wage relations.

*Nos prefieren obedientes, calladas y sumisas.  
Preferimos ser profesionales, resueltas, activas y dinámicas.  
Nos exigen ser polivalentes, multiusos y parachoques.  
Conseguimos ser todo y salir ilesas de la batalla.*

Enfermera de Trincheras  
<http://enfermeradetrincheras.blogspot.com.es/>

*A Cuca y a Elisa*

## ÍNDICE GENERAL

<b>ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS .....</b>	<b>1</b>
<b>LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTOS. ....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>PRIMERA PARTE. LA ENFERMERÍA COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA SOCIOLOGÍA .....</b>	<b>10</b>
<b>1. LA ENFERMERÍA EN LA SOCIOLOGÍA DE LAS PROFESIONES Y EN LA SOCIOLOGÍA DE LOS CUIDADOS. ....</b>	<b>11</b>
1.1. Observar la enfermería a través de la sociología de las profesiones. ....	11
1.2. Agrupaciones profesionales, legitimidad profesional y trabajo complejo en la sociología clásica.....	16
1.3. La formalización de las profesiones en las sociologías funcionalista e interaccionista.....	33
1.4. Las profesiones en los enfoques revisionistas. ....	57
1.5. La profesión enfermera en las aproximaciones posrevisionistas.....	77
1.6. La enfermería analizada desde los cuidados.....	87
1.7. ¿Crisis de las profesiones sanitarias?, ¿desconcierto en la sociología que las estudia?.....	103
<b>2. UN ESTUDIO SOBRE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA: DELIMITANDO EL PUNTO DE OBSERVACIÓN. ....</b>	<b>108</b>
2.1. Situar la tríada virtuosa como referente desde el que estudiar las profesiones....	108
2.2. La tríada virtuosa versus la relación condicional y frágil de los profesionales con sus trabajos. ....	120
2.3. Metodología de la investigación.....	126
<b>SEGUNDA PARTE. UNA INVESTIGACIÓN SOCIOLÓGICA SOBRE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA.....</b>	<b>130</b>
<b>3. LA CONSTRUCCIÓN DE UNA IDENTIDAD PROFESIONAL EN TORNO A LA AUTONOMÍA DEL CUIDADO.....</b>	<b>131</b>
3.1. La medicina cura y la enfermería cuida: ¿la jaula de hierro del modelo biomédico? .....	131
3.2. ¡Vade retro, ATS!.....	141
3.3. De la identidad a la visibilidad. ....	148
<b>4. EMPLEO Y RELACIONES INTERPROFESIONALES EN LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA. ....</b>	<b>158</b>
4.1. La demografía profesional del Consejo General de Enfermería: ¿tantos médicos para tan pocas enfermeras?.....	158
4.2. Enfermeras, médicos y personal de enfermería.....	161

4.3.	Unos empleos de cuidado: una profesión estacional instalada en la eventualidad....	182
4.4.	El género en los puestos de representación de la profesión enfermera. ....	192
<b>5.</b>	<b>EL TRABAJO ENFERMERO: NORMALIZACIÓN, ORGANIZACIÓN FLEXIBLE Y ENTORNO LABORAL. ....</b>	<b>200</b>
5.1.	Modelos teóricos, procesos de enfermería e intervenciones normalizadas. ....	200
5.2.	La organización flexible del trabajo enfermero. ....	212
5.3.	Condiciones de trabajo y clima laboral en la enfermería española. ....	228
<b>6.</b>	<b>LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA.....</b>	<b>243</b>
6.1.	De Ayudantes Técnicos Sanitarios a Graduados en Enfermería en el Espacio Europeo de Educación Superior. ....	243
6.2.	Las especialidades enfermeras. ....	252
6.3.	Algunas fronteras competenciales puestas en cuestión. ....	261
	<b>A MODO DE CONCLUSIÓN: RECAPITULACIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>268</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>277</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

<b>Tabla 1.</b> Ocupados en el sector sanitario español (CNO2011, 3 dígitos). Año 2014..	162
<b>Tabla 2.</b> Médicos, enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería y personal de enfermería total en la UE y España (ocupados). Año 2014.....	163
<b>Tabla 3.</b> Médicos, enfermeras tituladas, otro personal de enfermería y cuidados y total del personal de enfermería y cuidados en la UE y España (ocupados). Año 2012. ....	167
<b>Tabla 4.</b> Proporción de varones en los puestos ejecutivos de la Organización Colegial de Enfermería y el SATSE. Año 2010. ....	195
<b>Tabla 5.</b> Escala de satisfacción laboral de las enfermeras hospitalarias. Año 2010...	238
<b>Tabla 6.</b> Evaluación de diferentes dimensiones relativas al ambiente de trabajo de las enfermeras hospitalarias. Año 2010. ....	239
<b>Tabla 7.</b> Tipología actitudinal cuantitativa de las enfermeras con respecto a su propia profesión. Año 2014. ....	240
<b>Gráfico 1.</b> Número de parados registrados solicitantes de empleo como Enfermero No Especializado (grupo primario CNO-2011). Año 2014.....	182
<b>Gráfico 2.</b> Enfermeras ocupadas y paradas todo el año, en algún momento del año y en un momento dado del año (tasas sobre el total de enfermeras en activo). Años 1998 y 2014.....	186
<b>Gráfico 3.</b> Situación de empleo y tipo de contrato de las enfermeras. Año 2014. ....	189
<b>Gráfico 4.</b> Tasa de desempleo en enfermería por sexo y grupos de edad. Año 2014..	192
<b>Gráfico 5.</b> Porcentaje de mujeres sobre el total de profesionales de la enfermería y de la medicina colegiados. Años 1978 a 2014. ....	193
<b>Gráfico 6.</b> Percepción de las enfermeras empleadas en hospitales del SNS sobre su carga de trabajo y sobre el grado de rotación de las enfermeras entre los servicios del hospital. Año 2009. ....	236
<b>Gráfico 7.</b> Niveles de agotamiento laboral de las enfermeras hospitalarias según la escala <i>Maslach Burnout Inventory</i> . Año 2010. ....	237
<b>Gráfico 8.</b> Tipología actitudinal cualitativa de las enfermeras con respecto a su propia profesión. Año 2014. ....	241

## **LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.**

- ATS: Ayudante Técnico Sanitario.
- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- CCAA: Comunidades Autónomas.
- CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CECOVA: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- CGE: Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (también denominado Consejo General de Enfermería).
- CNO: Clasificación Nacional de Ocupaciones.
- DUE: Diplomado Universitario en Enfermería.
- ECTS: *European Credit Transfer System* (Sistema Europeo de Transferencia de Créditos).
- EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.
- EIR: Enfermero Interno Residente.
- EPA: Encuesta de Población Activa.
- EVA: Escala Visual Análoga.
- GACELA: Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería Línea Abierta.
- GUE: Graduado Universitario en Enfermería.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- INVESTÉN: Unidad de Investigación de Cuidados en Salud (originariamente Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería).
- LOPS: Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias
- MIR: Médico Interno Residente.
- NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association-International (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería-Internacional).
- NIC: Nursing Intervention Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería).
- NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería.
- NOC: Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería).
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- OMI-AP: Oficina Médica Informatizada para Atención Primaria.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.

- RD: Real Decreto.
- RN4CAST: Registered Nurse Forecasting (Observatorio de la Profesión Enfermera Europea).
- SATSE: Sindicato de Enfermería (originariamente Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España).
- SEPE: Servicio Público de Empleo Estatal.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- TCAE: Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
- UE: Unión Europea.
- UVI: Unidad de Vigilancia Intensiva.

## **Agradecimientos.**

Esta tesis ha sido posible gracias a la participación de muchas enfermeras y otros profesionales de la salud que, de diferentes formas, han contribuido a su proceso de elaboración. Estoy muy agradecido a todas ellas y, de forma especial, a Ana Prieto, Carmen Puerta, Luis Infante, Carmen Duque y Pilar Toribio.

Comencé a aproximarme a la profesión enfermera cuando entre los años 2002 y 2005 participé en una investigación sobre la articulación entre el tiempo de trabajo y otras temporalidades sociales, en la que la enfermería fue uno de los colectivos ocupacionales analizados. La investigación, coordinada por Carlos Prieto, me permitió estudiar la profesión enfermera formando parte de un equipo en el que participaban Javier Callejo, Ramón Ramos, Amaia Otaegui y Ricardo Morón, de los que pude aprender mucho.

En aquellos años fui becado por el Ministerio de Educación y Ciencia, lo que me permitió desarrollar mi investigación en el Departamento de Cambio Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid. Allí me beneficié de interesantes debates mantenidos con el profesorado y los compañeros de los cursos de doctorado. Guardo también un especial agradecimiento hacia Camino Fernández.

En este periodo pude profundizar en mi trabajo durante mis estancias en el grupo de investigación *Marché du Travail et Genre* del *Centre National de la Recherche Scientifique* de París y en el *Institut du Travail* de la *Université Libre* de Bruselas. Estoy muy agradecido por todo el apoyo y las sugerencias que allí me propusieron Margaret Maruani, Mateo Alaluf, Marianne Detroyer, Marcelle Stroobants, Esteban Martínez y Valter Cortese. Estas estancias también me permitieron debatir los primeros borradores de la tesis con Pierre Rolle, Olivier Dembinski, Lucie Tanguy y Jean Claude Combessie, a quienes les agradezco las opiniones y consejos que entonces me dieron.

Durante aquellos años tuve ocasión de participar en el *Taller de Relaciones Salariales* que Jorge García y Carlos Castillo organizaron en la Escuela de Relaciones Laborales de la Universidad Complutense. En este espacio pude compartir enriquecedores debates junto a, entre otros, Daniel Albarracín, Jorge Lago, Nacho Castien, Pablo López, Ángel Luis Lara, Walter Actis y Alberto Riesco. A este último le estoy particularmente agradecido por haber leído, muchos años después, la versión definitiva de la tesis y haberme propuesto interesantes aportaciones.

Presento finalmente la tesis una década después de mi primera aproximación como investigador a la profesión enfermera. Lo hago habiendo vuelto a la Universidad Complutense como profesor asociado del Departamento de Teoría Sociológica. Allí he encontrado un ambiente que ha hecho mucho más fácil la, por momentos, dura tarea de retomar una tesis que había estado durante muchos años abandonada. Mis compañeros han favorecido que todo fuera más amable. Quiero agradecerse especialmente a Celia Díaz, Pablo Santoro, Antonio García, Marta Piñeiro, César Rendueles, Carmen Romero, María Arnal y Alina Navas.

Esta tesis, que lleva por título *Cuidar profesionalmente*, no habría sido posible sin los cuidados no profesionalizados de mi familia: Elena y Cuca Meseguer, Inés, David y Nacho García Verdugo, Carmen Fernández, Remedios Ruiz, Elisa y Javier Muñoz, Laura Pozón de Andrade y Flor Delgado. Por esos cuidados no profesionalizados estoy también tremendamente agradecido a mis amigos, que *no tienen rival*, Lola Fernández, Elena Torremocha, Poma Monleón, Carla Bonino, Dani Cabrera, Nuri Marugán, Pablo Fernández, Pili Barriuso, María Solé, Iñaki García Borrego, Conny Rauchberger e Iñaki García Romanillos, así como a los compañeros del 312, a los colegas de Ambite y a las gentes de Yo Sí Sanidad Universal.

Quiero finalizar expresando mi agradecimiento a siete personas que son particularmente corresponsables de aquello que de provechoso pueda haber en esta tesis:

Mis directores Carlos Prieto y Elena Casado. Un director que se ha convertido en un amigo y una amiga que se ha convertido en directora. Ha sido un lujo compartir con ellos una relación en la que, desde ambos planos, han sido extremadamente generosos y *muy queridos*.

Mis padres, Conchita Gancedo y Andrés Meseguer, por su apoyo constante e infinito cariño.

Mis *luces de donde el sol las toma* Mar Maira y Fabián Luján, por todos los caminos recorridos juntos y por lo que nos queda por compartir.

Y Moni, claro. Gracias por cuidarme tan poco profesionalmente, Mónica Muñoz.

## INTRODUCCIÓN.

En febrero de 2007 el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, comúnmente denominado Consejo General de Enfermería (en adelante CGE), anunciaba en la portada de su revista *Enfermería Facultativa* un inminente «pleno desarrollo profesional» de la enfermería española que, en páginas interiores, se concretaba en:

«[...] temas tan ansiados como la definitiva conversión de los estudios de enfermería en un grado (licenciatura) de 240 créditos académicos, el desarrollo del Real Decreto de Especialidades de Enfermería y la consecución de un nuevo curso de nivelación para que los que todavía son ATS<sup>1</sup> puedan cerrar su carrera como diplomados universitarios en enfermería (DUE) e, incluso, graduados en enfermería. Cabe señalar también el anuncio del Consejo General de Enfermería de mantener su lucha por conseguir que Gobierno y Comunidades Autónomas reconozcan y den cobertura legal a las intervenciones clínicas en las que los enfermeros llevan a cabo acciones de prescripción farmacológica» [Lapetra, 2007: 6-7].

Seis años después, en febrero de 2013, la portada de la misma revista mostraba un panorama bien diferente: «Enfermería: situación crítica. La profesión se enfrenta a los recortes en sanidad, la precariedad laboral y el estancamiento de las especialidades y la prescripción enfermera». El propio presidente del CGE detallaba en el editorial:

«Nos ha tocado vivir una época convulsa. La actual crisis económica está haciendo mella [...]. Seguimos siendo los profesionales sanitarios más valorados y reputados fuera de nuestras fronteras mientras que dentro vivimos una situación desesperante, frustrante e intolerable en la que mucho tienen que ver las Administraciones públicas. Y es que al gran problema del desempleo, con casi 20.000 enfermeros en el paro ahora mismo, se unen otra serie de circunstancias que minan el desarrollo natural de nuestra profesión. La prescripción enfermera es una de ellas. [...] Otra de las asignaturas pendientes son las especialidades de enfermería, un caballo de batalla que la profesión arrastra ya desde que fueran aprobadas en 2005. [...] Por si no fuera suficiente lo anterior, un grupo de expertos del Ministerio de Educación ha sugerido que Enfermería vuelva a ser una Diplomatura, una afrenta que la profesión no debe tolerar después de todos los esfuerzos invertidos en lograr un estatus académico más que merecido» [González Jurado, 2013: 3].

---

<sup>1</sup> Siglas correspondientes a Ayudante Técnico Sanitario.

Las realidades a las que se refieren las citas precedentes forman parte de la investigación con la que hemos elaborado el material empírico de un análisis sociológico sobre la enfermería española, cuyos resultados se exponen en la segunda parte de esta tesis doctoral. Como paso previo, hemos dedicado una primera parte a precisar el dispositivo analítico y de observación desde el que hemos abordado unos procesos que en 2007 parecían anunciar el «*pleno desarrollo profesional*» de la enfermería española y que en 2013 se habrían visto perturbados por «*circunstancias que minan el desarrollo natural de la profesión*».

La comparación de los análisis propuestos por *Enfermería Facultativa* en 2007 y 2013 nos sitúa ante un diagnóstico que, si atendemos a la bibliografía sociológica sobre la profesión enfermera, no resultaría únicamente aplicable a este periodo ni a la enfermería española en exclusividad. De hecho, en la sociología de la enfermería contemporánea, pese a las singularidades nacionales, la heterogeneidad de las miradas y la variedad en las matizaciones, son reiterativas las referencias a un proceso de *profesionalización* al que aspirarían las enfermeras y hacia el que se tiende, del que se constatan signos manifiestos, pero que nunca se alcanza en toda su plenitud.

¿Cómo explicar que tanto los análisis que abordan las trabas que encontró Florence Nightingale a mediados del siglo XIX para aumentar la formación y modificar las funciones de las enfermeras británicas como los estudios que dan cuenta de las recientes transformaciones acontecidas en la enfermería española coincidan en el diagnóstico de una profesionalización inacabada? ¿Estaríamos ante un mismo proceso inconcluso? ¿O ante varios procesos que habrían encontrado un idéntico resultado que retornaría eternamente? Para estar en disposición de enfrentarnos a este tipo de interrogantes no sólo va a ser necesario disponer de suficiente documentación acerca de las heterogéneas realidades que han ido conformando la enfermería contemporánea, sino también contar con un dispositivo analítico que permita interpretar con la conveniente claridad expositiva y conceptual dichas realidades. La inexcusabilidad de esto último se justifica, al menos, si atendemos al carácter polisémico del término *profesión* y, por extensión, del concepto *profesionalización*. En castellano, el vocablo *profesión* se usa como sinónimo de ocupación remunerada (siendo esta acepción la que avala contraponer el trabajo profesionalizado al trabajo doméstico y al voluntariado); pero también para distinguir del resto de trabajadores a aquellos que desarrollan tareas con un cierto grado de autonomía, dotadas de prestigio social e intelectualmente complejas: así, del mismo modo que en el ámbito universitario es habitual que sus

órganos de dirección y los propios empleados de uno u otro signo diferencien entre profesores y trabajadores de la universidad, en el espacio laboral de la salud se distingue entre profesionales y trabajadores de las instituciones sanitarias. Esta distinción remite, en parte, a que algunas de estas ocupaciones en su origen fueron mayoritariamente desarrolladas por trabajadores independientes, de ahí que la figura del profesional aparezca a veces confrontada a la del empleado. Esto explica que aún hoy se siga hablando de médicos, abogados o ingenieros como profesionales liberales, pese a que en nuestros días muchos de ellos ejerzan su trabajo a través de un contrato laboral. En algunos contextos, el significado de la palabra *profesión* incluye actividades no remuneradas (hasta no hace tantos años, en el apartado del antiguo Documento Nacional de Identidad que recogía el dato de la profesión del titular, a las mujeres que carecían de trabajo remunerado se les consignaba como profesionales de “sus labores”); en otros, actuar profesionalmente hace referencia a un tipo de comportamiento exclusivamente inducido por intereses pecuniarios y por el fiel seguimiento de las pautas que marca la ejecución eficiente de la actividad (por eso los malos de las películas pueden ser buenos profesionales). Existen también otros usos menos habituales del término *profesión*: en tanto que acción y efecto del verbo *profesar*, remite a una ceremonia eclesiástica en la que alguien se obliga a cumplir los votos de una orden religiosa; por su parte, cuando se emplea en la locución verbal *hacer profesión de una costumbre o una habilidad*, adquiere el sentido de jactarse de ella.

Si en el uso común de la lengua castellana el significante *profesión* adquiere significados tan variados, la sociología no le ha ido a la zaga en cuanto a la pluralidad de formas con las que lo ha empleado como concepto sociológico. Una pluralidad vinculada a la propia polisemia del término, pero también a que cuando éste se utiliza en análisis sociológicos, los distintos planteamientos teóricos que los sustentan posibilitan que se aborden dimensiones de la realidad social que cobran sentidos específicos precisamente en relación a las tramas argumentativas y explicativas en las que el constructo *profesión* entra a formar parte.

De este modo, la tesis comienza con una primera parte en la que expondremos las teorías e investigaciones sociológicas que hemos utilizado como material con el que dialogar y, a través de dicho diálogo, delimitar el punto de observación desde el que hemos analizado la profesión enfermera en España. La pertinencia de abordar la enfermería española desde los planteamientos que allí explicaremos habrá de ser ratificada, en última instancia, por la capacidad del dispositivo interpretativo propuesto

para producir efectos de conocimiento a través de su empleo en el análisis empírico que conforma la segunda parte de la tesis.

A lo largo de la tesis, ante la disyuntiva de utilizar la convención gramatical del genérico masculino *enfermeros* o la convención social que usa el femenino *enfermeras* como genérico, hemos optado por la segunda opción, pues la primera resta fluidez a la lectura<sup>2</sup>. En cambio, cuando nos refiramos a este colectivo a través de expresiones como *los profesionales de la enfermería* o *los estudiantes de enfermería* mantendremos el masculino como genérico, pues consideramos que de esta forma también se evitan confusiones. En el caso de referirnos a los miembros de la enfermería utilizando denominaciones oficiales o legislativas, se respetará el género que dichas denominaciones hayan empleado. En cualquiera de los casos, cuando el género de los profesionales de la enfermería sea relevante en la exposición, se especificará para evitar confusiones.

---

<sup>2</sup> También emplearemos como genérico el femenino cuando nos refiramos a *las* auxiliares de enfermería.

## **PRIMERA PARTE**

# **LA ENFERMERÍA COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA SOCIOLOGÍA**

# 1. LA ENFERMERÍA EN LA SOCIOLOGÍA DE LAS PROFESIONES Y EN LA SOCIOLOGÍA DE LOS CUIDADOS.

## 1.1. Observar la enfermería a través de la sociología de las profesiones.

En el proceso de construcción de nuestro dispositivo de observación e interpretación nos hemos apoyado, fundamentalmente, en el diálogo mantenido con obras de referencia de la sociología de las profesiones, una de las distintas especialidades sociológicas que se ocupan de las realidades laborales. Pese a la abundancia de estudios que han tratado diversas facetas de las profesiones españolas, esta especialidad no se ha consolidado institucionalmente en nuestro país, al menos en la medida en que a día de hoy sigue siendo válida la afirmación de que:

«A diferencia de otros países, la Sociología de las Profesiones no se ha establecido como disciplina académica en España, en el sentido de que no existe ninguna asignatura en la carrera de Sociología ni grupos de trabajo en la Federación Española de Sociología que se dediquen a la reflexión específica sobre las ocupaciones y el trabajo profesional. Este hecho contrasta con la situación de países como Francia, donde la tradición durkheimiana de reflexión sobre el profesional se encuentra muy arraigada, o como en el mundo anglosajón, donde el análisis de las ocupaciones y profesiones cuenta ya con una larga historia en los planes de estudio de las universidades americanas y británicas» [Finkel, 1999: 197].

Si un repaso al estado general de desarrollo de la sociología de las profesiones en España mostraría que ésta se encuentra «entre la carencia y la necesidad de consolidación» [Sáez, Sánchez y Sánchez, 2009: 15], a la hora de evaluar en qué ámbitos de estudio habría menos «*carencia*» y más «*consolidación*», el sector sanitario parece encontrarse entre los más destacados [ibíd.: 82-83; Rodríguez Ávila, 2008: 32-34]. Valga como ejemplo que las profesiones sanitarias han constituido la materia monográfica de alguna de las sesiones del Comité de Investigación de Sociología de la Salud en todos los congresos nacionales organizados por la Federación Española de Sociología, mientras que en el Comité de Investigación de Sociología del Trabajo la temática de las profesiones nunca ha sido objeto de reflexión específica.

Es presumible que esta particular inclinación de los análisis sociológicos españoles por examinar los empleos sanitarios desde teorías y métodos ligados a la sociología de las profesiones sea deudora de la recurrente movilización, por parte de los

agentes implicados en el campo de la salud, de apelaciones vinculadas a la jerarquía de las ocupaciones. En tanto que objetos de la práctica social, las profesiones son uno más de los muchos referentes de sentido desde los que los actores sociales construyen sus identidades, aspiraciones, confrontaciones, antagonismos y solidaridades. Así, en el caso de la enfermería española, veíamos en la introducción cómo la revista del CGE enfatiza en su título la dimensión «*facultativa*» de la profesión, siendo habitual que, en la actualidad, muchas enfermeras se refieran a sí mismas como “profesionales del cuidado”, al tiempo que se lamentan de ser tratadas como “un oficio”, “auxiliares aunque tengamos carrera” o “como si todavía fuéramos ATS”. No obstante, el asentamiento de la sociología de las profesiones en el sector sanitario no es una singularidad hispánica, pues, desde los textos fundacionales de esta especialidad, también en otros países los empleos de la salud han sido uno de sus principales objetos de estudio. De hecho, en la tradición de la sociología de las profesiones la medicina ha operado como un modelo ideal típico, de forma similar al lugar que ha ocupado la figura del obrero industrial en la tradición de la sociología del trabajo.

Si comparásemos estas dos tradiciones sociológicas, daría la impresión de que los procesos implicados en la conformación de los empleos fabriles se explicaran a través de su puesta en relación con sistemas de posiciones ligados a la empresa [Roethlisberger, 1968; Mayo, 1972], el medio técnico [Touraine, 1955; Friedmann, 1961], las clases sociales [Braverman, 1975; Linhart, 1979; Coriat, 1989] o los modelos de relaciones industriales [Dunlop, 1978; Craig, 1990]; mientras que los empleos del sector servicios (y especialmente los sanitarios), aún habiendo sido analizados desde algunas de las dimensiones anteriores, habrían encontrado su específico marco de inteligibilidad a partir de las posiciones que perfila el sistema de las profesiones [Abbott, 1988; Aïach y Fassin, 1994; Menger, 2003]. Parecería como si los distintos espacios productivos hubieran reclamado sus dispositivos de observación e interpretación particulares, como si a cada singularidad sectorial le hubieran correspondido sus propios métodos y teorías a la hora de formalizar y analizar sus ocupaciones. A lo largo de esta primera parte de la tesis abordaremos los parámetros desde los que la sociología de las profesiones ha examinado las ocupaciones sanitarias, tratando de dilucidar qué elementos han contribuido a que esta tradición se haya mostrado particularmente fértil en el estudio de las profesiones de la salud. Así, a través del diálogo con algunos de los debates acontecidos en el seno de la especialidad, iremos perfilando aquellos aspectos que utilizaremos a la hora de formalizar nuestro objeto de investigación. Tendremos

ocasión de observar cómo, en las últimas cuatro décadas, los cuidados han ocupado un lugar central en los discursos y los procesos de profesionalización de la enfermería, por lo que en este primer capítulo atenderemos también a algunas de las miradas sociológicas sobre el cuidado, con el propósito de evaluar las dimensiones que estas perspectivas pueden aportar a la comprensión de la profesión enfermera.

***Las sutiles pero vitales diferencias entre profesionales y asalariados ordinarios como tesis fundacional de la sociología de las profesiones.***

En 1933, en las últimas páginas de *The professions*, obra considerada como uno de los referentes fundacionales de la sociología de las profesiones contemporánea, los británicos Carr-Saunders y Wilson señalaban lo que, a su entender, constituiría el hecho distintivo de un profesional:

«El hombre que está ligado a su *profesión*, cuando deja un empleo porque se le ofrece una ocasión mejor de prestar sus servicios en otra organización de trabajo, seguirá siendo él mismo. La diferencia entre un hombre así y la de un asalariado ordinario no se basa en su situación estatutaria respectiva; la diferencia es sutil, pero es también vital: incluso aunque la posición del segundo pueda ser tan envidiable como la del primero, éste siempre podrá remontar el sentimiento de dependencia y opresión y acceder a la libertad, la dignidad y la responsabilidad que no les son dadas a todos los hombres»<sup>3</sup> [Carr-Saunders y Wilson, 1933: 502-503].

Una forma de leer la historia de la sociología de las profesiones es a través de las confrontaciones que se han ido sucediendo frente a las tesis instituyentes de la especialidad, esto es, frente a las *sutiles pero vitales diferencias* que existirían entre los profesionales y los asalariados ordinarios. Recurriendo a las palabras de tres balances sobre la evolución de la disciplina, podría señalarse que si las propuestas hegemónicas en la sociología de las profesiones de la primera mitad del siglo XX mostraban al profesional como «un dios [...] con un código ético y un sentido altruista de la existencia que sólo pueden tener aquellos dignos de vivir para siempre en el Olimpo» [Finkel, 1999: 203], a partir de la década de 1960 irá produciéndose una creciente heterogeneidad en las interpretaciones, donde «quizás la única [idea] en la que todos los analistas pueden coincidir [es que] las profesiones generan una cierta hostilidad,

---

<sup>3</sup> Todas las cursivas, entrecomillados y palabras en mayúsculas y en negrita empleadas en las referencias literales de la tesis doctoral aparecían así en las obras originales de las que han sido extraídas. Cuando se han transcrito referencias de obras publicadas en un idioma distinto al castellano, éstas se presentan traducidas en todos los casos.

resentimiento, antipatía incluso» [Martín-Moreno y Miguel, 1982: 9]. Este cambio en la representación sociológica de las profesiones se ve acompañado de diagnósticos que pasan de caracterizar al profesional «como un dios dotado de un conocimiento abstracto adquirido en escuelas para dioses, que se reúne con otros dioses en asociaciones propias» [Finkel, 1999: 203] a identificar cómo «los profesionales cada vez controlan menos su trabajo, mientras que los capitalistas o el Estado cada vez lo controlan más» [Krause, 1996: 283].

Podemos ir adelantando ya la propuesta analítica de que, ante un panorama en el que las profesiones parecen haberse visto tan sustancialmente transformadas, el relato del inacabado proceso de profesionalización de la enfermería que antes señalábamos habría de abordarse atendiendo a los sentidos diferentes que ha adoptado en función del contexto y el momento histórico estudiado. De este modo, ¿cómo cabría interpretar la caracterización que en 2013 se hacía en *Enfermería Facultativa* de la enfermería española como inmersa en una «*situación crítica que mina el desarrollo natural de la profesión*»? Probablemente, deberíamos analizarlo como un discurso que, al tiempo que describe cómo es percibida la coyuntura por parte del CGE, también apunta hacia el rumbo y los obstáculos que percibe en sus aspiraciones, en tanto que agente implicado en la conformación de la profesión, a la hora de orientar la evolución de esta última. De hecho, veíamos que el presidente del CGE no sólo ubicaba el freno del proceso de profesionalización en el marco de una «*época convulsa*» inducida por la «*crisis económica*», sino que también mencionaba (entendemos que con la pretensión de influir sobre ellos) a los actores cuyas políticas, según el CGE, podrían desenredar la situación: las Administraciones Públicas. Si en el escenario de la práctica social ésta es una interpretación plausible de la «*situación crítica*» en la que se encontraría la enfermería española, ¿el diagnóstico de la *crisis* adquiriría el mismo sentido cuando es empleado dentro de los recurrentes discursos de las ciencias sociales que, dentro y fuera de nuestras fronteras y mucho antes de las convulsiones económicas desatadas en 2008, vienen observando múltiples crisis en torno a la enfermería y los cuidados? Pues, como veremos, no pocos analistas llevan años dibujando unas profesiones sanitarias sumidas en una «*crisis profunda y multiforme*» [Kervasdoué, 2003: 307], describiendo una «*profesión enfermera en implosión*» [Perraut-Solivères, 2001: 5] y advirtiéndole de que «*amenaza tormenta [debido a] la crisis de los cuidados*» [Pérez Orozco, 2006: 7]. ¿En qué sentido habrían de ser interpretadas estas polifacéticas crisis?

Si consideramos la sociología como una disciplina en la que, a través de conceptos y esquemas explicativos explícitos, se organizan de forma sistemática, verificable, accesible y continuamente revisable fenómenos que, por su carácter social y por lo tanto relacional, no pueden estar más que en constante movimiento, los análisis sociológicos que dan cuenta de las heterogéneas crisis que se manifiestan en las sociedades tienen la virtud de situar el foco sobre la necesaria elaboración de explicaciones que afronten dicho movimiento, si acaso especialmente explícito en algunos momentos, pero consustancial a la vida en sociedad. Movimiento fruto de los conflictos, acuerdos, tensiones, rupturas y confluencias entre posiciones sociales heterogéneas y que, como consecuencia de sus ambivalentes relaciones, se ven ellas mismas modificadas al tiempo que transforman la totalidad social. Sin embargo, a lo largo del capítulo tendremos ocasión de observar cómo en la sociología de las profesiones a menudo las crisis han sido formalizadas como períodos de tránsito entre dos puntos cuyos contenidos y actores interpelados por el proceso parecen estar previamente presupuestos: aspirantes a profesionales que terminan por adquirir el estatus de semiprofesionales; grupos profesionales, administraciones, empresas y usuarios cuyas jugadas, poderes y legitimidades dirimirían la mayor o menor profesionalización de unas u otras ocupaciones; dinámicas de proletarización de las profesiones constituidas; enfermeras que, pese a sus reiterados intentos, no terminan de lograr su pleno desarrollo profesional, etc.

¿Hasta qué punto estas miradas serían deudoras de los dispositivos de observación y de formalización de las profesiones que se priorizaron en las tesis fundacionales de la especialidad? Si el profesionalismo se analiza desde sus *sutiles pero vitales diferencias* con el trabajo asalariado, las descripciones de los procesos que transforman al profesional en un asalariado ordinario, o al asalariado ordinario en un profesional, podrían llegar a adquirir el estatus de explicación: se trataría de dilucidar si las ocupaciones evolucionan en una dirección o en la que, aparentemente, sería su contraria. Sin embargo, si como ha constatado la propia sociología de las profesiones, las estaciones de salida y de llegada se vieran ellas mismas modificadas por los propios procesos de tránsito, ¿no sería pertinente considerar el sentido sociológico que cabría atribuir a la condición social de profesional y a la de asalariado en cada momento histórico? Más aún, ¿no habría que interrogarse acerca de las razones por las que los trenes en los que se suben las profesiones, más que transitar entre estaciones, parecen no dejar de desplazarse y de transformar a sus pasajeros? Es decir, en lugar de relatar la

historia de la enfermería como la crónica del eterno retorno de un proceso de profesionalización inconcluso, ¿no sería oportuno tratar de esclarecer las características de las relaciones sociales que estarían dinamizando unos movimientos que, tan recurrentemente, se estarían manifestando en forma de crisis de la profesión?

Con vistas a desarrollar los argumentos con los que justificar la pertinencia de los interrogantes propuestos, a lo largo del capítulo dialogaremos con algunas de las obras de referencia de las sociologías de las profesiones y de los cuidados, para concluir argumentando que, junto al innegable interés de estudiar las *sutiles pero vitales diferencias* entre profesionales y asalariados ordinarios, resultaría analíticamente productivo no dejar de aproximarnos a unos y otros a partir de sus, como trataremos de explicitar, manifiestas semejanzas.

## **1.2. Agrupaciones profesionales, legitimidad profesional y trabajo complejo en la sociología clásica.**

En los relatos retrospectivos sobre las distintas especialidades de la sociología contemporánea es habitual rastrear en la sociología clásica sus principios inspiradores. En nuestro caso, vamos a servirnos de esta recurrente práctica con un propósito básicamente operativo. Lo que a continuación proponemos no es tanto un repaso exhaustivo de la ascendencia clásica de las diferentes corrientes y etapas de la sociología de las profesiones contemporánea, sino más bien una lectura focalizada sobre el tipo de relaciones sociales que formalizan Durkheim, Weber y Marx cuando analizan algunas de las dimensiones de la realidad profesional.

Cuando Durkheim, Weber y Marx examinan, respectivamente, las agrupaciones profesionales, las bases de la legitimidad de las profesiones y el porqué del valor diferencial de las distintas categorías de trabajadores, se apoyan en planteamientos teóricos desde los que se describen dimensiones de la vida en sociedad que se hacen inteligibles en la medida en que entran a formar parte de tramas lógicamente argumentadas. Así, para explicar la realidad empírica que observan, recurren a conceptos y razonamientos que les permiten abordar relaciones sociales cuya forma o “naturaleza” remite a vínculos sociales que sus análisis están tanto describiendo como, en el plano de la exposición analítica, construyendo y dotando discursivamente de sentido. Son precisamente las distintas maneras en las que estos tres autores construyen teóricamente las relaciones sociales que están estudiando lo que aquí nos interesa desarrollar, de cara a utilizar más adelante estas formalizaciones alternativas para

evaluar de qué tipo son los vínculos sociales por los que se han interesado prioritariamente las sociologías contemporáneas de las profesiones y de los cuidados.

### ***Las agrupaciones profesionales analizadas por Durkheim.***

Según Durkheim, el vínculo propio de la modernidad capitalista sería la *solidaridad orgánica*. En las sociedades segmentarias tradicionales la conciencia colectiva unitaria habría articulado mecánicamente las distintas posiciones existentes, que serían relativamente homogéneas e indiferenciadas [Durkheim, 2001: 83-129]. En las sociedades integradas modernas, en cambio, los colectivos se habrían multiplicado y diversificado, resultando cada vez menos semejantes entre sí. La continuidad y la morfología de cada uno de estos grupos sólo serían entendibles a partir de las relaciones de interdependencia funcional que adquirirían con el resto de colectividades y, en última instancia, con la totalidad social. Frente a las sociedades premodernas, en las que las relaciones económicas se desarrollaban en el seno de otras instituciones (estructuras familiares, gremiales, municipales, etc.) que pautaban las normas que regían entre los distintos actores económicos, con el desarrollo del capitalismo la vida económica habría ido desligándose de dichas instituciones para conformarse como un espacio en el que los individuos han de coordinar y acordar, a través de contratos en el mercado, sus formas de cooperación, dando pie así a construcciones y reconstrucciones constantes de los grupos implicados, que perderían la estabilidad y durabilidad propias de los colectivos tradicionales. De esta manera, la configuración de los agentes económicos remitirá a su posición en una amplia red de relaciones de interdependencia funcional variables, a través de las cuales se generaría la solidaridad orgánica del conjunto [ibíd.: 2001: 131-236].

La sustitución de normas estables, que sancionaban todo aquello que ponía en cuestión la conciencia colectiva unitaria de las sociedades tradicionales, por normas contractuales entre actores mucho más autónomos, supondría no sólo un nuevo tipo de solidaridad orgánica, sino también la aparición de lo que Durkheim entiende como formas patológicas de la división del trabajo [ibíd.: 415-438]. Los distintos componentes de la vida económica dependerían funcionalmente unos de otros, pero los grupos así conformados ya no compartirían los mismos valores y creencias, por lo que las normas podrían dejar de ser efectivas o ser incapaces de evitar los enfrentamientos: es esta situación de anomia la que generaría las crisis empresariales y los crecientes

antagonismos entre el capital y el trabajo, tan frecuentes a finales del siglo XIX y comienzos del XX, cuando Durkheim lleva a cabo sus investigaciones.

Estos conflictos negarían las tesis utilitaristas, según las cuales el funcionamiento integrado y armónico de las sociedades sería el resultado exclusivo del libre e ilimitado ejercicio de los intereses particulares a través del mercado [Smith, 1987]. La solidaridad orgánica reclamaría, según Durkheim, la intervención de los grupos secundarios, que son aquellos que median entre el individuo y la totalidad social [Durkheim, 2001: 465-480]. Estos grupos secundarios generarían un nuevo tipo de conciencia compartida, favoreciendo el sentimiento de mutua dependencia entre las partes e impulsando vías que encauzan los conflictos a través de contratos vinculantes, de tal forma que las tensiones no desaparecerían, pero se limitarían y encontrarían espacios pacíficos de expresión<sup>4</sup>.

Según Durkheim, las agrupaciones profesionales serían el grupo secundario capaz de generar esa conciencia compartida entre todos los miembros de una misma rama productiva, independientemente de su condición de empresarios o trabajadores [ibíd.: 1-38]. De esta forma, Durkheim coloca a las agrupaciones profesionales propiamente capitalistas como continuadoras del papel que tradicionalmente habrían jugado las corporaciones en el régimen artesanal, pero adaptadas a un momento en el que la división del trabajo se ha acentuado y las relaciones económicas han ampliado su radio de acción, reclamando una adaptabilidad que las corporaciones gremiales no tenían.

Pese a la continuidad que Durkheim establece entre las corporaciones precapitalistas y las agrupaciones profesionales propias del momento histórico que está viviendo, también identifica significativas diferencias entre unas y otras. Por un lado, las agrupaciones profesionales de la época capitalista serían mucho más flexibles que las corporaciones gremiales, pues se verían dinamizadas por las aceleradas transformaciones que se producen en la división del trabajo al nivel de la totalidad

---

<sup>4</sup> «Para que la solidaridad orgánica exista no basta que haya un sistema de órganos necesarios unos con otros, y que sientan de una manera general su solidaridad; es preciso también que la forma como deben concurrir, si no en toda clase de encuentros, al menos en las circunstancias más frecuentes, sea predeterminada. De otra manera, sería necesario a cada instante nuevas luchas para que pudieran equilibrarse, pues las condiciones de ese equilibrio no pueden encontrarse más que con ayuda de tanteos, en el curso de los cuales cada parte trata a la otra en adversario, por lo menos tanto como en auxiliar. [...] El contrato no es más que una tregua y bastante precaria; sólo suspende por algún tiempo las hostilidades. No cabe duda que, por precisa que sea una reglamentación, dejará siempre espacio libre para multitud de tirantezas. Pero no es ni necesario, ni incluso posible, que la vida social se deslice sin luchas. El papel de la solidaridad no es suprimir la concurrencia, sino moderarla» [Durkheim, 2001: 429-430].

social. Por lo tanto, para comprender la morfología y las características de los grupos profesionales de la modernidad capitalista, sería necesario atender a las modificaciones en la división del trabajo del conjunto de la sociedad, con la que interactúan y a la que se van adaptando, al tiempo que la transforman<sup>5</sup>. Por otro lado, mientras que las regulaciones gremiales ligaban generación tras generación a las familias con los oficios, las agrupaciones profesionales modernas se compondrían de individuos que se insertan en ellas de forma voluntaria. No serían las tradiciones ni los parentescos los que determinarían la pertenencia a una u otra agrupación profesional, sino las relaciones contractuales establecidas entre trabajadores y empresarios. En este sentido, las agrupaciones profesionales no serían ajenas a los intereses diferenciados que pueden tener unos y otros, pero en la medida en que en ellas se integran las asociaciones sindicales y patronales de una misma rama industrial, esos intereses enfrentados encontrarían el espacio para resolver sus contradicciones en pos de unos objetivos compartidos. Es, por tanto, la adhesión a un mismo interés económico por el desarrollo de la rama industrial lo que propiciaría los acuerdos, desde los que se desplegarían los valores y sentimientos de pertenencia que dotarían a los grupos profesionales de autoridad moral sobre sus miembros.

Este nuevo tipo de autoridad moral no estaría inserta en la sociedad de la misma forma que la conciencia colectiva propia de las sociedades tradicionales, donde el conjunto de instituciones y prácticas sociales habrían compartido una cierta coherencia expresada en forma de solidaridades mecánicas entre los semejantes. Según Durkheim, para analizar la generación y recreación constante de la conciencia colectiva profesional sería necesario atender a la relación que se produce entre el espacio productivo y otros

---

<sup>5</sup> «Lo que, ante todo, demuestra la experiencia del pasado, es que los cuadros del grupo profesional deben siempre hallarse en relación con los de la vida económica; por haber faltado a esta condición ha desaparecido el régimen corporativo. Puesto que el mercado, de municipal que era, se ha convertido en nacional e internacional, la corporación ha debido tomar la misma extensión. En lugar de limitarse a los artesanos de una ciudad, ha debido de agrandarse en forma que comprendiera a todos los miembros de la profesión dispersos en toda la extensión del territorio, pues, sea cual fuere la región en que se encuentren, que habiten en la ciudad o en el campo, todos son solidarios uno de otros y participan en una vida económica. Puesto que esta vida en común es, en ciertos aspectos, independiente de toda determinación territorial, es preciso que se cree un órgano apropiado que la dé expresión y que regularice el funcionamiento. En razón de sus dimensiones, un órgano semejante hallaríase necesariamente en contacto y en relaciones directas con el órgano central de la vida colectiva, pues acontecimientos que tienen importancia como para interesar a toda una categoría de empresas industriales en un país, necesariamente producen repercusiones muy generales a las que el Estado no puede manifestarse extraño; esto le lleva a intervenir. [...] Tal organización unitaria para el conjunto de un país no excluye, en manera alguna, la formación de órganos secundarios, comprendiendo trabajadores similares de una misma región o de una misma localidad, y cuyo papel sería el de especializar más aún la reglamentación profesional según las necesidades locales o regionales. La vida económica podría reglamentarse y determinarse sin perder nada de su diversidad» [ibíd.: 28-30].

ámbitos sociales, especialmente el formativo. En sus escritos dedicados a la educación y la pedagogía, da cuenta de la importancia de la escuela como espacio de socialización en los valores profesionales [Durkheim, 1975 y 1989]. Por otro lado, la creación de un sentimiento de comunidad entre los miembros de la profesión se construiría también como consecuencia de los conflictos que se generan con otros grupos profesionales, por lo que la unión intragrupal surgiría en buena medida como consecuencia del conflicto extragrupal. De esta forma, las corporaciones profesionales se constituirían como comunidades cohesionadas que actualizan sus vínculos a través de festividades, ritos, regulaciones de los intercambios, sistemas de aseguramiento ante las enfermedades, enfrentamientos con otros colectivos, etc., generando así una cultura común y reglamentaciones morales socialmente vinculantes.

Un papel especialmente importante de las agrupaciones profesionales sería el que jugarían creando un espacio cultural desde el que resolver de forma justa el sistema de aportaciones y retribuciones que correspondería a cada uno de los participantes en la vida económica [Durkheim, 2001: 439-455]. Los lazos sociales sustentados sobre una conciencia compartida, propios de la solidaridad mecánica de las sociedades tradicionales, habrían sido sustituidos en la modernidad capitalista por otro tipo de vínculo social: el articulado por la interdependencia funcional de la solidaridad orgánica. Si en las sociedades precapitalistas sería la tradición la que habría determinado las contribuciones y recompensas que correspondían a cada cual en función de su posición en la jerarquía social, bajo el capitalismo estas regulaciones comunitarias habrían sido sustituidas por la competencia en el mercado, fuente de los abusos, desigualdades y ausencia de consensos que Durkheim conceptualiza bajo el término *anomia*. Frente a estos peligros, serían las corporaciones profesionales las encargadas de reconstruir una cultura compartida capaz de establecer, a través del contrato, las aportaciones y las recompensas que corresponderían a cada cual. La desigualdad y el conflicto, asociados en Durkheim a la competencia mercantil, quedarían así superados por medio de una cultura profesional compartida que permitiría colocar a los contratantes en posición de igualdad. En este contexto, a cada uno se le apreciaría por el valor de sus méritos y los intercambios podrían establecerse en términos de equivalente reciprocidad:

«La condición necesaria y suficiente para que esta equivalencia sea regla de los contratos, estriba en que los contratantes se encuentren colocados en condiciones exteriores iguales. En efecto, como la apreciación de las cosas no puede ser determinada

a priori, pero se desprende de los cambios mismos, es preciso que los individuos que cambian no tengan otra fuerza para hacer que se aprecie lo que vale su trabajo, que la que puedan sacar de su mérito social. [...] La moral común condena más severamente todavía toda especie de contrato leonino en que una de las partes es explotada por la otra, porque es la más débil y no recibe el justo precio de su esfuerzo. La conciencia pública reclama, de una manera cada vez más apremiante, una exacta reciprocidad en los servicios cambiados» [ibíd.: 451-452].

Vemos entonces cómo, en el dispositivo analítico elaborado por Durkheim, la integración social no podría explicarse exclusivamente por la interdependencia funcional que generaría la división mercantil del trabajo, pues, junto a las cooperaciones y las solidaridades, se multiplicarían los conflictos y los abusos. La conciencia colectiva que había desaparecido con el fin de las sociedades segmentarias renacería, en formas parciales y mucho más precarias, a través de los grupos secundarios. La agrupación profesional generaría así el sustrato cultural desde el que los agentes económicos podrían conciliar sus contradicciones, consiguiendo incluso que las relaciones de explotación entre el capital y el trabajo mutaran en relaciones entre iguales que permitirían retribuir de forma justa méritos y capacidades. En este sentido, las agrupaciones profesionales son, para Durkheim, la continuidad de las corporaciones artesanales: comunidades que regulan, según los principios culturalmente aceptados, las relaciones económicas.

En Durkheim, por lo tanto, las agrupaciones profesionales aparecen como los espacios en los que, en un momento histórico determinado, la tensión entre la división capitalista del trabajo social y la anomia por ella gestada podría resolverse por medio de la generación de una nueva conciencia moral y una cultura compartidas. Estas normas morales serían el producto de contactos, coordinaciones y conflictos que se darían tanto en el interior de la agrupación como entre ésta y otras profesiones. Contactos, coordinaciones y conflictos, internos y externos, cuyo dinamismo se explicaría por estar moviéndose, al mismo tiempo, en los dos planos analíticos que contiene la propuesta durkheimiana: el de la cohesión moral, propiciada por los grupos intermedios, y el de la cohesión social por interdependencia funcional, propia de las sociedades integradas a través de la solidaridad orgánica.

### ***La legitimidad profesional según Weber.***

En el caso de Weber, en su obra encontramos un análisis de las profesiones que las sitúa en la intersección entre sus orígenes religiosos y la progresiva sistematización y racionalización de sus actividades. Así, en su estudio sobre la emergencia y consolidación del capitalismo, este sistema económico aparece vinculado con el ascetismo intramundano calvinista [Weber, 1998]. Esta doctrina religiosa habría generado un tipo de comportamiento abnegado y racionalizador que, como consecuencia no buscada, habría terminado por desligarse de sus orígenes religiosos para conformarse como un componente constitutivo de la empresa y las relaciones económicas modernas.

La diligencia vocacional con la que, según el protestantismo, habría de actuarse para enaltecer la grandeza divina, habría generalizado las actitudes de autodisciplina que convirtieron el eficiente desempeño laboral en un fin en sí mismo que requiere esfuerzo y mejora constantes. El trabajador, como parte de su profesión de fe, habría de conducir su actividad con racionalidad, abnegación y eficiencia, esto es, con lo que terminaron por convertirse en los rasgos de la profesionalidad capitalista. Con el tiempo, la actitud de metódica búsqueda de la producción eficiente se habría insertado en los engranajes de la vida económica, pasando a formar parte de sus propios automatismos y consolidando la figura económica del profesional, que habría secularizado y rutinizado sus rasgos religiosos originales<sup>6</sup>.

Weber utiliza el término *racionalidad instrumental* para describir el ascetismo intramundano del calvinismo y las formas capitalistas de producción. Es en su teoría de los tipos ideales de acción social donde desarrolla el concepto, que le sirve como herramienta para analizar comprensivamente y modelizar las realidades empíricas que han acontecido a lo largo de la historia económica y social. Así, sería en tanto que constructo ideal típico como habría de entenderse la categoría de racionalización instrumental [Weber, 1993: 5-45]. Aplicando el concepto al análisis histórico del dogma protestante de la vocación y de la competencia empresarial del capitalismo, Weber

---

<sup>6</sup> «Uno de los componentes constitutivos del espíritu capitalista moderno (y no sólo de éste, sino de toda la cultura moderna): la conducción racional de la vida sobre la base de la idea de profesión, nació del espíritu del ascetismo cristiano [...]. El puritano quería ser un profesional, nosotros tenemos que serlo. Pues al ser trasladado de las celdas de los monjes a la vida profesional y comenzar a dominar la eticidad intramundana, el ascetismo contribuyó a erigir aquel poderoso cosmos del orden económico vinculado a los presupuestos técnicos y económicos de la producción mecánica que hoy determina abrumadoramente el estilo de vida de todos los individuos que nacen en este engranaje (no sólo de quienes participan directamente en la actividad económica) y tal vez seguirá determinándolo mientras no se haya apagado el último resto de carburante» [Weber, 1998: 258-259].

describe ambas realidades como presididas por acciones que no se verían orientadas por afectos, tradiciones o valores, sino por una metódica sistematización de los procedimientos y los medios, que habrían de adecuarse a los fines de forma eficiente.

Del mismo modo que sería en la religión calvinista donde se encontraría el germen del referente de sentido del tipo de la acción social instrumental que se generalizó a lo largo y ancho del sistema económico capitalista, Weber también sitúa en figuras religiosas como el mago, el sacerdote o el profeta el origen carismático de la *legitimidad* de los modernos profesionales expertos<sup>7</sup>. Weber observa la actividad religiosa como una forma de actuación simbólica y estratégica que se habría manifestado de maneras diversas a lo largo de la historia de las comunidades tradicionales. Cuando algún tipo de acción religiosa se manifestaba eficaz para el mantenimiento de la organización social o para enfrentarse a las adversidades de la naturaleza y las enfermedades, dicha acción habría tendido a repetirse, sistematizarse y racionalizarse simbólicamente con arreglo al sentido religioso de la actividad [ibíd.: 328-345]. Sin embargo, la sistematización de estas actividades habría llevado a desligarlas de su marco religioso original, produciéndose una progresiva especialización y desacralización de la figura mágica de los primeros profesionales. De esta forma, la legitimidad de los profesionales habría ido progresivamente apoyándose en la eficacia que pueden aportar y demostrar con sus conocimientos. También las figuras del político y del científico, que según Weber se caracterizan por la ética de la responsabilidad y por la vocación de saber respectivamente, habrían ido viendo sus actuaciones sometidas a procesos de sistematización y racionalización que habrían provocado que la autoridad del líder y la del sabio, al igual que la de los profesionales, se fueran asimilando a la del experto [Weber, 1996].

En el estudio histórico weberiano, según avanza el capitalismo los profesionales van dejando de estar revestidos de la autoridad y el carisma que habrían tenido cuando, en épocas pretéritas, ejercían sus labores apoyándose en conocimientos especializados acompañados de prácticas y simbolismos mágicos y religiosos. Cada vez de una forma más intensa, los expertos se habrían visto obligados a probar pública y constantemente su eficacia en entornos empresariales o administrativos competitivos. De ahí que el conocimiento especializado se vuelva caduco y *alienable* a través de codificaciones y

---

<sup>7</sup> «El carisma “mágico” poseído por los hombres es inherente a algunos especialmente “calificados”, convirtiéndose así en el más viejo de todos los “oficios” el de mago, brujo o hechicero profesional. El mago es el hombre de permanente calificación carismática, en oposición al hombre corriente, al “lego” en el sentido mágico del concepto» [Weber, 1993: 329].

rutinas, lo que amenazaría la posición social de los profesionales [Weber, 1993: 376-411].

Dado que la racionalización del saber experto provoca que sus conocimientos puedan ser enajenados del control de los propios profesionales, éstos buscarían preservar sus posiciones por vías diversas: recurriendo a la legitimidad carismática y tradicional que les brinda su historia, revistiendo su posición de la autoridad mágica que originalmente tenían, imponiendo el cierre de su mercado laboral a través de la mediación del Estado, organizándose en estructuras burocratizadas, estableciendo credenciales para el ejercicio profesional, imponiendo restricciones a la entrada de nuevos miembros, etc. Weber aporta así una propuesta analítica acerca de la dinámica de transformación de las profesiones que toma en consideración dos procesos: sobre la base de un sistema de producción cuya racionalización constante cuestionaría y alienaría el monopolio sobre las técnicas y los conocimientos, los grupos profesionales recurrirían a regulaciones legales y a mecanismos de legitimación (tradicional, carismática, burocrática, religiosa, etc.) para mantener sus posiciones e influir, a su vez, sobre la organización de las actividades laborales y los mercados de trabajo.

Si Weber observa que, en la dinámica de transformación de las profesiones, éstas tienden a organizarse de forma burocrática a través de regulaciones administrativas, esto no implicaría que la actividad profesional pierda dinamismo. Comparativamente sucedería más bien lo contrario. Cuando Weber pone en relación los tipos de acción social con las formas históricas de dominación, observa cómo, en los períodos regidos por la dominación tradicional o carismática, la racionalización instrumental opera con muchísima menor intensidad que en las épocas en las que se impone la dominación legal, cuando la organización social de las poblaciones y los procesos productivos se apoya en administraciones burocráticas regidas por criterios de eficiencia y especialización en la función. Frente a las visiones de la burocracia como algo rígido, Weber plantea que cuando esta forma de organización social se impone, las poblaciones y los procesos de toda índole que éstas desarrollan se ven sometidas a constantes transformaciones, pues la búsqueda de la eficiencia y la racionalización del orden social implican maleabilidad de lo anteriormente estable [ibíd.: 170-240].

De esta forma, en el análisis weberiano, la categoría de racionalización instrumental es utilizada para identificar el capitalismo con la metódica búsqueda de los procedimientos y medios más adecuados para conseguir ganancias en el mercado. Esta dinámica moldearía el conocimiento experto y especializado como un medio para

desarrollar constantes reorganizaciones de las técnicas y los procesos de trabajo en pos de la eficiencia productiva. En la medida en que estas transformaciones serían consustanciales al propio modo de producción capitalista, el saber experto resultaría caduco y los profesionales que lo detentan podrían ver alienados sus conocimientos y cuestionadas sus posiciones. Ante esta amenaza, los profesionales procurarían hacer valer la legitimidad carismática y religiosa que originalmente tenían, para lo que se apoyarían en organizaciones avaladas por el poder estatal que les permitirían controlar el acceso al ejercicio de determinadas tareas. La forma de estas organizaciones resultaría, por lo tanto, contingente a las tensiones que se producirían entre los dos planos analíticos propuestos por Weber: el cambio inherente a la categoría de racionalización instrumental y las capacidades de los grupos sociales para legitimar sus posiciones y alcanzar sus pretensiones. Las profesiones aparecen así situadas en la intersección entre, por un lado, los procesos de racionalización de saberes y prácticas productivas y, por el otro, los mecanismos a través de los cuales los grupos sociales procuran legitimar sus formas de vida y sus aspiraciones.

### ***El trabajo complejo en las teorías de Marx.***

En lo que respecta a Marx, su propuesta consiste en abordar las distintas categorías de trabajadores partiendo de la forma social que, según sus teorías, éstos adquieren en las sociedades capitalistas, esto es, en tanto que mercancías [Marx, 1998: 43-102]. En sociedades en las que los bienes y servicios se producen para ser vendidos en el mercado, los consumidores los adquirirían para satisfacer sus necesidades y deseos (de ahí que las mercancías se caractericen por tener un valor de uso), pagando como contrapartida el precio equivalente a su valor (su valor de cambio). El salario correspondería, por tanto, al valor de cambio de la mercancía particular que poseen los trabajadores: su fuerza de trabajo. A pesar de que el salario aparezca como el pago por el trabajo realizado, Marx sostiene que, si esto fuera así, el precio de dicho trabajo sería igual al de su producto y, por lo tanto, se eliminaría la plusvalía y con ella la matriz del desarrollo capitalista. De hecho, lo que obtendría el empleador a cambio del salario que ofrece no sería trabajo, sino la capacidad de trabajo del trabajador, que debe de ser convertida en trabajo efectivo durante el proceso de producción. De esta forma, el salario habría de ser entendido como el valor de la fuerza de trabajo, esto es, el equivalente monetario de las mercancías que los trabajadores utilizan para reproducirse a sí mismos y a sus familias cotidianamente y a lo largo sus vidas. Consecuentemente,

las diferencias salariales reflejarían el valor diferencial que socialmente se atribuye a la producción, formación y reproducción de las distintas categorías de trabajadores, marcando así capacidades adquisitivas desiguales y estilos de vida diferentes [ibíd.: 651-689].

Marx utiliza las categorías de trabajo simple y trabajo complejo en un marco teórico desde el que los trabajos concretos son conceptualizados como formando parte de un sistema productivo en el que los bienes y servicios, las capacidades productivas de los trabajadores y los capitales se intercambiarían de forma generalizada bajo la forma de mercancías. Analíticamente sería entonces posible observar cada trabajo concreto como una fracción del trabajo social global. Desde este punto de observación, el trabajo simple correspondería a aquellas actividades de menor complejidad y que requieren menor formación, de tal manera que quienes las desempeñen recibirán como contrapartida un salario equivalente al de los medios de subsistencia que, social e históricamente, se hayan ido estableciendo como los mínimos necesarios para formar y reproducir cotidiana y generacionalmente a los trabajadores capaces de desarrollar tales actividades<sup>8</sup>. En cuanto al trabajo complejo, se trata de un concepto que Marx utiliza para explicar cómo los trabajos que requieren mayor cualificación y que llevan aparejados salarios más elevados no son socialmente evaluados en sí mismos, sino en relación al conjunto de trabajos y tipos de trabajadores existentes en una sociedad, entre los que el trabajo simple actuaría como una especie de unidad social de medida.

Durante la jornada laboral los empresarios harían uso de las mercancías que han adquirido, utilizando las capacidades laborales de sus empleados y combinándolas con el resto de medios productivos para elaborar los bienes y servicios que ofertan en el mercado. La supervivencia de las empresas dependería de que la venta de dichos bienes y servicios se realice a un precio mayor que el que se habría invertido en el pago de los salarios, las materias primas y los medios de producción que intervienen en su elaboración, pues el valor final de las mercancías producidas debe ser superior al valor

---

<sup>8</sup> «La suma de los medios de subsistencia, pues, tiene que alcanzar para mantener al individuo laborioso en cuanto tal, en su condición normal de vida. Las necesidades naturales mismas –como alimentación, vestido, calefacción, vivienda, etc.- difieren según las peculiaridades climáticas y las demás condiciones naturales de un país. Por lo demás, hasta el volumen de las llamadas necesidades imprescindibles, así como la índole de su satisfacción, es un producto histórico y depende por tanto en gran parte del nivel cultural de un país, y esencialmente, entre otras cosas, también de las condiciones bajo las cuales se ha formado la clase de los trabajadores libres, y por tanto, de su hábitos y aspiraciones vitales. Por oposición a las demás mercancías, pues, la determinación del valor de la fuerza laboral encierra un elemento histórico y moral. Aún así, en un país determinado y en un período determinado, está dado el monto medio de los medios de subsistencia necesarios» [Marx, 1998: 208].

del conjunto de elementos que han intervenido en su fabricación. Este valor superior o plusvalor sería el resultado de un proceso de producción en el que la capacidad productiva de los asalariados se materializa en trabajo efectivo, de tal forma que su jornada laboral podría dividirse analíticamente en, por un lado, un tiempo dedicado a producir mercancías cuyo valor en el mercado será el equivalente de sus salarios y, por otro, un tiempo dedicado a elaborar las mercancías que, una vez vendidas, generarán una plusvalía. Marx identifica así en la libre compraventa de la fuerza de trabajo y en su utilización empresarial como medio de producción un tipo de relación social, que conceptualiza como relación de *explotación*, a través de la cual los trabajadores obtendrían sus medios de vida y el capital se reproduciría de forma ampliada por medio de la producción de plusvalor [ibíd.: 615-643].

En el dispositivo analítico propuesto por Durkheim, la explotación consistía en un expolio, producto de posiciones contractuales diferentes que impedían negociar en términos de igualdad a trabajadores y empresarios. Siendo la explotación, por lo tanto, una consecuencia de la inmoralidad de dicha desigualdad, la reconstrucción de una cultura compartida a través de las agrupaciones profesionales favorecería negociaciones justas, lo que haría posible intercambiar valores recíprocamente equivalentes. La teoría del plusvalor de Marx trastoca la lógica durkheimiana: no por contar con espacios de negociación más igualitarios desaparecería la explotación, pues ésta no consistiría en un abuso, sino en el hecho de que la fuerza de trabajo produce mercancías que necesariamente han de adquirir un valor superior al de los medios empleados en su producción. Incluso en unas estrictas condiciones de justicia formal en los intercambios, se generaría una desigualdad (es decir, una explotación) estructural: si los valores intercambiados fueran idénticos, se suprimiría el plusvalor o excedente social, que según Marx constituiría la matriz de la propia expansión capitalista y la base material desde la cual las sociedades se reproducen y complejizan.

En Durkheim existía una diferencia entre la apreciación exclusivamente mercantil del valor de los trabajadores (sometida a abusos y fuente de explotación) y la apreciación de dicho valor a través de intercambios regulados en agrupaciones profesionales que, superando la anomia y compartiendo una reconstruida cultura común, colocarían a las partes en posiciones de igualdad y permitirían el justo intercambio de equivalentes. En el caso de Marx, no podría hablarse de una apreciación justa que el mercado estaría pervirtiendo: en las sociedades en las que impera el modo de producción capitalista, los valores diferenciales de los distintos grupos de trabajadores

sólo podrían expresarse a través del mercado. El trabajo complejo, según Marx, lo sería como resultado de una apreciación netamente social en la que intervendrían múltiples variables: la formación que se requiere, la capacidad de los profesionales para proteger sus empleos ante otros posibles competidores, la escasez o abundancia de un tipo de trabajadores, si éstos son varones, mujeres o niños, etc. Sin embargo, esta apreciación social no cabría entenderla como existiendo en un afuera ajeno a las relaciones de explotación, que serían las únicas que permitirían transformar la fuerza de trabajo en trabajo efectivo, produciendo así salarios y plusvalías. De ahí que una profesión que, en un momento histórico determinado, esté fuertemente valorada y tenga como contrapartida un elevado salario, con el paso del tiempo pueda ver mermado su valor como consecuencia, por ejemplo, de una sobreabundancia de dichos profesionales o de una innovación tecnológica u organizativa que haga prescindibles sus habilidades.

La capacidad de la fuerza de trabajo para trabajar más tiempo que el equivalente a la parte de la jornada laboral necesaria para reproducir su propio salario supondría un elemento central en la dinámica de producción del plusvalor. Esta capacidad no es entendida por Marx como algo propio del trabajo concreto, sino como el resultado del tipo de relaciones sociales en las que se desarrollaría dicho trabajo. Los asalariados transformarían sus capacidades productivas en trabajo efectivo por medio de la relación mercantil que establecen con sus empleadores, quienes a su vez mantendrían una relación de competencia con otros empresarios a la hora de vender sus productos en el mercado. Esta relación de competencia empresarial explicaría que los procesos de trabajo se vean sometidos a la constante búsqueda de aumentos en los niveles de productividad, permitiendo así una reducción de costes y precios más competitivos en el mercado. Esta dinámica impulsaría transformaciones organizativas, alteraciones en las tecnologías utilizadas, sustitución de unas categorías de trabajadores por otras más baratas o más acordes con las innovaciones desarrolladas, etc. Cambios que, aumentando la productividad del trabajo, reducirían el tiempo de trabajo que resulta socialmente necesario para pagar el salario de los trabajadores, impulsando así la competitividad de las empresas [ibíd.: 379-449].

Desde el dispositivo analítico elaborado por Marx, el trabajo concreto no generaría por sí mismo un valor mayor que el de la suma de los elementos que participan en el proceso de producción (materias primas, tecnologías, fuerzas de trabajo, etc.) sino en la medida en que dicho trabajo concreto es el resultado de un tipo específico de relaciones sociales: las relaciones de explotación, es decir, relaciones de

compraventa de fuerza de trabajo y relaciones de competencia empresarial dinamizadas por la búsqueda de mayores niveles de productividad. De esta forma, cuando una empresa consigue disminuir el tiempo de trabajo socialmente necesario para producir una mercancía, sus rivales se verán obligados a hacer lo mismo para poder seguir siendo competitivos en el mercado. De ahí que Marx utilice el concepto de *trabajo abstracto* para dar cuenta de un tipo históricamente específico de producción, en el que las formas concretas que adoptan los trabajos y los colectivos profesionales sólo perduran si resultan productivos, es decir, si consiguen adaptarse a la dinámica general de reducción del tiempo de trabajo socialmente necesario para la elaboración de mercancías vendibles en el mercado. El trabajo abstracto sería, por lo tanto, una categoría analítica que explicaría cómo los trabajos concretos forman parte de un dispositivo social que los evalúa, modifica y sustituye por otros si es necesario para poder producir mercancías competitivas. La supervivencia de la empresa pasaría entonces porque el empleo de la fuerza de trabajo permita pagar su propia reproducción y elaborar al mismo tiempo bienes y servicios que generen plusvalías. Desde este punto de observación, resultaría indiferente la forma específica que adopte el desempeño laboral, o si éste es llevado a cabo por un tipo u otro de trabajadores.

Siendo el trabajo abstracto una categoría analítica que acompaña a la dimensión concreta de todos los trabajos, su impronta no supondría que esos trabajos concretos adoptasen una u otra forma. El trabajo no es calificado por Marx como abstracto porque diluya toda forma específica de actividad (algo, por otra parte, en sí mismo irrealizable), sino porque cada trabajo concreto es observado como una fracción del trabajo social global desarrollado en una sociedad. En el mismo sentido, la distinción marxiana entre trabajo simple y trabajo complejo no remitiría a las diferencias cualitativas de sus trabajos concretos, sino al hecho de que estas diferencias operarían y serían apreciables en un marco social. Al igual que analíticamente es posible entender el trabajo concreto como una parte del trabajo social global, dicho trabajo social global podría abordarse como conteniendo múltiples trabajos que serían comparables a partir de la unidad común de medida que constituye el trabajo simple. El capital no tendría interés en limitar el trabajo complejo más que en la medida en que éste suponga un lastre para reproducir su plusvalor. Así, la organización productiva podría implementarse de múltiples maneras y, de hecho, se habría visto fuertemente influida por las características que las diferentes categorías laborales han tenido en cada momento histórico, ya que los puestos de trabajo habrían tenido que ser diseñados atendiendo a

las habilidades y estilos de vida de los trabajadores con los que potencialmente se podía contar. Atendiendo a los efectos negativos que tendría para los trabajadores su condición de factor de producción sustituible, éstos habrían procurado evitar las medidas empresariales que, en pos de una reducción del tiempo de trabajo socialmente necesario, desestabilizan el vínculo que les liga con sus trabajos y modifican el contenido de sus ocupaciones. La potestad del capital de evaluar los usos posibles de las distintas categorías de trabajadores en relación con sus costes no implicaría que, de forma inmediata, el empleador tenga la capacidad para llevar a cabo la articulación que considere óptima entre los puestos de trabajo que hay que cubrir y el tipo de profesionales que han de ocuparse de ellos, pues estos procesos se desarrollarían a través de confrontaciones, alianzas y oposiciones tanto entre empleadores y trabajadores como entre los propios colectivos de trabajadores [ibíd.: 451-613].

En las circunstancias descritas, ninguna categoría laboral resultaría inmutable, ni en lo que se refiere al contenido de su trabajo, ni en lo relativo a su adscripción prioritaria a un conjunto de tareas<sup>9</sup>. Las características concretas de los trabajos estarían, en última instancia, sobredeterminadas por una dinámica general de reducción del tiempo de trabajo socialmente necesario para la producción de las distintas mercancías, incluida la fuerza de trabajo, esto es, incluida la producción, formación y reproducción de los distintos tipos de trabajadores. Por su parte, los trabajadores sólo accederían a los empleos cuando sus habilidades resultasen rentables para las relaciones de explotación en las que entran cuando son contratados. De esta forma, en el dispositivo analítico marxiano, los grupos profesionales aparecen situados ante una doble tensión: por un lado, han de procurar vincularse a sus puestos de trabajo para restringir la concurrencia de otros trabajadores u otras categorías profesionales; por otro, limitar su propia empleabilidad a un conjunto dado de tareas supone un peligro ante las incesantes transformaciones en los procesos de producción. Las formas tradicionales de

---

<sup>9</sup> «La industria moderna nunca considera ni trata como definitiva la forma existente de un proceso de producción. Su base técnica, por consiguiente, es revolucionaria, mientras que todos los modos de producción anteriores eran esencialmente conservadores. La industria moderna, mediante la maquinaria, los procesos químicos y otros procedimientos revoluciona constantemente, con el fundamento técnico de la producción, las funciones de los obreros y las combinaciones sociales del proceso laboral. Con ellas, revoluciona constantemente, asimismo, la división del trabajo en el interior de la sociedad y arroja de manera incesante masas de capital y de obreros de un ramo de la producción a otro. La naturaleza de la gran industria, por ende, implica el cambio de trabajo, la fluidez de la función, la movilidad omnifacética del obrero. Por otra parte, reproduce en su forma capitalista la vieja división del trabajo con sus particularidades petrificadas. Hemos visto cómo esta contradicción absoluta suprime toda estabilidad, firmeza y seguridad en la situación vital del obrero, a quien amenaza permanentemente con quitarle de las manos, junto al medio de trabajo, el medio de subsistencia; con hacer superflua su función parcial y con ésta a él mismo» [ibíd.: 592-593].

organización del trabajo habrían ligado férreamente los saberes y las aptitudes de los trabajadores con unas ocupaciones determinadas, pero al mismo tiempo les habrían hecho dependientes de dichas ocupaciones: cualquier innovación tecnológica u organizativa provocaría la caducidad de sus habilidades. La simplificación de las tareas, impulsada por la industrialización, produciría trabajadores sustituibles, pero también adaptables a puestos de trabajo simplificados. Así, junto a la amenaza del desempleo y la miseria, Marx describe una realidad laboral en la que los espacios de posible activación productiva de los trabajadores se multiplican. Una ampliación de los espacios de empleabilidad que en absoluto traería necesariamente consigo el empleo efectivo de los trabajadores, dado que éste siempre quedaría subordinado a la producción de un plusvalor<sup>10</sup>.

La aplicación del dispositivo analítico que gira en torno a los conceptos de plusvalor y relaciones sociales de explotación lleva a Marx a caracterizar como inestable el vínculo que en el capitalismo liga a los trabajadores con sus trabajos y, desde ahí, a pronosticar una mutabilidad en el contenido de las ocupaciones y de sus espacios de empleabilidad. La evolución de los colectivos profesionales se situaría, entonces, a caballo entre los cambios que acontecen en organizaciones productivas tendentes a reducir el tiempo de trabajo socialmente necesario para la producción de mercancías y los mecanismos, tanto negociados como confrontados, desde los que se generarían las diferentes empleabilidades y adaptabilidades de los trabajadores a los procesos de producción de plusvalor.

### ***Recapitulación de los marcos teóricos clásicos desde los que observar las profesiones.***

Los planteamientos de Durkheim, Weber y Marx que hemos visto aportan tres marcos teóricos y conceptuales desde los que abordar las profesiones. Los tres coinciden en situar el análisis de la conformación de los grupos profesionales en su relación con categorías analíticas que remiten a vínculos sociales que los conectan, en

---

<sup>10</sup> «Pero si hoy en día el cambio de trabajo sólo se impone como ley natural que por todas partes topa con obstáculos, la gran industria, precisamente por sus mismas catástrofes, convierte en cuestión de vida o muerte la necesidad de reconocer como ley social general de la producción el cambio de los trabajos y por tanto la mayor multilateralidad posible de los obreros, obligando, al mismo tiempo, a que las circunstancias se adapten a la aplicación normal de dicha ley. Convierte en cuestión de vida o muerte el sustituir esa monstruosidad de que se mantenga en reserva una miserable población obrera, pronta para satisfacer las variables necesidades de explotación que experimenta el capital, por la disponibilidad absoluta del hombre para cumplir las variables exigencias laborales; el reemplazar al individuo parcial, al mero portador de una función social de detalle, por el individuo totalmente desarrollado, para el cual las diversas funciones sociales son modos alternativos de ponerse en actividad» [ibíd.: 593-594].

última instancia, con el conjunto de lo social: la solidaridad orgánica de Durkheim, la racionalización instrumental de Weber y el trabajo abstracto de Marx. En cada caso, el tipo de relación social que se presenta como conteniendo una mayor capacidad explicativa sobre la modernidad capitalista es de una “naturaleza” diferente, de ahí que los diagnósticos que se perfilan también varíen. Según Durkheim, la solidaridad orgánica, que se genera por la interdependencia funcional de los distintos participantes en el desarrollo del trabajo social, requiere de normas y del reconocimiento de que los acuerdos son moralmente justos. De lo contrario, la anomia y el conflicto aparecen como amenaza. En el caso de Weber, la racionalización instrumental provoca que el conocimiento especializado sea alienable en codificaciones y rutinas, por lo que los profesionales ven amenazado su monopolio sobre determinados saberes y actividades. Ante ello, recurren a vías diversas para legitimar sus posiciones y aspiraciones: invocando el cariz carismático y mágico que originalmente tuvieron, cerrando su mercado laboral con el apoyo del Estado y su legitimidad legal, construyendo estructuras burocráticas desde las que organizar la formación requerida para ejercer profesionalmente, etc. En lo que respecta a Marx, las ocupaciones son concebidas como la forma de empleo de un segmento de la población trabajadora cuya perdurabilidad pasa porque la explotación de su fuerza de trabajo resulte, al menos, tan competitiva como la explotación alternativa de otras categorías profesionales.

Anomia, alienación del monopolio sobre un área de conocimiento y del control sobre la propia actividad y explotación de la fuerza de trabajo son diagnósticos que plantean distintas prioridades analíticas: Durkheim se interesa por la forma en la que se generan los acuerdos cultural y moralmente vinculantes desde los que se constituyen los grupos secundarios; Weber aborda cómo legitiman los profesionales sus posiciones y aspiraciones; y Marx atiende a las tensiones provocadas por los procesos de producción de plusvalor que, en su desarrollo, generan trabajadores sustituibles y adaptables a puestos de trabajo cambiantes. Como tendremos ocasión de comprobar, en las sociologías de las profesiones y de los cuidados se ha prestado una atención desigual a los diferentes tipos de relaciones sociales formalizados por Durkheim, Weber y Marx. A lo largo de este primer capítulo observaremos cómo los acuerdos culturalmente vinculantes durkheimianos y las legitimidades weberianas han constituido marcos explicativos mucho más recurrentes que las relaciones de explotación marxianas, categorías sobre las que volveremos cuando, en el segundo capítulo, delimitemos el punto de observación desde el que nos hemos aproximado a la enfermería española.

### 1.3. La formalización de las profesiones en las sociologías funcionalista e interaccionista.

Hemos visto cómo Weber situaba en figuras como las del mago, el brujo o el hechicero el germen de las primeras profesiones. Una progresiva especialización y desacralización de sus saberes habría ido desligando de su marco religioso original algunas de las actividades que desempeñaban, haciéndoles mutar en forma de profesionales, quienes adquirieron la condición de prestigiosos trabajadores expertos. Por su parte, la doctrina protestante de la vocación habría generalizado la actitud menesterosa, entregada y diligente en el trabajo que favoreció la expansión y consolidación del capitalismo, en el que el comportamiento profesional pasó a extenderse al conjunto de los oficios. Esta ascendencia combinada de las profesiones contemporáneas se refleja en la antes comentada polisemia del término castellano *profesión*: por un lado, es una actividad con un estatus diferente al del resto de ocupaciones; por otro, el vocablo *profesión* actúa como sinónimo de *ocupación*. Esta segunda acepción castellana del término (desde la que tanto la medicina como la albañilería pueden ser denominadas profesiones) se emplea de forma mucho menos habitual entre los angloparlantes (para quienes *the medicine* recibe el calificativo de *profession*, mientras que *the bricklaying* suele ser nombrada como una *occupation*). Esta singularidad semántica del inglés con respecto al castellano evoca la historia legislativa de muchos países anglosajones, donde las actividades calificadas como *professions* han tenido ciertos derechos específicos (como el ordenamiento autónomo de su propia formación o la constitución de asociaciones con potestad de impedir el ejercicio laboral a quienes no formasen parte de las mismas), mientras que a los miembros de las *occupations* sólo se les permitía sindicarse. Como toda categoría de la lengua, los usos del término *profesión* son producto de su contexto histórico y social, de ahí que, al igual que es posible apreciar diferencias entre los trabajadores que son designados como profesionales en los distintos idiomas, también en cada uno de ellos han ido modificándose a lo largo del tiempo las ocupaciones a las que se denomina, en su acepción restringida, profesiones.

Ya a comienzos del siglo XX, al estudiar a los trabajadores sociales y su aspiración de ser *socialmente* reconocidos como profesionales, Flexner [1915] planteaba la interrogación sobre los términos en los que debería abordarse *sociológicamente* la distinción entre profesiones y ocupaciones, una cuestión (la de sus *sutiles pero vitales diferencias*) que ha atravesado bajo formas diversas la historia de la sociología de las

profesiones contemporánea. Esta especialidad tiene orígenes anglosajones y, especialmente, norteamericanos<sup>11</sup>. Alrededor de la década de 1940 las corrientes funcionalista e interaccionista se aproximaron, desde perspectivas diferentes, a las disparidades y semejanzas de las realidades profesionales con otros espacios laborales, desarrollando dos formalizaciones alternativas de las profesiones en tanto que objeto de estudio sociológico. Las propuestas elaboradas en la Universidad de Harvard en torno a la figura de Parsons y en la Universidad de Chicago por Hughes y sus alumnos conformaron una serie de planteamientos teóricos y metodológicos desde los que comenzó a institucionalizarse la *sociology of professions* norteamericana.

### ***Las profesiones según la aproximación funcionalista de Parsons.***

Los estudios de Parsons abordan las profesiones desde una perspectiva sistémica de la acción social, atendiendo tanto a los rasgos propios de la actividad profesional como al lugar y la función que ocupan los profesionales en la estructura social. En lo que respecta a sus análisis desde el punto de vista de la acción social, Parsons recurre a las categorías weberianas de *tipo de racionalidad* y de *orientación* para fundamentar los elementos específicos de las profesiones. Los profesionales, al igual que los hombres de negocios y los funcionarios, actuarían buscando racional y científicamente los medios más eficaces para conseguir sus fines, es decir, se regirían por una *racionalidad instrumental universal*, en contraste con las racionalidades particulares de otras ocupaciones y las tradiciones y valores singulares de otros ámbitos de la vida en sociedad. En cuanto a la orientación de sus acciones, frente a la persecución del beneficio propio del mundo comercial y el respeto de una regla anónima del mundo burocrático, la orientación específica de los profesionales sería la de prestar desde la *neutralidad afectiva un servicio altruista* a la colectividad [Parsons, 1967: 34-47].

La racionalidad instrumental y la neutralidad afectiva en la prestación de un servicio altruista se articulan en la categoría funcionalista de *rol profesional*. Éste se

---

<sup>11</sup> En el siglo XIX y comienzos del XX autores británicos habían estudiado las profesiones desde distintas perspectivas: entendiendo su aparición y desarrollo como consecuencia de los cambios evolutivos de las sociedades que, una vez asegurada la defensa y el mantenimiento cotidiano de sus miembros, generarían nuevas actividades cuya función principal sería aumentar y mejorar la vida [Spencer, 1992]; evaluando la contribución del asociacionismo profesional al nacimiento del sindicalismo y sus aportaciones al fomento de la democracia industrial [Webb y Webb, 2004]; analizando cómo algunas corporaciones del Antiguo Régimen sobrevivieron al proceso de industrialización transformándose en asociaciones profesionales voluntarias e independientes del Estado, pero a las que éste reconoció el monopolio en el ejercicio de determinados servicios de vital importancia para la colectividad [Carr-Saunders y Wilson, 1933]; o ubicando estos servicios en el proceso histórico de construcción de los derechos de ciudadanía [Marshall, 1939].

manifestaría, en su forma más desarrollada, en las denominadas *profesiones liberales*, que Parsons restringe a cuatro ámbitos ocupacionales: la medicina, la ingeniería, el derecho y la enseñanza [Parsons, 1979]. El calificativo *liberal* es usado por Parsons para enfatizar el origen y la especificidad de estas actividades, las únicas que desde sus planteamientos serían propiamente profesiones, independientemente de si su ejercicio se lleva a cabo por trabajadores autónomos o por empleados contratados por empresas o el Estado. Según Parsons, la particularidad de las profesiones no estaría ligada a su realidad estatutaria o contractual, sino a las características formales y axiológicas de las acciones sociales que les serían propias (racionalidad instrumental, neutralidad afectiva y orientación de servicio altruista). Las actividades en las que rige este tipo de acciones sociales provendrían de tradiciones culturales en las que se habrían combinado los conocimientos intelectuales y las aplicaciones prácticas socialmente responsables. Estas tradiciones se habrían institucionalizado en la modernidad a través de las universidades y los institutos de investigación, espacios de sistematización de los conocimientos y de validación de la competencia de sus miembros.

De esta forma, los rasgos axiológicos que Parsons atribuye a la acción social profesional se concretarían en actividades que combinan la erudición intelectual con la especialización en técnicas prácticas beneficiosas y funcionales para la sociedad. En términos colectivos, este tipo de acción social se manifestaría a través de *sistemas culturales e institucionales*, desde los que los agentes sociales detentadores del saber especializado aplicarían sus conocimientos y regularían su propio funcionamiento. En este contexto, la autoridad profesional se sustentaría en su superior competencia técnica sobre un ámbito específico de conocimientos y aplicaciones prácticas, lo que sería validado por los usuarios y legitimado legislativamente por el Estado [ibíd.: 538-540]. No obstante, Parsons enfatiza que la autoridad y la legitimidad de los modernos profesionales derivarían de su pericia en la aplicación de conocimientos complejos socialmente funcionales y no, como a su entender habría confundido Weber, de ocupar una posición determinada en relación al Estado o a las estructuras burocratizadas de las organizaciones en las que son empleados.

Los sistemas culturales de las profesiones ocupan, según Parsons, una función estratégica en la cohesión y la estabilidad de las estructuras sociales que le son coetáneas, tanto en las sociedades capitalistas como en las socialistas<sup>12</sup>. Así, las *sutiles*

---

<sup>12</sup> Según Parsons, las profesiones son el componente determinante de las sociedades de su época, más incluso que el tipo de organización de la economía: «La irrupción masiva del complejo profesional,

*pero vitales diferencias* de los profesionales con respecto al resto de trabajadores son, en las teorías de Parsons, especialmente *vitales* para el mantenimiento del orden social: los profesionales, actuando en pos de valores impersonales y desinteresados (como el progreso de la ciencia y el servicio a la comunidad) y contando con el reconocimiento de su autoridad, cumplirían funciones sociales imprescindibles que las burocracias estatales o la concurrencia capitalista y la lucha de clases a ella asociada podrían dañar. En este sentido, Parsons considera «evidente que muchos de los más importantes rasgos de nuestra sociedad dependen en grado considerable del funcionamiento sin tropiezos de las profesiones» [Parsons, 1967: 34].

A este respecto, las *evidencias* aportadas por Parsons son fundamentalmente deductivas. Para explicar el orden social se apoya en una clasificación de las acciones sociales basada en tipos de racionalidad y pautas de orientación. El rol profesional es concebido como el articulador de aquel tipo de racionalidad (instrumental) y aquellas orientaciones de la actividad (universalismo y orientación de servicio) a las que se les atribuye la función de favorecer la cohesión social. Desde esta conceptualización, la categoría de rol profesional no puede más que armonizar las acciones concretas de los profesionales con sus funciones sociales. En el caso de que la realidad empírica no encaje con los rasgos axiológicos formales que se le adscriben al comportamiento profesional, la situación resultaría explicable en términos de desviaciones respecto a su rol presupuesto.

En sus estudios sobre la práctica médica, Parsons ilustra empíricamente cómo se concretaría la articulación de la acción social profesional con su posición funcional en la estructura social [Parsons, 1984: 399-444]. La interacción entre el médico y el paciente no es observada como una relación exclusivamente terapéutica, sino que a través de ella se produciría también un proceso de *institucionalización de roles*, lo que le permitiría cumplir con su función social esencial, que sería la de asegurar la cohesión y el control social. Parsons entiende que la falta de salud no sólo resultaría disfuncional para el enfermo, sino también para el sistema social en su conjunto, que sería inviable con niveles de enfermedad demasiado altos. En la medida en que los individuos enfermos no pueden llevar a cabo sus roles sociales habituales, el sistema social habría generado mecanismos de control a través de acciones racionales específicas

---

no la condición especial de las modalidades de organización capitalista o socialista, es el acontecimiento estructural más trascendente de la sociedad del siglo XX» [Parsons, 1979: 546].

encaminadas a reducir al mínimo las enfermedades y, de esta forma, contribuir al interés funcional de la sociedad [ibíd.: 400-409].

La enfermedad es, por lo tanto, conceptualizada por Parsons como un hecho social que implica realidades que sobrepasan lo estrictamente fisiológico<sup>13</sup>. En el mismo sentido, el rol médico comprendería algo más que la aplicación de conocimientos técnicos. Los médicos obtendrían la potestad de responsabilizarse en exclusividad del tratamiento de las enfermedades como resultado de un proceso cultural que les orientaría hacia la anteposición de los intereses del paciente a los suyos propios. La ideología médica tendría por función combatir las desviaciones en las pautas propiamente profesionales (neutralidad afectiva, especialización en su actividad, altruismo, etc.), ya que las actuaciones de los médicos particulares que se salen de la norma (buscando su beneficio económico más que la cura de los pacientes, por ejemplo) ponen en peligro la legitimidad de la autoridad de todo el colectivo [ibíd.: 415-421]. En cuanto a los pacientes, Parsons también identifica una serie de expectativas institucionalizadas con respecto al rol de enfermo: se le exonera de responsabilizarse de sus funciones habituales y, como contrapartida, se espera que busque la ayuda técnicamente competente para hacerle sanar. La práctica médica generaría así, a través del *proceso dinámico* descrito, una reciprocidad entre los roles de médico y paciente, desde la que se autorregularían las dinámicas socialmente pautadas que deben seguir uno y otro [ibíd.: 409-415].

En el plano de la interacción personal entre médicos y pacientes, Parsons recurre a la teoría psicoanalítica y a la categoría de *transferencia* para explicar cómo se generaría el clima de confianza mutua, desde el que el médico da lo mejor de sí para ayudar al enfermo y éste hace lo posible por cooperar con el primero. Esta interacción se inscribiría en un sistema que transforma las relaciones privadas de persona a persona en relaciones institucionalizadas de roles sociales, que tanto médicos como enfermos habrían de cumplir. En el caso de los pacientes, el desvío de su rol asignado repercutiría fundamentalmente en un empeoramiento de su enfermedad. En lo que respecta a los profesionales de la medicina, el incumplimiento de su función llevaría aparejado el

---

<sup>13</sup> «La enfermedad no es simplemente un peligro “externo” ante el que ponerse en guardia, sino una parte integral del equilibrio social mismo. La enfermedad puede ser considerada como un modo de respuesta a las presiones sociales, entre otras cosas, como un modo de eludir responsabilidades sociales. [...] Podemos decir que la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento “normal” del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social. La enfermedad se define, pues, en parte biológicamente y en parte socialmente» [Parsons, 1984: 402].

desprestigio, la pérdida de clientela, el aislamiento del resto del colectivo médico, etc. [ibíd.: 421-431].

Los planteamientos de Parsons presentan un modelo de relación entre médico y enfermo que es «simultáneamente asimétrico y consensual» [Adam y Herzlich, 2001: 77]. Se trata de una relación asimétrica porque el papel activo es ocupado casi en exclusividad por el médico, mientras que el enfermo es colocado en una posición de pasividad o de mera respuesta a las instrucciones del facultativo. Esta disparidad de posiciones se presenta como socialmente consensuada, en la medida en que la práctica sanitaria se fundamentaría en una fuerte reciprocidad de los roles dependientes y complementarios del médico y el enfermo. El éxito de la relación terapéutica simplemente requeriría que ambos cumplieran correctamente sus roles respectivos. Por su parte, la autoridad médica es descrita como funcionalmente beneficiosa para el enfermo y basada en la estricta competencia técnica del facultativo, por lo que el paciente no podría más que aceptarla o asumir las disfuncionalidades que le acarrearía no hacerlo. El altruismo, el universalismo, la orientación de servicio y la neutralidad afectiva orientarían las actuaciones médicas, que estarían asentadas en una cultura profesional que mantendría el monopolio sobre el control de las prácticas sanitarias precisamente por favorecer los valores de la ideología profesional y desarrollar mecanismos institucionalizados desde los que antepone los beneficios de los enfermos a posibles intereses particulares de miembros del colectivo médico. De esta forma, la profesión médica contribuiría al imperativo funcional de minimizar el nivel de enfermedad de la sociedad, obteniendo como contrapartida una gran autonomía en el ejercicio de su actividad y una posición privilegiada en la división del trabajo sanitario.

### ***Las miradas funcionalistas sobre las semiprofesiones y los procesos de profesionalización.***

Como veremos, las aproximaciones interaccionistas de la escuela de Chicago cuestionaron la caracterización del trabajo profesional y el modelo de relación terapéutica elaborado por Parsons, tanto por la multitud de evidencias empíricas que no encajaban en dicho modelo, como por el método fuertemente deductivo desde el que Parsons da forma teóricamente al constructo *profesión*. También autores que compartían con Parsons la concepción funcionalista de la sociedad matizaron la singularidad que éste atribuía a la realidad profesional. Así, desde el propio funcionalismo se relativizó la propuesta parsoniana de situar la especificidad profesional en el tipo formal de acción

social que regiría el comportamiento de los profesionales y se profundizó en el análisis de los mecanismos particulares que regulan sus actuaciones.

Desde el punto de vista de la cohesión y el control social, Parsons había atribuido un lugar estratégico a las profesiones. Éstas habrían quedado resguardadas de las desestructuraciones propias del capitalismo concurrencial y la lucha de clases (o del seguimiento de normas anónimas en el caso de las burocracias socialistas), de tal forma que sería en los propios grupos profesionales autónomos en quienes recaería el imperativo funcional de ejercer sus tareas en términos de neutralidad, eficiencia y orientación de servicio. Esta posición estratégica de las profesiones en la estructura social sitúa los mecanismos de ordenación del grupo profesional como un tema central en los análisis de corte funcionalista: va a ser ahí donde van a dilucidarse sus *sutiles pero vitales diferencias*. Según Merton y Gieryn [1982], sería a través de un entramado de asociaciones, centros de trabajo y espacios formativos como cada profesión controlaría la renovación de sus conocimientos, la calidad de los servicios implementados por sus miembros, su adecuación a las normas grupales y la selección, formación y supervisión de los estudiantes y futuros profesionales. Entre todos estos procesos, la educación universitaria supondría un elemento determinante para el desarrollo de las ocupaciones bajo la forma de modernas profesiones. Este tránsito es categorizado con el término *profesionalización*, que desde el funcionalismo se utiliza para explicar cómo se institucionalizaría el altruismo.

Merton se sirve de su estudio sobre las transformaciones en la medicina norteamericana de finales del siglo XIX y comienzos del XX para identificar los elementos básicos de los procesos de profesionalización e ilustrarlos a través de uno de sus ejemplos concretos y paradigmáticos. En este período, la institucionalización de la formación universitaria habría modificado la naturaleza de los conocimientos médicos y, en gran medida, también el propio ejercicio de la medicina. La acumulación de constataciones sobre cómo operan las enfermedades y el cuerpo humano habría permitido sistematizar los saberes médicos, posibilitando que su aprendizaje dejara de ser fundamentalmente práctico para transmitirse a través nociones y regularidades probadas científicamente. El aprendizaje de las competencias necesarias para curar las enfermedades dejó de depender exclusivamente de la observación de técnicas ejecutadas sobre el enfermo, apareciendo una nueva *medicina socializada*, con repercusiones que Merton identifica en varios planos. Por un lado, la vía universitaria de formación de los futuros médicos habría permitido aumentar su número, lo que extendió el ejercicio de la

medicina a espacios geográficos y grupos sociales hasta entonces desatendidos. Por otro, la práctica profesional resultaría cada vez más dependiente de las dinámicas que se despliegan en el ámbito educativo y de los descubrimientos y aplicaciones desarrollados en disciplinas auxiliares de la medicina (biología, química, farmacia, etc.), lo que habría provocado la multiplicación de las formas posibles de aplicación del saber general y la aceleración del ritmo de los cambios en el ejercicio de la medicina. Finalmente, estos cambios tenderían a crear espacios de especialización médica que diversifican y segmentan al grupo profesional [Merton, 1956.: 5-20].

En el contexto descrito, «la facultad de medicina es la guardiana de sus valores y constituye la organización que transmite su cultura» [ibíd.: 7]. Merton describe los mecanismos de aculturación que desarrollan las universidades a partir del análisis de sus *funciones manifiestas* y sus *funciones latentes*. Las primeras consistirían en socializar a los estudiantes en normas cognitivas y morales comunes, desplegando criterios objetivables para seleccionar entre los aptos para llevar un modo de vida profesional y quienes habrían de desistir en su pretensión de convertirse en médicos, al ser incapaces de asimilar las técnicas y conocimientos necesarios o de asumir una orientación no individualista de su actividad. Mientras que estas funciones manifiestas de la institución universitaria tenderían a homogeneizar culturalmente al grupo profesional, sus funciones latentes operarían construyendo jerarquías y subculturas funcionales para un entorno profesional crecientemente especializado. Las facultades de medicina generarían un entorno social particular para cada uno de los estudiantes, orientándoles hacia las diversas especialidades médicas. Se produciría así una primera estratificación en el interior de la profesión, que conectaría con la segmentación de los puestos de trabajo y sus diferencias en términos de estatus, prestigio y beneficios económicos.

La homogeneidad grupal, apoyada en una cultura compartida y en el control por el grupo de pares, dotaría a las profesiones de un alto nivel de autonomía y de mecanismos de protección contra ingerencias exteriores. Por su parte, las segmentaciones y jerarquías desplegadas desde el ámbito formativo universitario resultarían funcionales para la adaptación de los profesionales a una realidad laboral cambiante y con crecientes demandas de especialización [ibíd.: 53-71]. Estas dinámicas grupales descritas por Merton sustentarían, según Goode [1957], un análisis de las entidades profesionales en términos de *comunidad*. Se trataría de comunidades de actividad, sin vinculaciones de parentesco o geográficas, pero con mecanismos tendentes a perpetuar la cultura y las jerarquías del grupo apoyándose en un fuerte

sentimiento de identidad común, en rituales y valores particulares, en un lenguaje propio y esotérico para los legos, en la exclusividad en el acceso a un campo de conocimiento experto y en el monopolio sobre la organización de su propio trabajo.

Las investigaciones de corte funcionalista desarrolladas a mediados del siglo XX en Estados Unidos observaron cómo un gran número de ocupaciones aspiraban a alcanzar los niveles de autonomía, prestigio y reconocimiento económico de las profesiones, por lo que habrían emprendido procesos de profesionalización, es decir, habrían acometido cambios en su formación y en sus organizaciones, a través de los cuales habrían ido adquiriendo los atributos funcionales de los grupos profesionales. Aunque entre los distintos autores que analizan estos procesos no exista un consenso en torno a los elementos distintivos de las profesiones, los rasgos que suelen mencionarse desde la denominada *escuela definidora* [Rodríguez Díaz y Guillén, 1992: 11] son: una actividad productiva sustentada en conocimientos teóricos, la existencia de un periodo de educación formal en instituciones especializadas, los procedimientos de evaluación de la pericia profesional llevados a cabo por el grupo de pares, las organizaciones que representan y coordinan la evolución de la profesión, el código ético que fomenta la orientación de servicio altruista, la fuerte autonomía en el desarrollo del trabajo y el monopolio sobre el ejercicio de un ámbito de actividad [Cogan, 1953; Greenwood, 1957].

En los estudios sobre los procesos de profesionalización se evidencian las tensiones que éstos generan entre las distintas ocupaciones, al producirse intromisiones en los campos de conocimiento y actividad tradicionales. Las profesiones consolidadas vivirían estas intromisiones como una usurpación y buscarían limitar y desprestigiar la formación y los conocimientos de los aspirantes a profesionales [Goode, 1960]. Nos encontramos así con ocupaciones que, desde la perspectiva funcionalista, son calificadas como *semiprofesiones*, en la medida en que contarían con algunos de los rasgos propios de las profesiones, pero sin lograr alcanzar sus aspiraciones de plena profesionalización [Goode, 1969].

Si la medicina es uno de los ejemplos paradigmáticos de la caracterización funcionalista de las profesiones, cuando en la sociología de las profesiones se utiliza la categoría de semiprofesión, la enfermería aparece como uno de sus referentes ideal típicos [Etzioni, 1969; Turner y Hodge, 1970; Grimm y Stern, 1974; Hearn, 1983; Arfken, 1998]. En estas aproximaciones, el proceso de profesionalización de la enfermería se describe como limitado por su posición de dependencia funcional con

respecto a la práctica médica. Esta dependencia funcional situaría a las enfermeras como personal subordinado de los médicos y, pese a que gran parte de sus actividades cotidianas se realicen autónomamente y sin la supervisión del facultativo, la falta de control discrecional sobre su propia actividad constituiría la *sutil pero vital diferencia* que separaría su estatus semiprofesional de sus aspiraciones de plena profesionalización. En su búsqueda de promoción colectiva, las enfermeras procurarían aumentar su nivel de estudios y alcanzar la enseñanza universitaria. Sin embargo, también en el espacio educativo encontrarían reticencias por parte de los médicos, encargados en gran medida de su formación e interesados en que ésta no aumente hasta el punto de poner en cuestión sus prácticas terapéuticas y su posición hegemónica en la división del trabajo sanitario.

Las caracterizaciones de la enfermería como una semiprofesión se apoyan también en la impronta de uno de los rasgos compartidos por gran parte de las semiprofesiones: el carácter mayoritariamente femenino de sus miembros. La tradicional división sexual del trabajo habría situado a la feminizada enfermería como una función auxiliar de la masculinizada medicina. En este contexto, los intentos enfermeros por prestigiar y profesionalizar su actividad hubieron de confrontarse con unas jerarquías ocupacionales y de género que se retroalimentaban mutuamente, reforzándose así la subordinación funcional de las enfermeras con respecto a los médicos. De hecho, la propia figura de referencia en la modernización de la enfermería del siglo XIX, la británica Florence Nightingale, aún dotando de rasgos profesionalizantes a una enfermería que se había construido bajo el modelo de la compasión, consideraba que dicha profesionalización no debería poner en cuestión su supeditación a la autoridad médica y masculina [Attewell, 1998; Alpert, 2001; González Gil, 2005; Narváez, Martínez y Pérez, 2010].

Nightingale adquirió fama mundial por la sistematización de las prácticas de enfermería que elaboró tras haber participado a mediados del siglo XIX en la asistencia a los heridos durante la Guerra de Crimea. Proveniente de una familia acomodada de fuertes convicciones religiosas, desde su fe anglicana trató de encontrar el lugar en el que una dama de la sociedad victoriana podría ubicarse dentro de un mundo sanitario donde, en aquellos años, los médicos varones contaban con un personal auxiliar compuesto mayoritariamente por religiosas y mujeres seculares provenientes de clases populares. Apoyándose en la estadística sanitaria, Nightingale dotó de base científica a una enfermería que fue adquiriendo unos rasgos profesionales y vocacionales que la

fueron desligando del modelo compasivo desde el que se había desarrollado. Para ser una buena enfermera ya no bastaría con ser una mujer bondadosa, sino que sería necesario someterse, desde la vocación, a un adiestramiento en la moralidad específica que requiere el mundo de la salud y a una formación especializada en destrezas y técnicas sanitarias. Esto permitiría que las enfermeras se responsabilizaran de un campo de actuación parcialmente autónomo con respecto a la ciencia médica. La enfermería habría de encargarse de las tareas de apoyo a los enfermos propias de su condición femenina, pero de una forma especializada. Así, las enfermeras seguirían siendo personal auxiliar de la masculinizada medicina, pero ahora alcanzando unos niveles de eficiencia y tecnicidad más elevados que lograron dotar de prestigio a la profesión. De hecho, la enfermería británica llegó a ser tan respetada que las hijas de la aristocracia pugnaban por entrar a trabajar en ciertos hospitales, un lugar al que en aquellos años acudían fundamentalmente los estratos sociales menos pudientes que no podían pagar la atención domiciliaria de los médicos. De esta forma, los primeros pasos en el proceso de profesionalización de la enfermería británica transformaban pero no cuestionaban la división sexual del trabajo sanitario, alterando el lugar y las funciones que habían ocupado hasta entonces las mujeres y la enfermería. Estas alteraciones generaron hostiles oposiciones, tanto por parte de los médicos como por muchas de las propias enfermeras. Pese a ello, en 1860 Nightingale inauguró en Londres la primera escuela laica de enfermería del mundo, desde donde desarrolló un modelo de desarrollo profesional. En éste, las enfermeras se profesionalizan asumiendo como propias las tareas de apoyo a los enfermos y las de mantenimiento de un entorno sanitario saludable, sin por ello cuestionar la autoridad médica y masculina, a la que habrían de seguir supeditándose por un imperativo funcional.

Los análisis de filiación funcionalista sobre las semiprofesiones y los procesos de profesionalización pusieron en cuestión la explicación sobre la singularidad de las profesiones atendiendo a los rasgos formales (racionalidad instrumental universal y orientación de servicio altruista) que Parsons había identificado, en gran medida deductivamente, rigiendo su modelo de acción social. Los profesionales no sólo buscarían ejercer eficientemente su actividad, sino que procurarían igualmente preservar una posición social beneficiosa que otras ocupaciones también tratarían de alcanzar. También se constataba la penetración en un número creciente de ocupaciones de las características empíricas con las que se había definido a las profesiones consolidadas: la formación universitaria, las organizaciones colectivas independientes con orientación de

servicio, la delimitación de un área de actividad específico, etc. La caracterización de las profesiones en términos de *comunidad* propuesta por Goode sería entonces aplicable, en comparación con los planteamientos de Parsons, de una forma mucho menos restringida.

Por su parte, en lo referente a la autonomía de los profesionales, si desde el punto de vista interno la comunidad profesional estaría dotada de una gran independencia (como hemos visto que ilustraba Merton), ésta va a aparecer como condicional cuando las profesiones se analizan atendiendo a sus relaciones con el conjunto de lo social. Así, según Goode [1957], la organización social de las profesiones puede ser leída como una forma de *mercado implícito*, en el que la responsabilidad y el autocontrol profesional serían la contrapartida de la autoridad y la autonomía que la sociedad les concede. Los profesionales habrían de dar muestras de su eficacia, su competencia y su moralidad, pues en caso contrario los controles externos aumentarían. El prestigio profesional estaría ligado a la dificultad de las tareas desarrolladas por los profesionales y la exigencia de calidad en sus servicios limitaría la extensión de los procesos de profesionalización, que sólo podrían ser alcanzados plenamente por un conjunto limitado de ocupaciones. De esta forma, la autonomía interior de las profesiones sería dependiente del control que sobre ellas ejerce la sociedad desde diferentes planos: las reglamentaciones estatales, la valoración de los clientes, el escrutinio de sus competencias y su moralidad, etc. La construcción de las profesiones como objeto de estudio sociológico obligaría así, en la propia perspectiva funcionalista, a limitar la independencia analítica del constructo *profesión* desde la que Parsons había operado.

Al identificar el sistema social como un conjunto regulado de normas, instituciones y valores orientados hacia la funcionalidad del conjunto e integrados en los individuos a través de sus roles sociales, el esquema interpretativo elaborado por Parsons a mediados del siglo XX prestaba escasa atención a la existencia de intereses en conflicto y a los efectos de las jerarquías sociales. Hemos visto cómo las reflexiones posteriores de corte funcionalista sobre los procesos de profesionalización y las semiprofesiones de autores como Merton, Gieryn o Goode sí atendieron a algunos de esos conflictos entre profesiones y a las jerarquías sociales existentes en el seno de las mismas, elementos que en la misma época estaban siendo estudiados desde perspectivas teóricas y métodos analíticos diferentes por Hughes y el interaccionismo simbólico de la escuela de Chicago.

### ***La sociología de las profesiones interaccionista.***

En los planteamientos interaccionistas las profesiones son abordadas en tanto que *objetos convencionales* [Hughes, 1952] o *conceptos folk* [Becker, 1962], es decir, como el resultado de tradiciones y prácticas sociales que llevan a ciertos grupos ocupacionales a ser designados y a reconocerse a sí mismos como profesionales. Desde esta conceptualización, los análisis interaccionistas sobre las profesiones sitúan sus *sutiles pero vitales diferencias* en los procesos que conducen a las personas de una sociedad concreta a determinar quiénes son profesionales y quiénes no, así como en las consecuencias que tiene para el trabajo y la organización de ciertas ocupaciones que sus miembros sean socialmente considerados y se perciban a sí mismos como profesionales.

El método de investigación apropiado para este objeto de estudio sería de carácter fenomenológico. En la realidad laboral se suceden multitud de relaciones y procesos heterogéneos, a los que habría que dotar de cierta coherencia analítica. La propuesta teórica de la escuela de Chicago consiste en que, dado que los sujetos elaboran subjetivamente su realidad como resultado de las interacciones cotidianas en las que participan, las explicaciones sociológicas habrían de partir de la comprensión de dichas interacciones. Así, el método desarrollado por Hughes y sus continuadores supone abordar minuciosamente esas interacciones y los discursos a través de los cuales los actores les otorgan un sentido para, en un segundo momento, elaborar los conceptos desde los que desplegar las explicaciones.

Según Hughes [1952] todas las ocupaciones o *grupos profesionales* compartirían una dinámica de interacciones que les llevaría a valorizar el desempeño laboral fijado por el propio colectivo, procurando preservar su autonomía, delimitar su territorio y evitar la intromisión de otros agentes con formas alternativas de organizar el trabajo. En este sentido, si desde la perspectiva funcionalista se presta especial atención a los rasgos distintivos de las profesiones ya constituidas, los análisis microsociológicos de corte interaccionista permiten encontrar múltiples puntos de continuidad entre dichas profesiones y el resto de ocupaciones en aspectos tales como las dinámicas grupales o la relación subjetivamente significativa que los individuos establecen con sus actividades. Desde este punto de vista, la categoría grupo profesional podría aplicarse a quienes desempeñan cualquier tipo de actividad, incluso a quienes lo hacen fuera del marco legal, como los ladrones profesionales estudiados por Sutherland [1988].

El método de investigación interaccionista propone analizar los procesos laborales en términos *biográficos*: se trataría de situar la actividad profesional en un

proceso dinámico de elección, anticipación de resultados, desarrollo de actividades, bifurcaciones, logros y fracasos. Todos estos procesos conformarían una *carrera profesional* en la que se reconstruirían incesantemente la *identidad* de los individuos y la de las profesiones [Hughes, 1958: 42-56]. Esto se produciría en términos interactivos, es decir, a través de la recreación teatralizada constantemente de un *orden interno* en cada profesión y de un *orden negociado* entre las diferentes profesiones. Estos órdenes serían siempre contingentes, por lo que la explicación del rumbo de los grupos profesionales pasaría por analizar la relación entre las carreras profesionales y los mecanismos de interacción intragrupal y del grupo con el entorno [ibíd.: 11-23].

Es así como Strauss y sus colaboradores, a partir de una investigación en dos hospitales psiquiátricos, utilizan el modelo del orden negociado para explicar el funcionamiento de las instituciones sanitarias. Frente a los estudios centrados en la organización formal de las instituciones, que tenderían a minimizar los factores de cambio interno y a sobreestimar sus aspectos más estables, un análisis fenomenológico del día a día hospitalario mostraría la sucesión cotidiana de múltiples transformaciones alimentadas por fuentes internas y externas a la organización. Si junto a estas transformaciones sigue pudiéndose observar un orden organizacional, la explicación habría que buscarla en las negociaciones constantes que se producen entre los diferentes agentes que participan en la vida hospitalaria: personal sanitario y no sanitario con distintas jerarquías, pacientes y familiares. Todos los interlocutores tendrían un papel activo sobre la forma de conseguir el mejor tratamiento para el enfermo y, pese a que las posiciones desde las que se negocia no son equivalentes, ninguno de los participantes tendría a priori una supremacía definitiva sobre los demás puesto que «las bases de una actividad organizada (el orden social) deben ser constantemente reconstituidas o [...] “trabajadas”» [Strauss, Schatzmann, Bucher, Ehrelich y Sabshin, 1963: 147].

En lo que respecta a la relación entre médicos y pacientes, la perspectiva fenomenológica pone en cuestión la hegemonía del modelo simultáneamente asimétrico y consensual elaborada Parsons. Así, por ejemplo, Szasz y Hollander [1956] proponen una clasificación con tres tipos de interacción terapéutica ligados al estado del enfermo: en casos de heridas graves, estados de coma o pacientes sometidos a anestesia, la relación adquiriría la forma de *actividad-pasividad* (el médico es totalmente activo y el enfermo totalmente pasivo); cuando las circunstancias son menos graves y el paciente es capaz de seguir las instrucciones del facultativo y de expresar su punto de vista, la

relación se desarrollaría bajo el modelo de la *cooperación guiada*; finalmente, en las enfermedades crónicas el rol del médico consistiría en ayudar al enfermo a hacerse cargo de su tratamiento, por lo que la relación adoptaría la forma de *participación mutuamente compartida*. Por su parte, Freidson [1960] señala que el contexto en el que se desarrolla la relación terapéutica influye generando una mayor sensibilidad de los médicos generalistas hacia los puntos de vista del enfermo y su *cultura profana de la enfermedad*, con la que tendrían que interactuar habitualmente. Las relaciones mantenidas en el tiempo convertirían a los pacientes de estos médicos en una clientela estable a cuyas formas de entender la salud y la enfermedad habrían de adaptarse los facultativos para conseguir que se sigan sus prescripciones. En los hospitales, en cambio, el control sobre la conducta médica pivotaría fundamentalmente sobre el grupo de pares, lo que reforzaría el distanciamiento de los profesionales en sus interacciones con los pacientes.

En la perspectiva interaccionista, la negociación es tratada como un modelo de regulación de las relaciones sociales. Las jerarquías sociales, por su parte, son estudiadas desde la fenomenología disputada y coreografiada en la que toman forma y se actualizan cotidianamente. En este modelo, la igualdad o desigualdad de las posiciones y los objetivos a conseguir no estarían indisolublemente fijados de antemano o para siempre, sino que se constituirían a través de la propia negociación. Los acuerdos obtenidos se entienden como contingentes y nunca definitivos, pudiendo ser puestos en cuestión y redefinidos en el transcurso de las interacciones. Incluso aunque los profesionales se encuentren en una posición de autoridad que se sustenta en su conocimiento experto, los profanos también cuentan con saberes legos, como es el caso de los enfermos y sus culturas mundanas de la salud y la enfermedad, desde las que intervienen en el día a día de las organizaciones sanitarias buscando información para comprender sus situaciones, procurando que los profesionales de la salud entiendan y compartan la definición que ellos mismos hacen de sus dolencias y tratando de integrar en su cotidianidad la perturbación que les supone la enfermedad y los tratamientos a los que son sometidos por los sanitarios [Strauss, Schatzmann, Bucher, Ehrelich y Sabshin, 1963: 158-161].

El modelo del orden negociado también sería aplicable a la hora dar cuenta de las relaciones entre las distintas categorías ocupacionales que conviven en una organización, así como para explicar la morfología y las transformaciones de los grupos profesionales. Éstos no se diferenciarían exclusivamente por contar con distintos

conocimientos y habilidades, sino que habrían de entenderse como espacios de socialización en los que se va construyendo una misma definición de las situaciones y una visión del mundo compartida. Strauss [1978] califica como *mundos sociales* el conjunto de creencias que generarían una cadena de actuaciones coordinadas, a partir de las cuales la profesión se distanciaría de la visión profana que el resto del mundo tiene sobre su actividad. Así, la enfermería es estudiada como un proceso de elaboración y recreación constante de una concepción autónoma sobre el ejercicio de su propio trabajo, reivindicando la autorización para desempeñarlo según los criterios fijados en exclusividad por el colectivo, que de esta forma se distanciaría tanto de las visiones profanas sobre la enfermedad y la salud como de aquellas elaboradas por los médicos [Davis, 1966].

Los grupos ocupacionales son, por tanto, concebidos por el interaccionismo simbólico como entidades que buscan preservar su concepción del mundo y proteger legalmente su área de actividad, desarrollando un discurso profesional que tendría mayores posibilidades de ser avalado jurídicamente si el trabajo desempeñado tiene que ver con tareas que reciben una alta valoración social. Lo que estaría en juego sería delimitar el terreno sobre el que un grupo profesional tiene la competencia para ejercer y que esto aparezca como un *mandato*, una autorización moral y legal que limite la concurrencia de otros colectivos. La delimitación de estas áreas de competencia sería objeto de conflictos entre diferentes grupos profesionales, que pujarían por obtener protección jurídica y por valorizar sus empleos. Las transformaciones en la división del trabajo serían entonces el resultado de estos conflictos, que modificarían permanentemente la configuración de las profesiones. Así, el proceso que lleva hasta la consecución del cierre de un mercado laboral específico es concebido como el resultado de las interacciones y estrategias de los grupos profesionales, de las luchas y coaliciones que establecen entre ellos y con las entidades políticas y administrativas con las que se relacionan. Sería, por tanto, este entramado de relaciones el que permitiría explicar por qué unos grupos profesionales consiguen una protección jurídica de su espacio laboral y otros llevan a cabo sus actividades en entornos laborales más abiertos a la competencia entre distintas ocupaciones [Hughes, 1958: 78-87].

El dinamismo de los grupos profesionales no sería exclusivamente el resultado de los conflictos y los acuerdos contingentes que alcanzan con otros actores (como los representantes del Estado, las organizaciones donde desarrollan su trabajo u otros colectivos profesionales con los que entran en competencia), sino que también habría

que atender a las interacciones y diferenciaciones que se generan en el interior de la profesión. Bucher y Strauss [1961] definen los grupos profesionales como un *proceso dinámico*, en el que confluirían intereses contrapuestos y segmentos que competirían entre sí, forzando una reestructuración continua del colectivo. Por debajo del discurso oficial, que dota de homogeneidad a la profesión, existirían distintas especializaciones y comunidades invisibles que pujarían por orientar el rumbo de todo el grupo en función de su propia concepción de la actividad profesional. En este sentido, los segmentos existentes en las profesiones no serían tanto la consecuencia de las clasificaciones oficiales, sino el resultado de construcciones comunes de la situación y de valores, creencias e intereses compartidos que crearían identidades y sentimientos subjetivamente diferentes en torno a las actividades desarrolladas.

### ***Algunos apuntes desde el interaccionismo simbólico sobre la profesión enfermera.***

Cuando a comienzos de la década de 1950 Hughes analiza la situación de la enfermería norteamericana, considera que ésta se encuentra «entre las muchas antiguas artes que se están convirtiendo en profesiones» [Hughes, 1951: 294]. El esquema que propone para analizar este tipo de procesos de profesionalización parte de la consideración de que cualquier trabajo consistiría en un conjunto heterogéneo de *tareas* que son realizadas por personas que pertenecen a la misma ocupación. Los cambios tecnológicos, las modificaciones en los procesos productivos y las actuaciones emprendidas por los propios grupos ocupacionales producirían una transformación y una reagrupación en los lotes de tareas correspondientes a cada ocupación. Los aspirantes a profesionales buscarían alcanzar o conservar las tareas que cuentan con un mayor reconocimiento social y que requieren habilidades más complejas, desligándose de aquellas que son menos agradables y que tienen un prestigio menor. En este contexto, las fronteras que delimitan las tareas correspondientes a cada una de las ocupaciones serían fuente de disputa y negociación. Hughes observa que en la sanidad norteamericana de mediados del siglo XX esta situación estaría provocando una intensa recomposición de los límites competenciales de las distintas categorías ocupacionales:

«Dado que el número de tareas a realizar en el hospital moderno aumenta día a día, hay más fronteras entre trabajos que nunca. Cada una de estas fronteras es un área de necesaria cooperación y, por lo tanto, también de posible conflicto. Esto no sólo concierne a las relaciones entre enfermeras y personal auxiliar, auxiliares de enfermería y distintos tipos de personal técnico y de mantenimiento, sino también a las fronteras

entre el trabajo de las enfermeras y el trabajo de los médicos. Con cada cambio en la tecnología médica aparece la pregunta sobre si las nuevas tareas serán asumidas por el médico o por la enfermera en cada una de las muchas circunstancias en las que estas tareas han de realizarse. Nunca la frontera entre el médico y la enfermera ha sido tan activa y móvil como ahora» [ibíd.].

Desde esta constatación, Hughes propone que el análisis de las ocupaciones debería abordar las transformaciones en la organización de los procesos de trabajo y cómo las nuevas y las antiguas tareas se reagrupan. No obstante, una ocupación no sería exclusivamente un conjunto de tareas, sino también un *rol social*. Por lo tanto, para comprender las transformaciones en la profesión de enfermería resultaría necesario complementar el análisis de sus tareas en recomposición con el estudio de sus roles sociales, a los que conceptualiza como «los papeles que la gente piensa que han de jugar o para los que tienen permiso en el escenario social del hospital moderno» [ibíd.: 295].

Según Hughes, el rol de la enfermería podría caracterizarse por estar en el centro de todas las secuencias que se desarrollan en el escenario sanitario, realizando lo que será conceptualizado por Strauss, Fagerhaugh, Suczek y Wiener [1985] como un *trabajo de articulación*. Esto permitiría que las enfermeras conozcan mejor que el resto de actores las reglas del juego social que se desarrolla en las organizaciones sanitarias. La enfermería tradicionalmente se habría encargado de proporcionar confort psíquico y espiritual a los pacientes, así como de mediar entre el paciente y el médico y entre los distintos servicios de las organizaciones en las que llevaban a cabo su trabajo. Ante el importante desarrollo que, a mediados del siglo XX, se estaba produciendo en las tecnologías sanitarias, el componente técnico de las labores de las enfermeras iba en aumento, por lo que habrían aparecido otras ocupaciones que estaban asumiendo muchas de las tareas enfermeras que secularmente habían estado ligadas a proporcionar, desde la proximidad, bienestar a los enfermos. Hughes observa que en otros escenarios laborales, como la industria y el comercio, durante mucho tiempo la organización de la producción habría centrado su atención exclusivamente en los aspectos tecnológicos del trabajo, pero que en ese momento estaría emergiendo una creciente preocupación por las dimensiones sociales que inciden en los espacios de trabajo: es la época en la que la sociología industrial y de la empresa norteamericana está desarrollando las investigaciones que dieron lugar a la escuela de relaciones humanas [Roethlisberger, 1968; Mayo, 1972]. Esto le lleva a proponer que si las enfermeras pretenden desarrollar

un proceso de profesionalización que prestigie su ocupación, «nunca deberían cometer el error [...] de intentar estudiar técnicas alejadas de las personas» [Hughes, 1951: 295].

Dieciséis años después de esta sugerencia, Stein [1967] observa que las enfermeras norteamericanas habrían aumentado sus conocimientos sanitarios y su pericia en el manejo de tecnologías y fármacos, sin por ello perder su proximidad cotidiana con los enfermos. Esto las habría convertido en unas colaboradoras especialmente valiosas para los médicos, a quienes les resultaría necesario contar con sus puntos de vista para complementar la información que obtienen a través de diferentes pruebas y de sus interacciones con los pacientes, mucho más limitadas que las de las enfermeras. En este contexto, las relaciones entre el médico y la enfermera adoptarían la forma de un *juego*, según el cual se espera que la enfermera participe en las decisiones clínicas, pero mostrándose pasiva y dando a entender que sus ideas y propuestas han sido inducidas por el médico, quien de esta forma es colocado simbólicamente como el principal sujeto activo y con saberes legítimos de la relación. Las aportaciones de las enfermeras serían valoradas y recompensadas simbólicamente por los facultativos, pero sólo si cumplen con la norma de ser presentadas de forma pasiva y subordinada a la autoridad médica. La interacción tomaría así la forma de un juego coreográfico en el que las jerarquías ocupacionales habrían de escenificar la desigualdad de sus posiciones [ibíd.: 699-700].

No cumplir con el papel que a cada cual le corresponde en el juego conllevaría perjuicios para los jugadores. En el caso de los médicos, desatender las indicaciones de las enfermeras podría resultar gravoso para los enfermos y sería el médico quien aparecería como el causante de dicha situación. El aprendizaje de la necesidad de contar con las propuestas de las enfermeras se realizaría desde los primeros años de residencia de los estudiantes de medicina, un momento en el que su escaso conocimiento del funcionamiento de los servicios sanitarios les colocaría en una posición especialmente dependiente de las enfermeras experimentadas. Éstas contarían con un amplio arsenal de mecanismos para recompensar a los residentes que tienen en cuenta sus sugerencias y para perjudicar a aquellos que consideran que pueden cumplir sus funciones médicas sin prestar atención ni reconocer el valor de las aportaciones de la enfermería [ibíd.: 701-702]. Por parte de las enfermeras, no proporcionar suficiente información o hacerlo de forma demasiado explícita provocaría en los médicos una sensación de insubordinación, ante la que responderían a través de sanciones, menosprecios o humillaciones [ibíd.: 700].

El juego evitaría la escenificación explícita de las discrepancias entre los participantes en torno a cómo desarrollar los tratamientos, pero resultaría un método extremadamente ineficiente de comunicación. Para explicar el mantenimiento de esta práctica, Stein señala la fuerza de las sanciones y recompensas que se producen en las interacciones cotidianas entre médicos y enfermeras, así como la impronta de una organización sanitaria que se desarrollaría más en términos de liderazgo que de interdependencia funcional cooperativa entre distintas categorías profesionales. A todo ello habría que añadir el anclaje que estas dinámicas encuentran en los estereotipos y coreografías de género, que servirían para perpetuar la dominación de la masculinizada medicina sobre de la feminizada enfermería<sup>14</sup>.

Las miradas interaccionistas a la enfermería norteamericana de mediados del siglo XX suponen una aproximación a las manifestaciones fenomenológicas de las relaciones jerárquicas, cooperativas, conflictivas y ambivalentes que poblaban una ocupación que, desde el funcionalismo, se presentaba como uno de los ejemplos paradigmáticos de las semiprofesiones. Desde ambas perspectivas, la enfermería de aquellos años es descrita inmersa en un proceso de profesionalización que se habría topado con el límite impuesto por su dependencia funcional con respecto a la autoridad médica y por las jerarquías de género que se reproducirían y reforzarían en la división sexual del trabajo sanitario.

### ***Convergencias y divergencias en los planteamientos funcionalistas e interaccionistas.***

Hasta la década de 1960, los estudios funcionalistas e interaccionistas coinciden en detectar transformaciones en un número creciente de ocupaciones que, al igual que la enfermería, parecían estar transformándose en profesiones. Los distintos diagnósticos giran en torno a la categoría *profesionalización*. Esta categoría adquiere matices específicos en cada uno de los enfoques pues, en ellos, el constructo *profesión* remite a dimensiones de la realidad social que no son coincidentes. Hemos visto cómo en las aproximaciones funcionalistas las profesiones aparecían definidas bien por una serie de rasgos formales y axiológicos (racionalidad instrumental universal y orientación de servicio altruista), bien por un conjunto de características empíricas singulares de su

---

<sup>14</sup> «Otra influencia que perpetúa el juego médico-enfermera es la identidad sexual de los jugadores. Los médicos son predominantemente hombres y las enfermeras son casi exclusivamente mujeres. Hay elementos del juego que refuerzan los roles estereotipados de la dominación masculina y la pasividad femenina. Algunas de las personas encargadas de la instrucción de las enfermeras les dicen explícitamente a sus estudiantes que su feminidad es un importante activo que debe ser usado en sus relaciones con los facultativos» [Stein, 1967: 703].

formación (universitaria), sus actividades productivas (intelectualmente complejas y ejercidas autónomamente) y sus organizaciones (reguladas corporativamente por el grupo de pares). Las profesiones así definidas se presentaban cumpliendo con una función social estratégica, pues favorecían la cohesión y el control social. Desde la representación de lo que sería una profesión ideal típica (que coincide con las calificadas por Parsons como profesiones liberales, entre las que la medicina aparece como uno de sus exponentes de referencia), la mayor o menor cercanía a dicha representación avalaba la distinción entre profesiones, semiprofesiones y ocupaciones ordinarias. La aproximación interaccionista, por su parte, permitía observar que muchos de los rasgos distintivos que el funcionalismo atribuía a las profesiones eran menos excepcionales de lo que los funcionalistas señalaban, en especial aquellos aspectos relativos a las dinámicas grupales o a la relación subjetivamente significativa que los individuos establecen con sus actividades. De hecho, Hughes proponía como pauta metodológica presuponer una cierta semejanza en los comportamientos ante el trabajo del conjunto de las ocupaciones y cuestionar los discursos que enfatizan las singularidades de ciertas profesiones. Así, la distinción entre profesiones y ocupaciones es entendida por los interaccionistas como parte del discurso que los propios profesionales, o quienes aspiran a serlo, elaboran sobre sí mismos para conseguir autonomía funcional y dotar de prestigio a su posición. Desde esta perspectiva, las profesiones son concebidas como objetos convencionales, fruto de tradiciones y prácticas sociales que llevan a ciertos grupos ocupacionales a percibirse a sí mismos y a ser reconocidos socialmente como profesionales. Así, si para los funcionalistas las *sutiles pero vitales diferencias* entre profesiones y ocupaciones tendrían que ver con una serie de rasgos empíricos o axiológicos, para los interaccionistas serían el resultado de los procesos históricos que conducen a las personas de una sociedad concreta a determinar quiénes son profesionales y quiénes no.

Los matices en la definición de las profesiones por parte de los enfoques funcionalista e interaccionista están ligados al método desde el que, en cada caso, éstas son construidas como objeto de estudio. En la formalización parsoniana, las profesiones son el resultado de deducciones lógicas a partir de axiomas formales que explican las acciones sociales como una combinación de variables ligadas a pautas de orientación y tipos de racionalidad. El método interaccionista, en cambio, arranca de la observación de los procesos efectivos de trabajo y de cómo los actores implicados otorgan un sentido subjetivamente significativo a las dinámicas en las que participan. A partir de

dichas observaciones, se construyen inductivamente las categorías sociológicas (orden negociado, mundos sociales, identidad profesional, etc.) con las que explicar los procesos concretos desde los que los grupos profesionales tomarían forma.

Las *sutiles pero vitales diferencias* de las profesiones con respecto a las ocupaciones ordinarias son, por tanto, mucho más *vitales* para los funcionalistas (quienes enfatizan su contribución estratégica al control, la estabilidad y la cohesión social) y mucho más *sutiles* para los interaccionistas (quienes las ven como el resultado de la autopercepción de los propios profesionales y de que éstos sean socialmente reconocido como tales, lo que desencadenaría una serie de dinámicas específicas en este tipo de grupos ocupacionales). Durante algunos años, sin embargo, estas disparidades no fueron objeto de discusión entre los investigadores de una y otra escuela. La afirmación explícita de que se estaban analizando las profesiones desde proyectos teóricos que resultaban contradictorios en algunos aspectos no se produce hasta 1956, en una charla a cargo de Becker [1962] que se publicó seis años más tarde. Según Chapoulie, «la larga coexistencia sin polémica entre estas dos teorías se explica, sin duda, en parte por el carácter a menudo poco sistemático y poco abstracto de las exposiciones interaccionistas y, en particular, de las de E. C. Hughes» [Chapoulie, 1973: 88]. A esto habría que añadir que, en los textos fundacionales de la sociología de las profesiones norteamericana de mediados del siglo XX, tanto funcionalistas como interaccionistas focalizan sus análisis en la constitución y organización de los grupos profesionales a partir de sí mismos [Freidson, 2001: 29]. Hasta la década de 1960, la mayoría de los estudios se dedican a analizar la organización social interna de las profesiones, prestando una atención menor a una temática que será central a partir de entonces: la posición que, en tanto que agentes económicos, ocupan las profesiones en la estructura social. Así, en la medida en que las profesiones eran estudiadas prioritariamente desde las dinámicas sociales y organizativas que se desarrollaban en su seno, los enfoques funcionalista e interaccionista podían concebirse como complementarios.

Hemos visto cómo Parsons establecía una relación unívoca entre el tipo de acción social (altruista e instrumentalmente racional) propia de los profesionales y su posición funcional (cohesionadora) en la estructura social. La categoría *rol profesional* permitía articular de forma inmediata ambas dimensiones, pues los casos empíricos que no se adecuaban al modelo podían explicarse como desviaciones del rol presupuesto. Para el funcionalismo resultaba, por tanto, prioritario estudiar cómo se perpetuaban en

el tiempo los roles profesionales. En este sentido, Merton concebía la universidad como la guardiana de la cultura profesional, para lo que debía desempeñar unas funciones manifiestas y unas funciones latentes. Las primeras consistían en socializar a los estudiantes en las normas cognitivas y morales comunes que dotaban de cohesión al grupo. Las segundas producían las segmentaciones entre los estudiantes que les orientaban hacia especialidades que diferían en cuanto a prestigio y recompensas económicas. Por su parte, Goode, conceptualizaba las profesiones como *comunidades de actividad* tendentes a perpetuar la ideología y las jerarquías definidas por el propio colectivo. Así, las profesiones eran formalizadas al modo de los grupos secundarios durkheimianos: entidades que regulan su propio funcionamiento y sus jerarquías internas a partir de pautas culturalmente vinculantes. Este punto de observación funcionalista de las profesiones conformaba un espacio compartido con los interaccionistas, quienes definían las profesiones como mundos sociales que buscan fijar por sí mismos la forma de organizar y desempeñar su propio trabajo. Así, Hughes formalizaba las profesiones como un *conjunto de tareas* y un *rol social*. Para que dicho rol fuera económica y socialmente valorado, las profesiones buscarían asumir tareas complejas y alcanzar la potestad de ser ellas mismas las encargadas de decidir sobre cómo ejecutarlas. De esta forma, la dinámica de interacciones intragrupal, que sería común a todos los colectivos profesionales, llevaría a valorizar el desempeño laboral pautado por el propio grupo, procurando preservar su autonomía, delimitar su territorio, frenar la competencia y evitar la intromisión de otros agentes con propuestas alternativas sobre cómo desempeñar el trabajo. En esta dinámica de interacciones, la identidad profesional es concebida como el producto de un proceso dinámico en reconstrucción permanente, fruto de la participación de las distintas comunidades, visibles e invisibles, que conviven en el interior de la profesión. Es desde este espacio compartido, en el que los grupos profesionales son formalizados como comunidades culturales, desde donde los funcionalistas y los interaccionistas podían entender sus propuestas como complementarias: los primeros estarían más interesados por la cohesión profesional, mientras que los segundos se encargarían de estudiar los diversos mundos sociales que conviven dentro de una misma profesión<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Los interaccionistas Bucher y Strauss expresaban así su percepción de que el funcionalismo y el interaccionismo, a la hora de estudiar las profesiones, suponían propuestas complementarias que reclamarían un nuevo modelo que las integrara: «Para el funcionalismo, una profesión es esencialmente una comunidad relativamente homogénea en la que sus miembros comparten identidad, valores,

Algunas de las propuestas de síntesis de ambas perspectivas han sido calificadas como formando una *escuela evolutiva* [Rodríguez Díaz y Guillén, 1992: 11], desde la que los procesos de profesionalización se explicarían como una secuencia histórica. En ella, a través de sus interacciones con otros actores sociales, las ocupaciones adquirirían los atributos funcionales de las profesiones. Así, por ejemplo, según Wilensky dicha secuencia histórica sería modelizable en cinco etapas, que estarían atravesadas por una serie de hitos por los que habrían de transitar las ocupaciones antes de acabar consolidándose como profesiones. Las cinco etapas serían: 1) la dedicación a tiempo pleno a la profesión; 2) el establecimiento de procedimientos institucionalizados de selección y formación universitaria de los candidatos a profesionales; 3) la creación de una asociación profesional; 4) un periodo de agitación política hasta conseguir el reconocimiento público y la protección legal del monopolio sobre el conocimiento necesario para el ejercicio de un conjunto de tareas; y 5) la elaboración y socialización en un código ético que enfatice el ideal de servicio y permita eliminar a los no aptos para el ejercicio profesional, así como proteger a los usuarios [Wilensky, 1964: 141-146].

El artículo en el que Wilensky formaliza la categoría *profesionalización* como una secuencia histórica en cinco etapas se ha tomado como un ejemplo paradigmático de los cambios de perspectiva que se producen en la sociología de las profesiones durante la década de 1960 [Chapoulie, 1973: 98; Finkel, 1999: 203-204]. Por un lado, se siguen escudriñando, como hasta entonces, las dinámicas internas que conducirían a ciertas ocupaciones a alcanzar las *sutiles pero vitales diferencias* de las profesiones. Por otro, se plantean algunas de las cuestiones de las que se ocupará la sociología de las profesiones durante las décadas siguientes: si un número creciente de ocupaciones parecían estar transformándose en profesiones, ¿podría decirse, como preguntaba Wilensky en el título de su artículo, que estaba profesionalizándose todo el mundo? Si

---

definición de roles e intereses. [...] La sociología de las profesiones ha estado centrada en la cohesión y el estudio detallado de la estructura social (y/o de la organización social) de diversas profesiones. Son estos temas los que una sociología estructural-funcionalista trata de estudiar, y los estudia relativamente bien. [...] Pero este tipo de aproximación y de teoría conducen a dejar a un lado numerosos aspectos significativos de las profesiones y de la vida profesional. En particular, evita que el observador aprecie en su justa medida los conflictos o, al menos, las diferencias de interés existentes en el interior de las profesiones. [...] Desarrollaremos una concepción de las profesiones que las entiende como una agregación de segmentos que persiguen objetivos diversos [...]. Este modelo puede considerarse tanto un complemento o como una alternativa al modelo funcionalista actualmente predominante. Algunos lectores preferirán sin duda alguna considerarlo como un complemento, por lo que se impone una siguiente etapa de elaboración de un modelo que lo supere» [Bucher y Strauss, 1961: 326-327].

hasta entonces las profesiones habían sido estudiadas como una forma particular de organización social de las ocupaciones, ¿cómo habría de entenderse que dicha particularidad se estuviera generalizando? La proliferación de las profesiones, ¿afectaría de alguna forma a la estructura económica? Y, sin embargo, si existía un anhelo y una tendencial profesionalización en tantas ocupaciones, ¿por qué tan pocas conseguían constituirse como profesiones de forma plena, tal como parecía estar sucediéndole a la enfermería?

Para responder a estas preguntas, las profesiones debían ser abordadas como algo más que comunidades que regulan, desde pautas marcadas por el propio colectivo, sus formas de trabajo y organización. Era necesario profundizar en el estudio de las relaciones de las profesiones con su entorno. Los funcionalistas habían dado cuenta de estas relaciones como una forma de mercado implícito, en el que la responsabilidad y el autocontrol de los profesionales serían la contrapartida de la autoridad y la autonomía que la sociedad les concede. Por su parte, los interaccionistas las explicaban a partir del modelo del orden negociado, que sería el resultado contingente de las interacciones que, cotidianamente, se producen entre las distintas profesiones y el resto de participantes en el día a día de los espacios laborales. Son estos dos marcos analíticos los que en la década de 1960 fueron revisados, al entenderse que tanto el mercado implícito como el orden negociado suponían formalizaciones insuficientes para dar cuenta de las *sutiles pero vitales diferencias* de las profesiones.

#### **1.4. Las profesiones en los enfoques revisionistas.**

Toda clasificación de los enfoques y etapas que se han sucedido en un área de especialización sociológica homogeneiza miradas diversas, establece discontinuidades artificiales en el tiempo y pasa por alto matices con la intención de lograr una claridad expositiva que, necesariamente, viene orientada por el objetivo que se persigue al elaborar la clasificación. En nuestro caso, hemos optado por dividir la sociología de las profesiones posterior a su fase fundacional en dos grandes períodos. Recurriendo a Collins [1990], denominaremos *revisionismo* a la etapa comprendida entre las décadas de 1960 y 1980 y *posrevisionismo* al período que va desde entonces hasta nuestros días. Al proponer una clasificación tan somera de las heterogéneas aproximaciones que se han desplegado en la historia de la sociología de las profesiones, buscamos destacar cómo, hasta la década de 1980, muchos de los enfoques revisionistas tienen entre sus propósitos elaborar explicaciones generales sobre el rumbo que estaban tomando los

espacios laborales en sociedades en las que un número creciente de ocupaciones parecían estar adoptando rasgos profesionales; mientras que, a partir de esos años, los enfoques posrevisionistas tienden a abandonar dicha pretensión para desarrollar un conjunto plural de aproximaciones más parciales a la realidad profesional.

Como veremos, a lo largo de estos años, se ha producido una mutación en la forma adoptada por el constructo *profesión* en los análisis sociológicos. En la etapa fundacional de la sociología de las profesiones, éstas eran formalizadas a partir de sus *sutiles pero vitales diferencias* con las ocupaciones ordinarias. Se constataba, sin embargo, una generalización de los procesos de *profesionalización* en múltiples ocupaciones. En los enfoques revisionistas, por su parte, las *sutiles pero vitales diferencias* van a transformarse para empezar a orbitar alrededor de un nuevo rasgo: el *poder* de los profesionales. No obstante, en esta etapa los análisis también apuntan hacia un cambio en la tendencia observada hasta entonces, apareciendo con fuerza los diagnósticos de la *desprofesionalización* y la *proletarización* de las profesiones. Esto ha conducido a un abandono relativo de los marcos interpretativos ligados a las *sutiles pero vitales diferencias* entre profesiones y ocupaciones, lo que se refleja en la generalizada utilización del término *profesionalismo* en los enfoques posrevisionistas.

En los textos fundacionales de la sociología de las profesiones norteamericana, éstas son descritas como grupos ocupacionales que, desde la capacidad que les brinda regularse según las pautas marcadas por el propio colectivo, desempeñan autónomamente tareas complejas con las que prestan servicios socialmente valorados. La *tríada virtuosa* compuesta por el colectivo ocupacional, las actividades productivas y los servicios prestados es así concebida de una forma particularmente armónica que resultaría beneficiosa tanto para los profesionales como para la sociedad: si 1) es el propio grupo el que se organiza a sí mismo y el que controla su desempeño laboral, desde ahí los textos fundacionales de la sociología de las profesiones parecen discernir que 2) la valoración del servicio por parte de los usuarios debería 3) repercutir en una correlativa valoración de los profesionales directamente encargados de su ejecución. Pese a que los diagnósticos de las décadas de 1940 y 1950 apuntan hacia un proceso generalizado de profesionalización en múltiples ocupaciones, los estudios concretos sobre las nuevas profesiones raramente mostraban su adecuación al modelo ideal típico que se manejaba: varios procesos de profesionalización no eran correspondidos con una elevada valoración de los servicios prestados, en algunas profesiones la orientación de servicio parecía desdibujarse, muchos de los aspirantes a profesionales no alcanzaban el

control sobre su formación, otros eran fuertemente dependientes de las indicaciones emanadas desde otras profesiones ya consolidadas, la mayoría debía cogestionar su actividad laboral con los responsables de administrar los servicios en las organizaciones en las que trabajaban, etc. De esta forma, cuando Wilensky se preguntaba si las transformaciones acontecidas en un gran número de ocupaciones indicarían una profesionalización de todas ellas, advertía que dicha profesionalización estaba desembocando en modelos profesionales muy heterogéneos que reclamarían una revisión de la representación ideal típica utilizada [Wilensky, 1964: 146-158]. Para esta tarea, a partir de la década de 1960, las propuestas revisionistas tratarán de explicar la diversidad de las profesiones utilizando marcos de interpretación complementarios o alternativos al mercado implícito funcionalista y al orden negociado interaccionista.

Los interaccionistas habían desarrollado un método de investigación que permitía aproximarse a la diversidad interna de las profesiones, un aspecto por el que los análisis funcionalistas se habían interesado menos. Ambas aproximaciones compartían, sin embargo, una concepción similar de las profesiones que, al modo de los grupos secundarios durkheimianos, son descritas como entidades que tratan de organizar su funcionamiento y sus jerarquías internas por medio de pautas culturalmente determinadas por el propio colectivo. Funcionalistas e interaccionistas coincidían también en explicar por medio de fórmulas acordadas las relaciones de las profesiones con la sociedad en la que se desenvuelven: los primeros en términos de un mercado implícito y los segundos de un orden negociado. Así, en el mercado implícito funcionalista la responsabilidad y el autocontrol de los profesionales serían la contrapartida de la autoridad y la autonomía que la sociedad les concede. En el método interaccionista, por su parte, las relaciones de las profesiones con su entorno son estudiadas a través de sus manifestaciones fenomenológicas, lo que «lleva a poner el acento en la importancia de la negociación -los dones y contradones, la diplomacia, el regateo- que caracterizan la vida de una organización» [Strauss, Schatzmann, Bucher, Ehrelich y Sabshin, 1963: 148].

De esta forma, en las obras fundacionales de la sociología de las profesiones éstas son conceptualizadas como el resultado de *acuerdos sociales*. En el funcionalismo dichos acuerdos son explicados como el producto de un mercado implícito en el que normas, instituciones y valores están orientados hacia la funcionalidad del conjunto e integrados en los individuos a través de sus roles sociales, lo que sitúa en un segundo plano los efectos de las jerarquías sociales y la existencia de intereses en conflicto. En el

interaccionismo, por su parte, estas jerarquías y conflictos se observan desde sus manifestaciones fenomenológicas en las relaciones interindividuales cotidianas. Según Bledstein [1976] y Saliba [1994], la hegemonía que hasta la década de 1960 tuvieron el funcionalismo y el interaccionismo simbólico como marcos desde los que analizar la realidad profesional guardaría relación con el contexto nacional y socioeconómico en el que vieron la luz las obras fundacionales de la sociología de las profesiones. La emergencia de las clases medias norteamericanas a mediados del siglo XX se habría apoyado en valores liberales, individualistas y meritocráticos que habrían encontrado en la organización profesional de la vida económica una justificación y una forma de regulación de los problemas sociales. En este contexto, el funcionalismo y el interaccionismo, sin ser en absoluto equivalentes, compartirían unos presupuestos individualistas a la hora de estudiar las relaciones sociales que habrían servido como «legitimación científica de una concepción singular, americana, de la realidad social» [ibíd.: 45]. En el caso de los funcionalistas, al dar cuenta del lugar de los profesionales en la estructura social como una posición directamente ligada a la importancia de su función social, se estaría postulando que las jerarquías sociales serían fundamentalmente el resultado de los esfuerzos individuales en la adquisición y puesta en práctica de conocimientos socialmente neutros. Ante ello, el mercado implícito que estaría moldeando las profesiones no haría más que validar dichos conocimientos. En lo que se refiere a los interaccionistas, su método de aproximación a la realidad social situaría las interacciones interindividuales y las negociaciones cotidianas como principales fuentes del orden social, dejando en un segundo plano el estudio de realidades estructurales como el poder diferencial de los distintos estratos sociales, la dimensión económica de la actividad profesional o las regulaciones estatales [ibíd.: 67-68].

Sin embargo, hemos visto cómo, desde el propio funcionalismo, se constataba que las profesiones constituidas vivían la profesionalización de otras ocupaciones como una amenaza al lugar que ellas mismas ocupaban en las jerarquías sociales resultantes de la división del trabajo existente. Frente a esto, habrían procurado limitar el alcance de los procesos de profesionalización de las semiprofesiones. En el ámbito sanitario, las actuaciones de los médicos poniendo trabas a la profesionalización de la enfermería difícilmente podían considerarse como propias de la orientación de servicio que se suponía constitutiva de su rol profesional. Así, la multiplicación de casos empíricos que, al menos, matizaban que las actuaciones de las profesiones estuvieran guiadas

exclusivamente por el altruismo y la racionalidad instrumental obligaba a poner en cuestión que dichos casos pudieran concebirse como meras desviaciones del rol que Parsons les había atribuido. No es que la orientación de servicio no pudiera observarse en las conductas de los profesionales, sino que se comprobaba que las profesiones constituidas procuraban también preservar una posición social y laboral beneficiosa, aún a costa de limitar la de los aspirantes a profesionales. Por su parte, vimos cómo los interaccionistas también se servían de otros sistemas de posiciones para complementar sus explicaciones acerca de las jerarquías laborales en términos de orden negociado: en el caso de la enfermería, se constataba cómo la división sexual del trabajo reforzaba y contribuía a reconstruir cotidianamente su dependencia funcional con respecto a la autoridad médica. De esta forma, cuando las investigaciones pasaban de analizar las profesiones a partir de sí mismas y sus dinámicas internas a estudiarlas en tanto que agentes económicos que, como tales, se relacionaban en un entorno ocupacional competitivo, la mano invisible del mercado implícito funcionalista y la agencialidad fenomenológica del orden negociado interaccionista conformaban marcos interpretativos que estaban siendo objeto de una serie de matizaciones elaboradas por los propios funcionalistas e interaccionistas. Estas matizaciones son las que, recurriendo a dispositivos analíticos que han sido calificados como *neoweberianos*, *neomarxistas* y *neointeraccionistas* [Dubar y Tripier, 1998: 113-138], fueron sistematizadas y complementadas, de forma significativa a partir de la década de 1960, en las propuestas revisionistas de autores como Larson, Johnson, Freidson y Abbott.

### ***Larson y los procesos de cierre profesional.***

Según Larson [1977], el aumento del profesionalismo (que ella analiza en las sociedades británica y norteamericana) habría de ser observado como el resultado de procesos que suponen un *doble cierre social a nivel económico y cultural*. Desde el punto de vista económico, las profesiones son descritas por Larson como proyectos de movilidad social ascendente sustentados en la consecución de un mercado laboral restringido y en la potestad para desarrollar en exclusividad un tipo de tareas. Para ello, las profesiones tratarían de excluir tanto de su mercado de trabajo como de su mercado de servicios a otras ocupaciones potencialmente competidoras. El monopolio económico en ambos mercados sería dependiente de la capacidad de las profesiones de, a su vez, monopolizar el control y la definición de los saberes considerados como culturalmente legítimos en un área de conocimiento determinada [ibíd.: 66-79]. Las

profesiones tradicionales, como la medicina o la abogacía, habrían alcanzado ese doble cierre social manteniendo secularmente estrechas relaciones con las capas sociales más privilegiadas. Serían, pues, estas relaciones las que en la época preindustrial habrían permitido a las profesiones constituidas aumentar su respetabilidad social y protegerse ante los procesos de liberalización de los mercados de trabajo y de servicios. A lo largo de estos procesos, las asociaciones profesionales habrían ido desligándose de aquellas actividades más banales que minaban su prestigio, como sucedió con los cirujanos, quienes se separaron de los barberos (con los que habían compartido gremio) para acabar integrándose en la profesión médica [ibíd.: 2-65].

Al igual que las profesiones de la etapa preindustrial se establecieron a partir de sus relaciones con las élites de la época, las modernas profesiones alcanzarían el monopolio sobre un área de conocimiento y el cierre de sus mercados de trabajo y de servicios apoyándose en sus relaciones con las estructuras del Estado y los poderes económicos. Así, la constitución de un mercado profesional vendría avalada por vías legalmente establecidas que ligan un tipo de formación universitaria con un conjunto de empleos. Las universidades son analizadas por Larson como espacios de transmisión de conocimientos estandarizados y de conformación de profesionales igualmente estandarizados, esto es, constituidos y seleccionados según su adecuación al seguimiento de las competencias socialmente definidas como válidas en cada momento histórico. Esta forma de producción social de profesionales y conocimientos desde las universidades habría liberado a las empresas de ser ellas mismas las encargadas de desarrollar, a través de sus mercados internos, los saberes y los trabajadores que necesitan. Ante esta constatación, Larson entiende que la aparición de mercados profesionales sería interpretable como una forma de externalización de dichos mercados internos de las empresas.

La cada vez mayor inserción de los profesionales en organizaciones empresariales, en las que sus actividades serían gestionadas a través de estructuras jerarquizadas y burocratizadas, supondría una creciente integración de los servicios profesionalizados en las dinámicas de valorización del capital. De ahí que Larson entienda que la evolución de las profesiones ha de ser examinada a partir de sus vínculos con el mercado y con el sistema de clases. Esto permitiría observar cómo mientras algunas áreas de desarrollo profesional estarían viéndose mercantil y simbólicamente prestigiadas, otras estarían operando, en el seno de organizaciones burocratizadas, de forma cada vez menos autónoma y más *proletarizada*. Se generarían así dinámicas de

segmentación interprofesional en las que, en muchas ocasiones, las trayectorias profesionales ascendentes pasarían por asumir tareas de gestión. Esto distanciaría a las bases profesionales de sus élites, pero también permitiría que estas últimas contribuyeran, desde su posición estratégica en las organizaciones, al desarrollo del conjunto de la profesión [ibíd.: 104-207].

La extensión de los mercados profesionales es interpretada por Larson como una forma de estratificación social que se sustentaría en una ideología meritocrática beneficiosa para los intereses empresariales: la posibilidad de hacer carrera dentro de un conjunto cada vez más amplio de profesiones reforzaría las aspiraciones, en muchas ocasiones ilusorias, de vivir procesos de movilidad social ascendente, lo que ayudaría a limitar la conflictividad y la confrontación social entre empresarios y trabajadores<sup>16</sup>. La creación estatal de sistemas nacionales de educación contribuiría a legitimar las diferencias sociales en base a dinámicas formativas y productivas que, desde la doctrina de la igualdad de oportunidades, otorgarían beneficios económicos y simbólicos diferenciales. Desde la ideología meritocrática, estas diferencias serían explicadas como el resultado de los distintos esfuerzos individuales invertidos y de las singulares capacidades intelectuales de cada persona. Se produciría entonces una jerarquización de las diversas profesiones legitimada por los dispares sacrificios formativos reclamados. En este contexto cultural, las profesiones operarían seleccionando y segmentando a los profesionales en función de su mayor o menor lealtad a los criterios intelectuales y laborales definidos por la élite profesional junto con los poderes empresariales. Por lo tanto, en los mercados profesionales existiría una amplia diversidad de posiciones, tanto en lo que respecta a las desigualdades entre profesiones como en el interior de cada una de ellas. De esta forma, la proliferación de diferencias en el seno de las empresas en cuanto a remuneración, estatus, autonomía o prestigio estaría desarrollándose en nombre de un profesionalismo que, según Larson, habría de ser interpretado como «la contrapartida ideológica de la proletarización [de las profesiones]» [ibíd.: 239].

### ***Las profesiones en los Estados corporativistas según Johnson.***

Al igual que Larson, Johnson [1972] también vincula la dinámica de las profesiones con la estructura de clases. Apoyándose en planteamientos marxistas, sus

---

<sup>16</sup> «En la medida en que la fuerza de trabajo tiende a quedar totalmente subsumida bajo relaciones formales de producción capitalistas, los privilegios reales e ideológicos asociados con el “profesionalismo” legitiman la estructura de clases introduciendo diferencias de estatus, aspiraciones de estatus y movilidad de estatus en casi la totalidad de los niveles de la jerarquía de las ocupaciones» [Larson, 1977: 239].

estudios analizan cómo habrían ido evolucionando las profesiones a partir de su articulación con los movimientos expansivos del capital y con el papel que en ellos habrían jugado los Estados. Así, a lo largo de los siglos XIX y XX la reproducción ampliada del capital habría ido extendiéndose hacia las actividades de prestación de servicios, lo que habría transformado las profesiones tradicionales. Éstas habrían ido dejando de organizarse autónomamente para adoptar formas de protección corporativa dependientes de las regulaciones estatales.

Johnson concibe las profesiones como una forma de actividad económica en la que «el productor define las necesidades de los consumidores y la manera en la que dichas necesidades han de ser satisfechas» [ibíd.: 45]. La regulación estatal sobre las actuaciones y las organizaciones profesionales habría dado lugar a diferentes formas de *Estados corporativistas* en los que los poderes económicos, los gobiernos y los profesionales compartirían la toma de decisiones sobre aquellos servicios necesarios para asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo de manera acorde con las necesidades de valorización del capital.

Johnson entiende que, a comienzos del último tercio del siglo XX, se habría llegado a una situación de *capitalismo monopolista* en el que los Estados concederían una autonomía relativa a ciertas profesiones, con las que compartirían el control sobre los procesos de reproducción social de las poblaciones. De esta forma, profesiones como la medicina, la abogacía o la enseñanza lograrían escapar de la explotación directa del capital. No obstante, esto se produciría de forma desigual entre los miembros de una misma profesión: su élite sería rigurosamente seleccionada y pasaría a detentar un espacio de poder delegado por el Estado, mientras que las bases profesionales verían limitadas sus posibilidades de actuación autónoma. Para que esta separación entre las élites profesionales y sus bases se acepte como legítima, sería necesario que los mecanismos de acceso a los estratos más elevados de las profesiones no operen de forma excesivamente restringida. De esta forma, la posibilidad de promoción individual dentro de las profesiones actuaría como mecanismo legitimador de su segmentación interna. Así, pese a las similitudes existentes entre muchos profesionales de base y los asalariados ordinarios, el posible ascenso en la jerarquía profesional existente entre los primeros actuaría produciendo distancia social con respecto a los segundos. Se lograría así que los profesionales cumplieran con lo que, según Johnson, sería su función principal: contribuir a la reproducción social de la población según los estándares formativos, de salud, libertades civiles, consumo, movilidad, etc. necesarios para la

valorización del capital. Estándares que, según la lógica de producción profesional (que definiría tanto las necesidades de las poblaciones como la manera en la que dichas necesidades han de ser satisfechas), estarían siendo fijados por los poderes estatales y empresariales con la participación de la élites profesionales.

### ***Los estudios de Freidson sobre la profesión médica y el dilema de las enfermeras.***

Freidson [1986] coincide con Larson y Johnson en observar las profesiones desde el punto de vista del poder que detentan. Su investigación de corte interaccionista sobre la medicina estadounidense de la década de 1970, enfocada desde la óptica de la *organización social del conocimiento*, ilustra un modo de implementación en el sector sanitario del, según la terminología de Larson, cierre social que ejercerían las profesiones a nivel cultural y desde el que tratarían de conseguir un cierre económico en torno a su mercado de trabajo y sus servicios [Freidson, 1977].

Freidson documenta cómo los procedimientos ineficaces e incluso nocivos, así como las explicaciones intuitivas acerca de las enfermedades y su curación que habrían acompañado al ejercicio de la medicina a lo largo de su historia estarían lejos de haber desaparecido: la ciencia médica moderna estaría plagada de teorías azarosas y de prácticas con altas dosis de incertidumbre en torno a su eficiencia. La legitimidad de la medicina moderna no sería por lo tanto entendible como la consecuencia de unos saberes probados e irrefutables, sino más bien como el producto del control ejercido por los médicos sobre el desarrollo de las actividades sanitarias y sobre la delimitación de los conocimientos y procedimientos terapéuticamente apropiados. De esta forma, la autonomía profesional alcanzada por los médicos les conduciría a fijarse más en aquellos elementos positivos para la salud que justificarían el mantenimiento de sus prácticas que en aquellos otros que, por el contrario, avalarían cuestionar la sólo aparente infalibilidad de sus teorías y sus actuaciones clínicas<sup>17</sup>.

Según Freidson, la titulación universitaria y sus vínculos con los poderes estatales y empresariales no resultarían elementos suficientes para explicar el monopolio médico

---

<sup>17</sup> «La estrategia analítica acentúa de este modo la organización social, política y económica del trabajo y, conforme a la tradición clásica de la sociología del conocimiento, trata al conocimiento y la destreza como un derivado, una consecuencia, del control o la falta de control más que como la causa de éste. Además, mi estrategia fue definir y analizar el conocimiento, no por la teoría o la “ciencia” formuladas en los libros de texto o los tratados, sino más bien por las prácticas de sus portadores concretos. Por lo tanto, analicé el modo en que las circunstancias de trabajo en medicina estimulaban cierta “mentalidad” por parte de sus miembros que los encaminaba a la selección de evidencias que justificaran sus métodos de realizar el trabajo y que sustentaran un conjunto de normas característicamente proteccionistas para gobernar las relaciones de colegas» [Freidson, 1977: 10].

en el establecimiento de los procedimientos sanitarios socialmente sancionados como válidos. La medicina habría de convencer a la ciudadanía y a las administraciones de la fiabilidad de sus tratamientos. Para ello, las asociaciones profesionales llevarían a cabo una labor de difusión de las bondades de la ciencia médica, a través de la cual educarían al público en el tipo de prácticas fomentadas por los facultativos. Esta labor pedagógica permitiría que la población actuara receptivamente ante las formas de afrontar la salud y las enfermedades pautadas autónomamente por los médicos. Así, al tiempo que se reputaría el trabajo de los profesionales de la medicina, se desprestigiarían los saberes populares sobre cómo enfrentarse a las enfermedades y sobre cómo llevar a cabo una vida saludable. Igualmente, la labor de divulgación cultural ejecutada por las asociaciones médicas colocaría los saberes y las prácticas de otros trabajadores sanitarios como dependientes de la autoridad de la ciencia médica, de cuya legitimidad se beneficiarían pero a la que también habrían de subordinarse.

Vimos anteriormente cómo Freidson [1960] había comprobado que los médicos generalistas eran más receptivos a las culturas profanas de la salud y la enfermedad de sus pacientes, con quienes interactuarían y a los que se adaptarían tanto para mantenerles entre su clientela como para lograr que siguieran sus prescripciones. En los hospitales, por su parte, la conducta médica resultaría escasamente propensa a tener en cuenta los puntos de vista de los enfermos. No obstante, en ambos ambientes de trabajo las formas de ejercicio de la medicina serían extremadamente variables: pese a la relativa uniformidad de la formación universitaria, las reglamentaciones y verificaciones administrativas y la estandarización de los procedimientos, las actuaciones de los distintos médicos ante patologías similares estarían caracterizadas por la heterogeneidad. La investigación de corte interaccionista que Freidson lleva a cabo en torno a las actuaciones médicas en Estados Unidos le permite constatar que los únicos controles que estarían operando de forma efectiva sobre dichas actuaciones serían los ejercidos de manera informal en cada entorno de trabajo por el grupo de pares. Los controles externos a cargo de las autoridades gubernamentales o los propios pacientes resultarían extremadamente frágiles y escasamente eficientes, desarrollándose en cambio un autocontrol profesional muy parcelado, proteccionista y autorreferencial [Freidson, 1977: 145-205].

La creciente hegemonía de la ciencia médica a la hora de delimitar los modos legítimos de afrontar la enfermedad, las prácticas médicas reguladas casi en exclusividad por el grupo de pares de forma proteccionista y autorreferencial, la

variabilidad de los procedimientos y las altas dosis de incertidumbre que acompañarían a la práctica médica llevan a Freidson a concluir que «en el caso de la medicina, la jurisdicción sobre la definición y el manejo de los problemas sociales e individuales sobrepasa ampliamente los límites del conocimiento y destreza confiables» [ibíd.: 9]. La autoridad de los médicos en tanto que expertos y detentadores de los *saberes legítimos* sobre la salud habría conducido a ampliar sus competencias más allá de sus consultas, extendiéndose a la organización del trabajo del resto de profesionales sanitarios y a la orientación de las políticas públicas. Para Freidson, esto entrañaría un riesgo para la democracia que reclamaría ser contrarrestado, pues la autonomía profesional de los médicos norteamericanos operaría de una forma demasiado acrítica y autorreferencial<sup>18</sup>. Esto les llevaría a desatender las aportaciones de otras profesiones sanitarias y a desdeñar la validez de los puntos de vista profanos sobre la salud y la enfermedad. Los médicos habrían pasado así de ser especialistas en un conjunto limitado tareas a adquirir la condición de expertos sobre un extenso espacio social. De esta forma, la medicina habría monopolizado un *ámbito de saber y poder* que no se explicaría tanto por la irrefutabilidad de sus conocimientos, sino más bien por su capacidad para controlar de forma autónoma y excluyente sus conocimientos y sus actividades [ibíd.: 331-373].

En este contexto, la enfermería norteamericana de comienzos de la década de 1970 se enfrentaría a una situación paradójica: habría alcanzado una posición destacada en la división del trabajo sanitario ligando su profesionalización al desempeño de funciones auxiliares de la medicina, pero sería precisamente esta dependencia funcional con respecto a la práctica médica lo que estaría limitando sus posibilidades de promoción colectiva<sup>19</sup>. Según Freidson, la *autonomía funcional* a la hora de realizar tareas ajenas a

---

<sup>18</sup> «Éste es el efecto decisivo de la autonomía profesional: permitiendo y estimulando el desarrollo de instituciones autosuficientes, desarrolla y mantiene en la profesión una percepción autoengañososa de la objetividad y fiabilidad de su conocimiento y de las virtudes de sus miembros. Además, la estimula a verse a sí misma como la única poseedora de conocimiento y virtud, a ser un tanto incrédula sobre la capacidad técnica y moral de otras ocupaciones y a ser, en el mejor de los casos, protectora de su clientela, y en el peor, desdeñosa. [...] La autonomía creó su perspectiva estrecha y una visión distorsionada de sí misma y de su trabajo y su convicción de que es la mejor respuesta a las necesidades de la humanidad. Es hora de que su autonomía sea moderada» [ibíd.: 363].

<sup>19</sup> «Una ocupación agresiva como es la de las enfermeras puede tener sus propias escuelas de enseñanza, puede controlar las muchas instancias de las juntas que otorgan la licenciatura y puede tener su propio “servicio” dentro del hospital, teniendo así la apariencia de autonomía departamental, formal y apoyo estatal; pero el trabajo realizado por sus miembros permanece dependiente de las órdenes de otra ocupación. Legalmente, y de cualquier otro modo, el derecho del médico para diagnosticar, operar y prescribir es el centro alrededor del cual gira el trabajo de otras ocupaciones; y en esta constelación de trabajo, la autoridad y la responsabilidad del médico son fundamentales. Como lo demuestra el caso de las enfermeras, aquellas ocupaciones paramédicas que están jerarquizadas por su relación con el médico no pueden evitar ser subordinadas en la autoridad y la responsabilidad y, mientras su trabajo continúe

la supervisión médica o institucional resultaría clave para que las profesiones paramédicas conformasen su propia cartera de pacientes de forma independiente, mejorando así su posición en la jerarquía de las ocupaciones sanitarias. Algunas profesiones, como los psicólogos clínicos, habrían alcanzado niveles de autonomía funcional considerables, lo que estaría conduciendo a una reorganización conflictiva de la división del trabajo sanitario<sup>20</sup>. Esta situación habría colocado a la enfermería ante un dilema:

«En todos los aspectos vemos el trabajo de las enfermeras como una ocupación que aún no se ha definido completamente y se encuentra en una etapa de cambio. Sus raíces en el trabajo y en la autoridad del médico le condujeron a la cabecera del lecho del enfermero y a la división paramédica del trabajo, pero su alejamiento del cuidado de cabecera y su búsqueda de responsabilidad supervisora como un símbolo de profesionalismo, actualmente le llevan a alejarse del paciente. [...] Las enfermeras que están preocupadas por alcanzar un status completamente independiente tienden a desaprobar la formación de cuidados de cabecera propuesta por Nightingale, o lo que antiguamente se entendía por “enfermería”, y a ceder estas tareas a trabajadores menos cualificados, mientras ellas se especializan en tareas administrativas. La práctica de los cuidados de enfermos tradicionales depende esencialmente del juicio de una profesión superior y por eso no puede sentar las bases para la autonomía. [...] El curioso dilema de la enfermera es que ésta puede ser vista como renegando de las tareas que le son propias para cambiar su posición en la división paramédica del trabajo, posición que está cuidadosamente legitimada por su relación con la Medicina. Para evadir la subordinación a la autoridad médica, debe encontrar algún área de trabajo sobre la que pueda reivindicar y sostener la exclusividad, pero debe hacerlo en un ambiente en el que

---

siendo de índole médica, no pueden obtener autonomía profesional, independientemente de la inteligencia y agresividad de sus dirigentes» [ibíd.: 80]

<sup>20</sup> «Los conflictos más interesantes [...] se dan dentro de la división paramédica del trabajo, durante el desarrollo de nuevas ocupaciones capaces de obtener autonomía funcional. En los Estados Unidos, [...] donde los médicos, debido a su cantidad, no pueden realizar a bajo costo todas las funciones que tradicionalmente se les solicitaban, tal conflicto es común, y se centra alrededor de la cuestión de si se puede o no permitir a los no médicos ofrecer servicios sanitarios sin supervisión médica. El resultado ha sido en algunos casos de tan creciente éxito como el del psicólogo clínico, [que ha alcanzado] una virtual independencia en la práctica limitada sólo por la inhabilitación legal para la prescripción de medicamentos. [...] El surgimiento de nuevas técnicas y de nuevas ocupaciones que las ejercen impelidas por la importancia de la profesionalización parecen estar dando una nueva forma a la división paramédica del trabajo. Hace algunos años, esto podía ser visibilizado, poco más o menos, como una pirámide con un médico en la cúspide. En los Estados Unidos actuales, la pirámide parece estar convirtiéndose en una estructura cuyos estratos no están tan delimitados, en cuya cima hay una meseta en la que se combinan tanto médicos como otros nuevos profesionales autónomos, aunque también consultores, y cuya cooperación es indefinida» [ibíd.: 67].

la tarea central es la curación y está controlada por la Medicina. Éste es el problema de todas las paraprofesionales en la división del trabajo médico» [ibíd.: 78-79].

Al monopolizar la medicina los conocimientos y el control sobre las tareas de curación alrededor de las que girarían los servicios sanitarios, las enfermeras se encontrarían en una posición de dependencia funcional con respecto a la autoridad médica que impediría su autonomía y su plena profesionalización. Las tradicionales prácticas de cuidado de la enfermería (muchas de las cuales habría ido delegando en otras ocupaciones) también habrían sido concebidas y organizadas como un apéndice de las actividades de curación dirigidas por los médicos, por lo que, según Freidson, no suponían en ese momento un espacio posible para el desarrollo profesional autónomo de la enfermería. De hecho, Freidson observa que las enfermeras estadounidenses estarían orientando su desarrollo profesional hacia el ámbito de la administración sanitaria, para, desde allí, tratar de influir en la organización del trabajo sanitario y dotar de mayor autonomía funcional a la profesión enfermera. En el ámbito de la administración sanitaria ni los médicos ni ninguna otra profesión ejercerían un monopolio, lo que habría permitido a algunas enfermeras «escalar en la jerarquía y conseguir igualdad, si no superioridad, con aquellos [miembros de] la jerarquía médica» [ibíd.: 78].

Pese a que la administración sanitaria proporcionaría a la enfermería un área de profesionalización que no estaría bloqueada por el monopolio médico, en lo referente a sus prácticas asistenciales dicho monopolio habría conformado el conjunto de las prácticas enfermeras como un apéndice de las funciones médicas de curación. De esta forma, Freidson muestra cómo las labores enfermeras, tanto las ligadas al manejo de fármacos y tecnologías como las vinculadas a proporcionar confort y cuidados a los pacientes, se encontrarían organizadas y concebidas bajo el paraguas de la ciencia médica. Como hemos visto, según su teoría, la autonomía profesional en el ámbito sanitario habría de sustentarse en el control de un área de saber y actividad delimitado y separado del cuerpo principal de la medicina. Pese a las transformaciones que a comienzos de la década de 1970 estaban produciéndose en la división del trabajo sanitario, su diagnóstico es que en esos años «muy pocas, o tal vez ninguna de las actuales ocupaciones paramédicas tratan con tales áreas potencialmente autónomas» [ibíd.: 80-81].

### ***Las profesiones como sistema en los planteamientos de Abbott.***

Por su parte, la propuesta analítica de Abbott [1988] consiste en estudiar las profesiones atendiendo a la delimitación disputada de las áreas de actividad bajo la *jurisdicción* de cada una de ellas. Su análisis diacrónico de las transformaciones en varias actividades del sector servicios le permite constatar cómo las fronteras que fijan las funciones que corresponde desempeñar a cada profesión habrían sido objeto de confrontaciones interprofesionales permanentes a lo largo de la historia [ibíd.: 213-314]. Cuando se producen transformaciones en los procesos de trabajo o cuando alguna profesión adquiere la capacidad de llevar a cabo tareas que anteriormente no desempeñaba, estos cambios repercutirían también en otras profesiones afines. Abbott entiende que sería entonces posible hablar de un *sistema de las profesiones*, en el que el conjunto de actividades bajo la jurisdicción de una profesión sólo resultaría explicable atendiendo a las transformaciones en las profesiones con las que se relaciona. De esta forma, las disputas interprofesionales por delimitar las fronteras entre jurisdicciones serían un punto de observación privilegiado para explicar la evolución de cada una de las profesiones y del sistema en su conjunto<sup>21</sup>.

Según Abbott [ibíd.: 1-31], en los orígenes funcionalistas de la sociología de las profesiones se habría priorizado el estudio de unas culturas profesionales que habrían sido concebidas como intrínsecas a las propias profesiones. Consecuentemente, habría sido en dichas culturas profesionales donde se habría colocado la matriz explicativa de la realidad profesional. Las evoluciones posteriores de la especialidad, centradas en los procesos de profesionalización, habrían virado el foco de atención hacia las estrategias profesionales dirigidas a alcanzar o mantener el monopolio sobre un área de actividad. El propio Abbott se inscribiría en esta línea analítica al proponer esclarecer las transformaciones en las jurisdicciones profesionales atendiendo al sistema de las profesiones y a la influencia que ejercerían sobre dicho sistema actores contiguos al mismo, como el Estado o los clientes y usuarios de los servicios profesionales. Sin embargo, a su entender, la tradición de la sociología de las profesiones, dando prioridad al estudio de las relaciones disputadas entre distintas profesiones y entre éstas y sus entornos, habría descuidado en exceso el análisis de aquello que estaría en disputa, esto

---

<sup>21</sup> «Las profesiones [...] constituyen un sistema interdependiente. En este sistema, cada profesión tiene sus actividades bajo varias formas de jurisdicción. Algunas tienen un control total, otras un control subordinado a otro grupo. Las fronteras jurisdiccionales están en disputa permanente, tanto al nivel de las prácticas locales como el de los derechos nacionales. La historia de las disputas jurisdiccionales es la historia real, determinante de las profesiones» [Abbott, 1988: 2].

es, el trabajo profesional en sí mismo. Las tareas de los profesionales serían objeto de confrontación interprofesional precisamente porque no constituirían una realidad estable, sino que se vería transformada a lo largo del tiempo por la aparición de innovaciones tecnológicas, el desarrollo de nuevos conocimientos, la alteración de los procesos de trabajo, los cambios organizativos, etc. Sería por lo tanto indispensable, según Abbott, atender a la actividad productiva de los profesionales en sí misma y en su evolución para comprender el sustrato del que emergerían las disputas constitutivas del sistema de las profesiones.

El trabajo de los profesionales es explicado por Abbott [ibíd.: 31-58] a partir de tres conjuntos de tareas: el diagnóstico, la inferencia y el tratamiento. El diagnóstico estaría vinculado a los conocimientos abstractos de los profesionales. Éstos les permitirían ubicar cada una de las problemáticas concretas con las que han de enfrentarse día a día dentro de un conjunto formalizado de teorías y evidencias empíricas. Por su parte, el tratamiento correspondería a la aplicación práctica y situada de dichos conocimientos formalizados. El núcleo del trabajo profesional residiría en la inferencia, que supondría articular diagnósticos y tratamientos de manera resolutiva. Los diagnósticos y los tratamientos serían saberes contrastados y aplicaciones prácticas ejecutables a través de pautas normalizadas. Sin embargo, en la medida en que los profesionales habrían de enfrentarse a diagnósticos que tendrían varias posibles vías de resolución, inferir desde el diagnóstico qué tratamiento es el más adecuado supondría una actividad escasamente protocolizable y nunca exenta de riesgos. Así, por ejemplo, el mismo diagnóstico médico en torno a una enfermedad tendría varios tratamientos posibles, pero la decisión de cuál es el más adecuado para cada paciente supondría siempre una dosis de incertidumbre que el profesional habría de asumir. Según Abbott, los modos concretos y contingentes de resolución de los problemas de inferencia contribuirían a modificar las tareas de diagnóstico y los tratamientos, que en muchos casos estarían en manos de otros profesionales, quienes, por su parte, también podrían considerarse capacitados para proponer vías alternativas o complementarias para afrontar los problemas planteados. Esto generaría relaciones cooperativas y conflictivas en los propios procesos de trabajo. De esta forma, a través de las alteraciones en la ejecución de las tareas productivas, los saberes considerados como legítimos irían modificándose en el transcurso de su adaptación a situaciones de trabajo cambiantes, ante las que las aportaciones de las diferentes profesiones habrían de demostrar su eficacia en términos operativos. Esto actualizaría cada cierto tiempo tanto la forma de

implementar las tareas como los espacios de disputa jurisdiccional entre profesiones. Así, dado que «las profesiones crean su propio trabajo, siendo a su vez creadas por su trabajo» [ibíd.: 316], la propuesta analítica de Abbott coloca el estudio de las formas de ejecución de los procesos productivos como un elemento indispensable (a su entender escasamente abordado por la tradición de la sociología de las profesiones) para comprender las transformaciones en el ecosistema profesional.

Las disputas interprofesionales se dirimirían desde diferentes planos de la realidad social: las regulaciones estatales, las confrontaciones locales, las controversias en el seno de cada organización, los enfrentamientos entre asociaciones profesionales, etc. Ante las actividades productivas en disputa, cada profesión trataría de reducir la forma de desempeño laboral de su rival a una versión incompleta de su propuesta alternativa. Estas tentativas de alcanzar el control legítimo sobre las actividades disputadas no se resolverían exclusivamente a nivel interprofesional, pues estarían también sometidas al arbitrio exterior de otros actores que Abbott conceptualiza como el *auditorio* de las reivindicaciones profesionales: el Estado, los consumidores y usuarios, otras profesiones intervinientes en el mismo sector de trabajo, etc. De esta forma, Abbott subraya cómo la legitimidad profesional tendría sus raíces en espacios que quedan fuera del propio sistema de las profesiones, como el poder estatal o los referentes culturales cambiantes de los consumidores y usuarios de los servicios profesionales. Si bien en los primeros trabajos de Abbott estos espacios son formalizados como auditorios externos que operarían de forma reactiva a las alteraciones en el sistema de las profesiones, posteriormente el papel que Abbott les concede en tanto que agentes conformadores de la realidad profesional resulta más activo. Así, las realidades exteriores de índole política, demográfica, cultural, etc. con las que interactuaría el sistema de las profesiones estarían inmersas en sus propios ecosistemas particulares, que también se transformarían a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la evolución de las profesiones no dependería sólo de los cambios en su propio sistema, sino también de las alteraciones que se irían produciendo en otros subsistemas sociales, que serían los que ratificarían en última instancia la legitimidad de los profesionales. De esta forma, la propuesta analítica de Abbott supone estudiar la realidad profesional tomando en consideración la ligazón entre diferentes ecosistemas sociales que interactuarían entre sí, de tal forma que, por ejemplo, el alargamiento de la esperanza de vida y las nuevas demandas sanitarias que esto conllevaría, los cambios en el sistema político con la llegada al gobierno de un nuevo partido o las modificaciones en los hábitos de salud, consumo u ocio de las

poblaciones desencadenarían movimientos en sus propios ecosistemas que terminarían por repercutir en el sistema de las profesiones [Abbott, 2003]. Se trataría, por tanto, de estudiar la cadena de procesos a través de la cual las sociedades estructurarían y reconocerían el trabajo experto<sup>22</sup>. La comparativa de casos concretos revelaría que dichos procesos serían el resultado de múltiples contingencias en el interior de cada profesión, en las relaciones interprofesionales y en las conexiones que se darían entre éstas y su entorno. Esto produciría múltiples divisiones del trabajo experto y modelos profesionales muy heterogéneos que impedirían plantear evoluciones unívocas en términos de profesionalización de las ocupaciones emergentes o de desprofesionalización de las profesiones tradicionales, pues, según Abbott, la variedad de situaciones llevaría a concluir que «los procesos de “profesionalización” son en realidad una cuestión empírica» [Abbott, 1991: 356].

### ***Del revisionismo a las teorías de la desprofesionalización y la proletarización de las profesiones.***

En las revisiones críticas con las propuestas funcionalistas e interaccionistas que hemos abordado a través de los trabajos de Larson, Johnson, Freidson y Abbott, las profesiones son estudiadas en tanto que agentes económicos que se relacionan en ecosistemas ocupacionales competitivos. Entre la diversidad de los planteamientos, es posible reconocer un punto de observación compartido: el que concibe las profesiones como *espacios disputados de saber y poder*. Así, con las propuestas revisionistas el poder profesional ligado al monopolio de un conjunto de saberes habría pasado a ocupar el lugar de la *sutil pero vital diferencia* con la que viene operando la sociología de las profesiones, de forma significativa, desde la década de 1960. No obstante, bajo este mínimo común denominador se sugieren, como hemos visto, diagnósticos heterogéneos y propuestas analíticas plurales. De hecho, partiendo de los planteamientos expuestos

---

<sup>22</sup> «[En lo que] concierne a los “auditorios” –el Estado, el público, los lugares de trabajo-, los había considerado como auditorios simples, que sólo había analizado desde sus relaciones con el sistema de las profesiones. En realidad, lejos de ser estructuras unificadas, estos auditorios son ellos mismos estructuras en las que se producen interacciones complejas, dominadas por fuerzas intrínsecas a su propio ecosistema, similares a las que dominan en el mundo de las profesiones. De aquí se sigue que los acontecimientos que suceden en un universo profesional están mucho más “localizados” de lo que había imaginado. Ya que deben inscribirse en dos ecosistemas, el de la profesión y el del Estado o cualquier otro auditorio. Esto me ha llevado a pensar que debemos imaginar el mundo social en su totalidad como una forma de ecosistemas ligados. [...] Decir que las profesiones conforman un sistema representa ya un “golpe de estado”. Pero insistir en el hecho de que cualquier táctica jurisdiccional no puede depender solamente del objetivo de una profesión, sino también a los objetivos de un partido dentro del Estado o de cualquier otra estructura de las que conforman su público, constituye una revolución» [Abbott, 2003: 30].

cabe desarrollar algunas de las principales controversias y debates que han atravesado la sociología de las profesiones desde su etapa revisionista hasta nuestros días.

Hemos señalado cómo Larson presentaba las profesiones como el producto de un doble cierre social a nivel económico y cultural. Este último, según Freidson, era consecuencia de una forma de organización social y profesional del conocimiento que discrimina entre los saberes socialmente considerados como legítimos e ilegítimos. Así, si en la etapa fundacional de la sociología de las profesiones éstas eran formalizadas como el resultado de *acuerdos sociales* (a través del mercado implícito funcionalista y del orden negociado interaccionista), en la etapa revisionista las *sutiles pero vitales diferencias* de las profesiones van a pasar a depender de que éstas adquieran *legitimidad*. Una legitimidad que, a diferencia de los planteamientos funcionalistas, ya no es observada como la derivada de los beneficios sociales que proporcionarían los profesionales, sino que es entendida como el producto de un poder profesional que guardaría relación con su monopolio sobre la definición de los saberes lícitos en un área de actuaciones prácticas determinada. Este monopolio, a su vez, se explicaría por los vínculos existentes entre las profesiones y el Estado, el mercado y el sistema de clases.

Así, cuando Johnson analizaba las profesiones desde sus *sutiles pero vitales diferencias* con los asalariados ordinarios, señalaba que la posición estratégica de los profesionales en las dinámicas de reproducción de la fuerza de trabajo les permitía sustraerse de la explotación directa del capital. Este punto de observación ha conectado la sociología de las profesiones con las teorías de la estratificación social, desarrollándose un debate en torno a si las profesiones constituyen o no una clase social. Las respuestas afirmativas a dicha cuestión se mueven entre dos polos: quienes, al modo de Johnson, identifican una clase profesional-gerencial que, aún sin ser propietaria de medios de producción, resulta funcional al capital por su papel en la reproducción de la fuerza de trabajo, la cultura capitalista y las relaciones de clase [Ehrenreich y Ehrenreich, 1977]; y quienes, en las antípodas de los planteamientos anteriores y desde miradas que evocan la visión parsoniana de las profesiones (aquellas que eran concebidas como orientadas hacia el altruismo, el progreso de la ciencia y el servicio a la comunidad), aprecian en el capital intelectual de los profesionales la base para la constitución de una nueva clase universal que desafíe al modo capitalista de producción [Gouldner, 1982].

Veámos, sin embargo, que los revisionistas presentaban las profesiones como comunidades heterogéneas en las que se generaban dinámicas de estratificación inter e

intraprofesional. Las profesiones se habían insertado en organizaciones productivas burocratizadas que, al tiempo que creaban una élite profesional ligada a los poderes empresariales y estatales, provocaban que las *sutiles pero vitales diferencias* entre los profesionales de base y los asalariados ordinarios fueran diluyéndose. Esto ha dado pie a las denominadas *teorías del declive* [Finkel, 217-220] que, bien inspirándose en planteamientos neoweberianos, califican como *desprofesionalización* la progresiva pérdida del control de los profesionales sobre sus mercados de trabajo y de servicios [Haug, 1975; Rothman, 1984]; bien desde posturas neomarxistas, plantean la *proletarización* de unas profesiones que estarían siendo enajenadas de su capacidad de decisión sobre sus propios procesos de trabajo [Oppenheimer, 1973; Derber, 1982].

Tanto en las teorías de la desprofesionalización como en las de la proletarización, lo que aparece quebrado es la *tríada virtuosa* compuesta por el colectivo ocupacional, sus actividades productivas y los servicios prestados. Como vimos, en las tesis fundacionales de la sociología de las profesiones éstas eran concebidas como una forma especialmente armónica de articulación de esos tres elementos: si 1) era el propio colectivo profesional el que se organizaba a sí mismo y el que controlaba su desempeño laboral, desde ahí se desprendía que 2) la valoración del servicio por parte de los usuarios debería 3) repercutir en una correlativa valoración de los profesionales directamente encargados de su ejecución. Las teorías de la profesionalización de las nuevas profesiones habían surgido precisamente desde la constatación de que un número creciente de ocupaciones estaba participando en la configuración de su mercado de trabajo, su mercado de servicios y su proceso de trabajo. En la etapa revisionista, por el contrario, se constataba que buena parte de las bases profesionales estaban viendo *alienado* su control sobre alguno o varios de los elementos que componían la *tríada virtuosa*: existía una importante competencia interprofesional, las profesiones se segmentaban internamente, las tareas productivas se protocolizaban, los profesionales se insertaban en organizaciones donde su trabajo se gestionaba de forma jerarquizada y burocratizada, los usuarios tenían un papel creciente en la delimitación de los servicios que habían de ofertar los profesionales, las administraciones estatales eran determinantes en la conformación de las profesiones, etc. Así, al igual que en 1964 Wilensky se había interrogado acerca de si las tendencias observadas entonces apuntarían hacia una *profesionalización de todo el mundo*, sólo once años después se publicaba un artículo en el que Haug [1975] aportaba datos que avalaban preguntarse si, más bien, estaría produciéndose una *desprofesionalización de todo el mundo*. ¿Tanto

había cambiado la realidad profesional en tan sólo una década? ¿O es que las teorías de la profesionalización y las del declive compartían una misma concepción de las profesiones (la de sus *sutiles pero vitales diferencias*) que habría terminado por resultar escasamente operativa en términos analíticos?

Las preguntas de Wilensky y Haug resultaban pertinentes en una tradición como la de la sociología de las profesiones que, desde sus obras fundacionales, ha tenido en la polémica en torno a las *sutiles pero vitales diferencias* uno de sus interrogantes constitutivos. Suponían, por la misma razón, preguntas incómodas, pues las *sutiles pero vitales diferencias* parecían haber conformado el presupuesto necesario con el que había operado la disciplina, pero, pese a ello, se mostraban especialmente esquivas y difícilmente delimitables. Algo que, como vimos, ya habían planteado los interaccionistas de la etapa fundacional y que, desde posiciones neointeraccionistas, también enfatizaban Abbott y Freidson. Así, este último había observado que la enfermería norteamericana de 1970 estaba orientando su desarrollo profesional hacia el ámbito de la administración sanitaria, desde donde esperaba poder superar el tope que había encontrado en el área asistencial por su dependencia funcional con respecto a la práctica médica. Estas enfermeras dedicadas a tareas administrativas y de gestión, ¿seguirían siendo profesionales de la enfermería? ¿Cómo explicar que las trayectorias profesionales ascendentes de las enfermeras y otras muchas profesiones se hubieran orientado hacia al abandono de aquello que constituía la matriz del comportamiento profesional? ¿No parecían comportarse muchas élites profesionales, tal como se desprendía de las tesis de Johnson, como meros engranajes de un sistema que proletarizaba a las bases profesionales? ¿Estarían tan alienadas estas élites como para ponerse al servicio de organizaciones que perjudicaban la propia esencia profesional? Sin embargo, si como observaba Freidson, la aparición de élites administrativas y de gestión podía ser crucial para ahondar en el desarrollo de la profesión en su conjunto, ¿cómo habría de abordarse teóricamente esta aparentemente contradictoria estratificación interna de las profesiones?

Si desde el prisma de las *sutiles pero vitales diferencias* la cuestión de si existiría una tendencial profesionalización o desprofesionalización de las ocupaciones resultaba una pregunta legítima, la contrastada segmentación inter e intraprofesional y la variabilidad de formas adoptadas por dichos procesos de profesionalización y desprofesionalización parecían desaconsejar, como había indicado Abbott, mantener la

pretensión de operar desde una teoría unívoca de la evolución de las profesiones<sup>23</sup>. Así, si hasta la década de 1980 entre los planteamientos revisionistas es frecuente encontrar aproximaciones que se preguntan sobre el rumbo de las profesiones en su conjunto, desde entonces las miradas posrevisionistas parecen haber descartado dicha pretensión para decantarse por el estudio de los mecanismos situados y concretos que explicarían las orientaciones heterogéneas de las plurales dinámicas profesionales<sup>24</sup> [Dubar y Tripier, 1998: 136-137; Finkel, 1999: 207].

### **1.5. La profesión enfermera en las aproximaciones posrevisionistas.**

Las propuestas elaboradas en la etapa revisionista han contribuido al abandono *relativo* en la sociología de las profesiones del prisma de las *sutiles pero vitales diferencias*. En la línea de la tradición interaccionista, que empleaba la categoría *profesión* como un objeto convencional, desde la década de 1980 la generalizada utilización del concepto *profesionalismo* refleja la pretensión de dejar de «abordar las profesiones como si se tratara de un concepto genérico más que de un concepto que va cambiando con la historia» [Freidson, 2001: 31-32]. De este modo, a continuación veremos algunas de los planteamientos que se han elaborado sobre la profesión de enfermería en esta etapa posrevisionista para, más adelante, evaluar cómo estaría mostrándose en ellos ese carácter sociohistóricamente situado de las profesiones. Si hasta ahora hemos apoyado nuestra exposición mayormente en aportaciones de la sociología de las profesiones en lengua inglesa, para el relato de las contribuciones de la etapa posrevisionista recurriremos, fundamentalmente, a textos que toman como fuente principal de sus planteamientos la realidad francesa.

Hemos visto cómo, en las etapas fundacional y revisionista de la sociología de las profesiones, el proceso de profesionalización de la enfermería en Gran Bretaña y Estados Unidos había sido descrito como limitado por su subordinación a la profesión médica y por las relaciones de género que atravesaban la división sexual del trabajo

---

<sup>23</sup> «Las fuerzas generales de la burocratización, del cambio en el conocimiento y demás no son uniformes y tienen efectos altamente idiosincrásicos en las profesiones, efectos que son moldeados por fuerzas internas y sistémicas, así como por las elecciones de las profesiones» [Abbott, 1988: 316].

<sup>24</sup> Larson, cuyo trabajo publicado en 1977 que hemos comentado anteriormente ha sido reconocido como una de las aportaciones más consistentes a una teoría general de las profesiones [Dubar y Tripier, 129-134], también se sumaba en 1990 al cuestionamiento de ese tipo de miradas: «En la actualidad pienso que resulta menos productivo dedicarse a la elaboración de una teoría general de las profesiones que reflexionar sobre aspectos que la trascienden y abordar así el problema más amplio e importante de la construcción y las consecuencias sociales del conocimiento experto [...] bajo el signo de la especificidad histórica» [Larson, 1990: 202]

sanitario. Así, a mediados del siglo XIX Florence Nightingale había orientado el desarrollo de la enfermería británica hacia la superación del modelo de la compasión para adentrarse en dinámicas profesionalizantes desde la vocación. Para ser una buena enfermera ya no bastaría con ser una mujer bondadosa, sino que sería preciso someterse a un adiestramiento técnico y a una especialización en tareas sanitarias propias de su condición femenina (proporcionar bienestar a los enfermos, mantener su higiene, propiciar un entorno saludable, etc.), pero que, al ejecutarse de forma profesional, elevarían su nivel de eficiencia y sus aportaciones a la salud de los enfermos. Esto había prestigiado el papel de las enfermeras y había recompuesto la división sexual del trabajo sanitario, sin por ello discutir la subordinación de la feminizada enfermería a la masculina autoridad médica. Esta subordinación, incuestionable según Nightingale, era fruto de la dependencia funcional de las enfermeras con respecto a las actividades médicas, lo que para los funcionalistas explicaba el estatus semiprofesional de la enfermería. En la década de 1950 Hughes había considerado a la enfermería norteamericana como uno de los muchos oficios tradicionales que estaban convirtiéndose en profesiones. En su proceso de profesionalización se había ido desligando de algunas tareas vinculadas a la atención directa a los enfermos y había ido asumiendo actos de una mayor complejidad técnica. Los cambios en las tecnologías, la farmacología y los procesos terapéuticos estaban produciendo modificaciones en las tareas asumidas por cada una de las ocupaciones sanitarias, lo que modificaba intensamente las fronteras competenciales existentes entre ellas. Ante esta situación, Hughes aconsejaba a las enfermeras no orientar su profesión exclusivamente hacia el componente técnico de su trabajo, lo que podría hacerles perder su proximidad con los enfermos, que era lo que había permitido a la enfermería ocupar el crucial rol de articulación que venían cumpliendo en la división del trabajo sanitario. En la década de 1960 Stein había constatado que la enfermería seguía jugando dicho rol de articulación que, en su relación con los médicos, se manifestaba en forma de un juego en el que se teatralizaba la posición subordinada de las enfermeras. Dicha posición se sostenía, en parte, a través de coreografías de género que actualizaban cotidianamente la dominación de la masculinizada medicina sobre la feminizada enfermería. Por su parte, Freidson había observado cómo a comienzos de la década de 1970 la enfermería norteamericana se encontraba ante un dilema: habiendo obtenido su legitimidad en la división del trabajo sanitario desde su función auxiliar de la medicina, era esa misma dependencia funcional con respecto a la autoridad médica lo que estaba limitando sus posibilidades

de promoción colectiva. La práctica enfermera había sido construida como un apéndice de las actividades de curación dirigidas por los médicos, lo que imposibilitaba que desde el ámbito asistencial la enfermería construyera un espacio de desarrollo profesional autónomo. Ante esta barrera, algunas enfermeras estaban asumiendo labores de administración sanitaria, desde donde, aún a costa de distanciarse de la enfermería asistencial, habían logrado ascender en la jerarquía organizacional y estaban tratando de ahondar en la plena profesionalización del conjunto de la profesión.

### ***El imaginario necesario del cuidado.***

En la misma época en la que Freidson observaba que las enfermeras norteamericanas se encontraban ante un dilema, Chauvenet [1974] considera que sus colegas francesas se habrían enfrentado a una situación similar. Su también obstaculizado desarrollo profesional se habría confrontado con dos posibles opciones: profundizar en el componente técnico de su actividad o adquirir habilidades vinculadas al trabajo social, entrando así en competencia con los profesionales de dicha disciplina. El rumbo, sin embargo, acabó siendo diferente: si las tareas de la enfermería habían sido construidas como un apéndice de las labores de curación de la medicina y eso impedía la autonomía de la profesión, el desarrollo profesional pasaría por tratar de delimitar un área de trabajo separada del cuerpo principal de la ciencia médica y que pudiera ejercerse sin contacto rutinario ni dependencia con respecto a las actuaciones de los facultativos. Así, tomando como referente la concepción de la salud que en 1948 había propuesto la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), definiéndola como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» [OMS, 2006: 1], la enfermería habría emprendido una redefinición de su profesión en torno a un *rol propio* que estaría ligado a dar respuesta a las necesidades globales de la salud de las personas. Este rol propio habría de construirse no como dependiente, sino como complementario de las prácticas médicas centradas en la curación, de las que las enfermeras no tendrían por qué desligarse. El objetivo habría sido delimitar la labor enfermera como compuesta tanto por tareas delegadas en la división del trabajo médico como por tareas vinculadas al rol propio de la enfermería.

La construcción del rol propio de las enfermeras francesas de la década de 1970 se habría apoyado en lo que Acker [1991] denomina un *imaginario necesario*: lo determinante habría sido dotar simbólicamente a la profesión de un área de actuación

autónoma para, desde la relativa indeterminación de su contenido, propiciar espacios de desarrollo profesional no subordinados a la práctica médica. Así, si el trabajo sanitario se había organizado en torno a las labores de curación ligadas a la medicina, el rol propio de las enfermeras se construyó simbólicamente alrededor de los *cuidados de enfermería*. La especificidad del rol propio enfermero se habría asentado así en un referente de sentido ligado a actividades tradicionalmente adscritas a lo femenino que, al desarrollarse de forma profesionalmente independiente, habrían de superar la posición subordinada y poco valorada en la que habrían sido colocadas tradicionalmente. Los cuidados de enfermería se situarían así en disposición de demostrar, desde su autonomía y en el competitivo ecosistema de las profesiones sanitarias, su eficiencia y los resultados positivos de sus aportaciones a la salud.

Estos cuidados de enfermería, no obstante, conformarían un referente simbólico que sólo a través de las actuaciones emprendidas desde distintos espacios de la profesión habría ido llenándose de contenido concreto, lo que en ocasiones habría generado desconcierto entre las bases asistenciales, más proclives a pensar su profesión como algo claramente delimitado<sup>25</sup>. A este respecto, en el seno de la profesión se habría ido elaborando, de forma disputada, una concepción del trabajo ligada a *procesos de atención de enfermería* realizables de forma autónoma. Estos procesos, que habrían de ser protocolizables y evaluables en función de sus aportaciones a la salud de los pacientes, pasarían a constituir la base desde la que determinar la planificación del trabajo y organizar las jornadas laborales de las enfermeras y otro personal auxiliar. Se trataría de una forma de delimitar el rol propio que Melia [1984] califica como *pragmática* y que implicaría no sólo la identificación de las necesidades de los pacientes, sino también la asunción de la responsabilidad sobre la organización y dirección de las tareas de cuidado en el seno de equipos de trabajo pluriprofesionales. La concreción del contenido de lo que abarcarían los cuidados de enfermería colocaría así a la profesión ante la posibilidad de desarrollar estrategias de cierre de sus mercados de trabajo y de servicios que, siguiendo la terminología de Parkin [1979], supusieran la potestad de fijar la línea de las actividades de las que el personal subalterno o auxiliar de

---

<sup>25</sup> «Si se miran de cerca, se constata que las definiciones no están cerradas, contienen una dosis de indeterminación. Para poder ser traducidas en la práctica cotidiana necesitan un continuo trabajo de reflexión, de confrontación, de apropiación. Esta “confusión” se acepta mal entre las enfermeras, que tienen tendencia a pensar que el objeto de su trabajo está bien definido y que lo que es deficiente es su formalización, su objetivación» [Acker, 1991: 132].

la enfermería habría de quedar *excluido*, sin renunciar por ello a desarrollar tácticas de *usurpación* con respecto a tareas adscritas a la medicina.

Según Féroni [1992a], al trasladarse a los heterogéneos espacios de trabajo en los que la enfermería estaría ejecutando sus actividades, la emergente construcción de la profesionalización enfermera alrededor de procesos de atención ligados al rol propio habría encontrado resistencias entre segmentos de la profesión socializados en otra concepción, más técnica, de su actividad<sup>26</sup>. Se habrían producido igualmente tensiones cuando las nuevas formas de enfocar la enfermería trataban de adaptarse a determinados espacios laborales, en especial en el sector hospitalario, marcados por una creciente especialización de las tareas, una intensificación de los procesos laborales y la búsqueda de rápidas adaptabilidades a las cambiantes características de los puestos de trabajo<sup>27</sup>.

Se habrían generado así espacios de disputa intraprofesional a distintos niveles. Uno de los segmentos más activos de la enfermería francesa en la apuesta por las novedosas vías de profesionalización habría sido el de las enfermeras empleadas en el ámbito formativo. Éstas habrían intervenido en las confrontaciones desde dos frentes especialmente relevantes: el de la *socialización* de las nuevas generaciones de enfermeras y el del desarrollo de la naciente *ciencia enfermera*. Desde el espacio formativo no sólo se habría actuado dotando de conocimiento y habilidades a los estudiantes, sino también orientando su futuro laboral hacia una enfermería organizada en torno a la autonomía de su rol propio [Féroni, 1992b]. Así, se habría tratado de influir en los mecanismos de selección de los estudiantes, favoreciendo su reclutamiento a través del sistema educativo, en detrimento del acceso por la vía de la promoción profesional de otros agentes sanitarios, como las auxiliares de clínica. Se habría buscado de esta forma deconstruir la idea de una continuidad en las cualificaciones del personal sanitario. Si la enfermería trataba de ser una profesión autónoma, sus competencias debían ser construidas y validadas desligándolas de los saberes prácticos y las experiencias comunes al conjunto del personal paramédico. Como estrategia cualificante, que a su vez buscaría generar un cierre de su mercado laboral, las

---

<sup>26</sup> «El tránsito desde el discurso sobre la profesión ha de confrontarse con una práctica profesional en la que existen diferentes criterios [...] y choca con la resistencia de un segmento de la profesión que tiene una concepción básicamente técnica de su trabajo» [Féroni, 1992a: 403]

<sup>27</sup> «Los establecimientos hospitalarios entienden la formación fundamentalmente como la adquisición de la cualificación profesional rápidamente adaptable a las características técnicas de los puestos de trabajo. Esta exigencia se inscribe en un contexto marcado por la especialización de las tareas y por la intensificación de las actividades» [ibíd.]

competencias enfermeras habrían de ser estrictamente vinculadas con la formación adquirida y con los conocimientos específicos de la profesión<sup>28</sup>.

En este proceso de construcción de una profesión independiente habría resultado determinante la conformación de un área de saber autónomo, que habría de ser producido no desde las experiencias prácticas cotidianas, sino siguiendo los criterios habituales en la elaboración social del conocimiento científico<sup>29</sup>. De esta forma, la naciente ciencia enfermera habría apostado por la formación universitaria y habría creado espacios para el desarrollo de la investigación en cuidados de enfermería [Féroni, 1994b]. Desde ambos espacios, se habría ido conformando un conjunto formalizado de conocimientos heterogéneos desde los que elaborar un cuerpo teórico de saberes bajo la jurisdicción exclusiva de la profesión. Las publicaciones especializadas habrían sido utilizadas como un área de socialización intraprofesional en esa naciente ciencia enfermera. Esto se habría visto acompañado de actuaciones divulgativas de los cambios en la profesión, orientadas a dar a conocer al conjunto de la sociedad la idoneidad de los servicios de enfermería [Parrot, 1973]. Esto, a su vez, habría permitido a las enfermeras dotarse de legitimidad para tratar de intervenir en los procesos de reorganización de la división del trabajo sanitario.

La formalización de los saberes enfermeros habría ido traduciéndose en procesos de trabajo protocolizados. Estos procesos enfermeros protocolizados habrían sido utilizados por los servicios de administración y gestión tanto para delimitar sus esperables y exigibles tiempos de ejecución como para experimentar innovaciones en las formas de organizar y desempeñar las prestaciones asistenciales. Así, con la participación de las propias enfermeras y en articulación con redes internacionales de normalización del trabajo enfermero, los cuidados de enfermería habrían ido codificándose y adquiriendo su traducción al lenguaje de los costes económicos y los

---

<sup>28</sup> «El control de la socialización se traduce [...] en la consolidación de los procesos de selección, en los que las docentes tratan de reclutar nuevos miembros acordes con el ideal profesional. Los estudiantes provenientes de los itinerarios de la enseñanza general son así favorecidos en detrimento de los estudiantes de la enseñanza técnica y sobre todo de las auxiliares de clínica. Se busca poner en cuestión la idea de una continuidad entre la cualificación de los agentes subalternos en la división médica del trabajo, y las enfermeras docentes manifiestan su voluntad de un compromiso con un proceso de profesionalización» [Féroni, 1994b: 182-183].

<sup>29</sup> «El recurso al modelo científico debe proporcionar el marco para la producción de conocimientos enfermeros formalizados. El desarrollo de actividades de investigación corresponde a una estrategia de valorización de la profesión. Los dos aspectos principales de esta estrategia son la elaboración de un cuerpo autónomo de saberes teóricos y la inserción en instituciones de enseñanza superior. Las enfermeras pretenden fundar la legitimidad de sus prácticas en saberes científicamente validados. El modelo científico se presenta por oposición al modelo de la experiencia, como el marco ideal de adquisición o de producción de conocimientos enfermeros » [Féroni, 1992b: 731]

resultados en salud con el que se operaría desde los espacios de la gestión sanitaria. Desde ritmos desiguales y con avances y retrocesos, los procesos de atención de enfermería habrían conseguido ir introduciéndose de este modo en las áreas y los lenguajes desde los que se organizaría la división del trabajo sanitario. Paulatinamente, en los organigramas sanitarios de los centros de trabajo se habrían ido introduciendo y dotando de autonomía funcional a los servicios de enfermería. De esta forma, no sin confrontaciones dentro de la profesión y entre ésta y otros actores del espacio político de la salud, los cuidados de enfermería habrían ido conformando un producto asistencial legitimado que, como otros, habría ido propiciando, adecuándose y experimentando las formas de intensificación del trabajo y flexibilización de los procesos que operarían en el sector sanitario:

«La estructuración de los servicios de enfermería crea las condiciones de un control mayor de las actuaciones asistenciales y de un trabajo organizado en torno a su calidad, esa es la razón por la que es objeto de múltiples intervenciones. [...] Las estandarizaciones son definidas para asegurar la continuidad del servicio (protocolos de cuidados). Este objetivo se traduce en una intensa actividad de codificación de los procesos que obliga a un regreso reflexivo sobre la asistencia prestada. Para delimitar su identidad en el hospital, el servicio de enfermería elabora herramientas y modos comunes de gestión de la actividad (procesos de cuidados, informes de cuidados). [...] La evolución de la asistencia precisa, por otro lado, de la formalización acrecentada de los protocolos de intervención, la estandarización de las actividades rutinarias. La contracción de las estancias hospitalarias obliga a la definición de las prioridades asistenciales, la puesta en práctica cada vez más rápida de los procesos de cuidado, un trabajo de articulación reforzado entre los equipos para asegurar la continuidad de los cuidados. La eficacia de los sistemas de flexibilidad interna para cubrir las sustituciones reposa sobre la intercambiabilidad del personal y, por tanto, sobre una mayor homogeneidad de los procedimientos de trabajo en un espacio determinado. Una parte de la investigación enfermera en el ámbito de la organización ha asumido estas preocupaciones» [Féroni, 1992b: 733].

De este modo, el dilema que Freidson había observado en la enfermería norteamericana y que Chauvenet había confirmado en la Francia de comienzos de la década de 1970 habría evolucionado en los años siguientes hacia un desarrollo profesional sustentado en la construcción de un área de saber autónomo. La enfermería habría ido dotándose así de un rol propio bajo su jurisdicción que interaccionaría con

los procesos de reorganización productiva del sector sanitario, pero también con las alteraciones que acontecerían en la delimitación de su mercado de trabajo. La profesionalización de la enfermería se habría visto acompañada en muchos países de una histórica infradotación de este colectivo con respecto a las demandas del mercado laboral. Esta situación se explicaría por varias razones: el crecimiento experimentado por el sector sanitario; el control que la profesión habría ejercido sobre el número de estudiantes de enfermería con vistas a adquirir capacidad de negociación en etapas de fuerte demanda de enfermeras; la corta duración de la carrera profesional de un conjunto significativo de las enfermeras, inducida por sus duras condiciones de trabajo y por unas dinámicas familiares que habrían llevado a un elevado abandono de la profesión al contraer matrimonio, etc. [Duchaine, 1993; Jacobs, 1993]. En Francia, a finales de la década de 1980 esta situación habría provocado una escasez en el número de enfermeras disponibles. Ante esta coyuntura, los poderes públicos elaboraron una medida legislativa que reducía la formación requerida para el acceso a las escuelas de enfermería, lo que tuvo como respuesta una intensa protesta de la profesión, que se organizó alrededor de la Coordinadora de Enfermería.

### ***El estudio de Kergoat sobre la Coordinadora de Enfermería.***

La Coordinadora de Enfermería supuso una fuerte movilización de la profesión durante 1988 y 1989. En un estudio dirigido por Kergoat [1992a y 1997] con la colaboración Imbert, Le Doaré y Sénotier, dichas movilizaciones son interpretadas como una toma de conciencia colectiva por parte de las enfermeras de que su profesión habría sido tradicionalmente minusvalorada por su condición femenina y por su subordinación a la autoridad médica. Ambas cuestiones habrían supuesto una barrera, hasta entonces infranqueable, para el reconocimiento la profesionalización de la enfermería. Esa barrera habría constituido así un secular espacio de confrontación que, a través de sus movilizaciones, las enfermeras francesas de finales de la década de 1980 habrían estado dispuestas a desbloquear.

Según Kergoat, el reconocimiento de la profesionalización de una ocupación en términos de cualificación sería un *fenómeno sexuado*: mientras que las cualificaciones de los varones habrían sido socialmente construidas como propias de sus profesiones, las de las mujeres habrían sido conformadas como cualidades vinculadas a su condición

femenina y, por lo tanto, no habrían servido como criterio cualificante<sup>30</sup>. De esta forma, los mecanismos de evaluación de las cualificaciones habrían estado marcados por unas relaciones de género que habrían tendido a invisibilizar las competencias de las enfermeras<sup>31</sup>. Ante esta situación, la enfermería francesa habría desarrollado sus acciones reivindicativas a través de la movilización colectiva de su identidad profesional. La construcción del conflicto en torno a la identidad profesional habría tenido así la pretensión de lograr superar los filtros de género con los que tradicionalmente se habría codificado y desvalorizado su trabajo.

Kergoat ubica así el estudio de la enfermería en el marco de las *relaciones entre los géneros* y de las *relaciones salariales* en las que se dirimirían los conflictos entre el capital y el trabajo. En este marco, las distintas profesiones tratarían de influir en las formas de organización y valoración de sus actividades. Para alcanzar sus aspiraciones, las enfermeras se habrían visto obligadas a situar en el espacio público el conflicto que estarían viviendo en un sistema sanitario que no sólo estaría poniendo trabas a su desarrollo profesional, sino que también estaría aprovechando la contribución de sus cuidados, sin por ello reconocérselo salarial y simbólicamente<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> «En nuestros trabajos anteriores hemos mostrado, a propósito de las obreras, que la cualificación era una de las modalidades de la división del trabajo entre los sexos y entre las clases, que era un paso obligado para el que quiera reflexionar sobre las relaciones de género, es decir, las relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres y lo que está en juego: la división sexual del trabajo. [...] La cualificación masculina, individual y colectiva, está construida socialmente, las cualidades femeninas reenvían al individuo o al género (o más bien al género en cuanto encarnado en cada individuo), y son adquiridas por el aprendizaje vivido por error como individual dado que se hace en la esfera de lo privado. [...] Dado que no codificamos a partir de cualidades morales, no se pueden hacer retribuir. [...] La enunciación de las cualidades ha sido durante mucho tiempo un obstáculo para conceptualizar la profesión en términos de cualificación: en un caso, estamos en el dominio de la esencia, de la educación moral –todo esto siendo del orden de lo individual, no negociable, no mercantilizable-. Estamos de alguna manera fuera de la relación salarial. La cualificación es, por el contrario, la expresión de la relación capital/trabajo en un momento dado. Es la mediación necesaria, en el campo de la relación salarial, para llevar a cabo una negociación en términos de clasificación y de salarios. Y la cualificación reenvía al conjunto del colectivo» [Kergoat e Imbert, 1992: 56-61]

<sup>31</sup> «No hace mucho tiempo, las enfermeras eran, literalmente hablando, monjas y voluntarias. Estas actividades no se retribuían o se retribuían mal. Y además, ¿cómo retribuir la vocación, la devoción, el espíritu de sacrificio? ¿No se trata de cualidades inconmensurables a la idea de salario? El salario actualmente se supone que retribuye otra cosa: se les exige una movilidad profesional (ésta aparece como deseada, pero es indispensable para el buen funcionamiento del sistema), tanto como una formación continua, relacional o técnica. Eso es lo nuevo: nuevas cualidades son exigidas a la fuerza de trabajo. Pero estas cualidades nuevas siguen marcadas por estereotipos antiguos, por un lado, y por los derivados de las “cualidades femeninas” por el otro. Y esto de forma todavía más acusada cuando, para ser rentables, las nuevas formas de organización del trabajo hospitalario necesitan no solamente conocimientos sino el tiempo y la energía invertidas en el trabajo, correr frecuentemente riesgos, toda una serie de cosas que era fácil confundir en el espíritu de sacrificio y de devoción. La situación nueva es leída con filtros antiguos» [Kergoat, 1992b: 120-121].

<sup>32</sup> «Lo que las enfermeras demandaban a través del reconocimiento de la profesión era el reconocimiento de una cualificación no solamente técnica, sino también relacional» [Kergoat e Imbert, 1992: 63].

La actuación colectiva habría permitido entonces sacar a la luz la orientación que había desarrollado la enfermería en torno a su rol propio y las críticas que, desde dicha orientación, se habrían elaborado acerca de la excesiva industrialización de la atención sanitaria en detrimento de actuaciones preventivas y de cuidado<sup>33</sup>. Una vez que la profesión había constatado los beneficios para la salud de las poblaciones que supondrían sus cuidados, «las enfermeras han reivindicado que esta utilidad social sea reconocida material y simbólicamente» [Kergoat e Imbert, 1992: 62]. Para alcanzar dicho reconocimiento social habría sido necesario confrontar, bajo la forma de un conflicto colectivo, las aspiraciones de las enfermeras con la hegemónica cultura de la curación médica, pues ésta estaría eclipsando y limitando las potenciales aportaciones de la enfermería<sup>34</sup>. Una hegemonía de la cultura médica que se habría apoyado en la condición mayoritariamente femenina de las enfermeras, lo que contribuiría a que la valoración del cuidado por parte de los pacientes no repercutiera en una correlativa valoración de quienes están directamente a cargo de su ejecución.

De este modo, dado que los filtros de género que operarían en el sistema sanitario habrían desvalorizado las actividades propias del rol enfermero, por medio de las movilizaciones colectivas se estaría expresando la aspiración de las enfermeras de lograr un reconocimiento simbólico y monetario de la utilidad social de sus cuidados. Tanto las nuevas formas de organización del trabajo como los cuidados de enfermería reclamarían competencias acrecentadas de las enfermeras. A través de estas competencias se estaría dando cobertura a un importante volumen de necesidades sociales. Sin embargo, las rígidas formas de gestión del trabajo en el sector sanitario, los filtros sexuados que operarían a la hora de valorizar las actividades de cuidado y la hegemonía de la cultura médica de la curación estarían lastrando el desarrollo profesional de la enfermería. De ahí que las enfermeras hubieran organizado simbólicamente sus movilizaciones alrededor de su *identidad profesional*, denunciando

---

<sup>33</sup> «Estos objetivos traducen la oposición a una sociedad mercantil industrializada. Esta oposición no es nueva. Lo que es nuevo son las razones de esta oposición. La oposición a la sociedad industrializada supone poner en primer plano la necesidad de tener en cuenta la importancia social del cuidado y no solamente del tratamiento, la preocupación por “juntar los dos lados de la cadena” (dado que uno sin el otro pierde todo su sentido): el aspecto técnico y el aspecto relacional. Todas las enfermeras han dicho, gritando, que para cuidar es necesario también escuchar, tocar, hablar» [Kergoat, 1992b: 123-124].

<sup>34</sup> «[Se observa] su oposición al despilfarro que representa el encarnizamiento terapéutico, así como el interés manifestado por numerosas enfermeras por las medicinas suaves: se trata ciertamente de expresar así la voluntad de respetar la globalidad del enfermo y su posibilidad de autocontrolar de antemano su propia salud; pero se trata también y sobre todo de oponerse a la orientación política que representa la hegemonía de la medicina reparadora en detrimento de la medicina preventiva» [ibíd.: 123].

que los cuidados de enfermería, pese a su contribución a la salud de las personas, permanecerían limitados y ocultos.

El desarrollo profesional de las enfermeras sería así, desde la perspectiva analítica propuesta por Kergoat, un espacio disputado en el que las relaciones de género y las relaciones entre el capital y el trabajo operarían de forma solapada. Pese a que la Coordinadora de Enfermería consiguió, después de su prolongada lucha, la derogación de la norma que había supuesto el detonante de las movilizaciones, su actuación colectiva no habría logrado alcanzar el reconocimiento salarial y las transformaciones en el sistema sanitario que reclamaba. De esta forma, según Kergoat:

«Estamos todavía lejos de la idea de que hay que pagar de forma justa las nuevas cualidades demandadas a la fuerza de trabajo de las enfermeras. [...] Su voluntad de ser reconocidas y retribuidas por realizar una función social necesaria no ha sido, en cierta forma, jamás entendida» [Kergoat, 1992b.: 121]

## **1.6. La enfermería analizada desde los cuidados.**

El análisis de la Coordinadora de Enfermería elaborado por Kergoat y sus colaboradoras se sustenta, como hemos visto, en un dispositivo analítico alejado del prisma de las *sutiles pero vitales diferencias* entre profesiones y asalariados ordinarios. Así, los enfrentamientos acontecidos en Francia a finales de la década de 1980 eran explicados como el resultado de una actuación colectiva en la que las enfermeras habían movilizadado su identidad profesional con el objetivo de intervenir en un marco salarial atravesado por relaciones entre los géneros y por relaciones entre el capital y el trabajo. El diagnóstico presentado, no obstante, es similar a los que se habían obtenido en los periodos fundacional y revisionista de la sociología de las profesiones: el desarrollo profesional de la enfermería tampoco parecería consolidarse en la etapa posrevisionista. Según indicaba Kergoat, «*su voluntad de ser reconocidas y retribuidas por realizar una función social necesaria no ha sido, en cierta forma, jamás entendida*».

Los textos que hemos utilizado para ilustrar la etapa posrevisionista de la sociología de las profesiones mostraban unas transformaciones en la enfermería francesa que, con sus especificidades, comparten una evolución común con la acontecida a nivel internacional en las últimas cuatro décadas: ante el dilema enfermero del que hablaba Freidson a comienzos de 1970, las enfermeras han construido (de hecho a través de redes cada vez más globalizadas) un área de saber autónomo alrededor de los

*cuidados de enfermería* [Siles, 1999; Martínez Martín y Chamorro, 2011]. Al igual que las profesiones, los *cuidados* son un término polisémico, ambiguo y esquivo. Así, se ha señalado que bajo el vocablo *cuidado* se puede definir «un campo excesivamente amplio que parece cubrir cualquier tipo de relación humana, convirtiendo los cuidados en un cajón de sastre en el que todo cabe» [Pérez Orozco y López Gil, 2011: 20]. Hemos visto cómo Acker planteaba que, en el *espacio de la práctica social*, esta indeterminación del concepto *cuidados* fue utilizada estratégicamente por las enfermeras para construir un *imaginario necesario* desde el que definir un rol propio y, a partir ese referente simbólico, ir delimitando tareas bajo su específica jurisdicción y generando espacios propicios para su desarrollo profesional.

Por su parte, en el *espacio del análisis sociológico* la polisemia del significante *cuidados* ha dado pie a diversas definiciones y a plurales construcciones del cuidado como objeto de estudio, lo que ha permitido su uso en investigaciones que tratan dinámicas sociales heterogéneas [Letablier, 2007; Carrasco, Borderías y Torns, 2011; Thomas, 2011; Pérez Orozco, 2014]. El interés por el cuidado se ha asentado en las ciencias sociales en un contexto en el que cambios en el mercado de trabajo, en el papel del Estado, en las pautas demográficas y migratorias, en las formas familiares de convivencia y en las relaciones, roles e identidades de género están reconfigurando los protagonistas y los contenidos de los cuidados. La llamada *crisis de los cuidados* remite al ocaso de la división familiar e internacional del trabajo del periodo fordista y a una conflictiva reorganización social de las actividades atribuidas a cada género en los espacios familiar, estatal, mercantil y de la sociedad civil [Pérez Orozco, 2006; Tobío, Agulló, Gómez y Martín, 2010]. Según Carrasquer, la temática del cuidado, originaria de los debates en torno a las actividades domésticas, habría producido en el ámbito de la sociología «un cambio en el foco de interés, del trabajo a los cuidados, y la primacía del sujeto» [Carrasquer, 2013: 91]. De este modo, observando el cuidado en tanto que actividad subalterna y vinculada a las mujeres, la atención se estaría focalizando en la contribución de los cuidados al bienestar de las personas que los reciben y en las implicaciones que tiene que quien ejerce las labores de cuidado sea fundamentalmente un sujeto femenino.

### ***Las distintas tradiciones culturales de la medicina y el cuidado.***

En lo que respecta a los estudios sobre la enfermería, las miradas que acentúan la dimensión femenina del cuidado han permitido constatar el punto ciego en el que la

sociología clásica habría colocado a las mujeres. De este modo, si Weber identificaba en figuras como las del mago, el brujo o el hechicero el germen de los primeros profesionales, los estudios de corte histórico, tras rastrear los vínculos antropológicos de la enfermería con las curanderas y la brujería, han explicado cómo la legitimidad que terminaron adquiriendo las profesiones masculinas de la salud fue alcanzada a costa de un prolongado proceso de expropiación de los saberes ancestrales de las mujeres sanadoras, cuando no directamente del exterminio de éstas [Davies, 1980; Collière, 1982; Knibiehler, 1984; Ehrenreich y English, 1988; Gélis, 1988; Petitat, 1989]. Así, para comprender cómo la masculinizada medicina habría logrado apropiarse del ámbito de poder que supone el dominio sobre los saberes legítimos en torno a la salud y las enfermedades, resultaría necesario atender a unas históricas relaciones de confrontación entre los géneros y las clases sociales. Los curanderos, con el apoyo de las clases dominantes, habrían relegado los saberes propios de las mujeres sanadoras a una posición marginal, pernicioso, pecaminosa o fuera de la ley. Así, con la emergencia del capitalismo, en torno a la gestión de los procesos vitales se habría conformado una secular batalla. En ella se habrían librado disputas entre los géneros y entre las clases sociales que habrían terminado con la desposesión de los saberes propios de los colectivos subalternos, como las mujeres y los trabajadores<sup>35</sup>.

Por su parte, desde el punto de vista de la filosofía de la ciencia, Stengers [1999] explica cómo la dimensión científica de la medicina habría emergido a caballo entre los siglos XVIII y XIX vinculándose con prácticas sociales no directamente ligadas a las

---

<sup>35</sup> «La opresión de las trabajadoras sanitarias y el predominio de los profesionales masculinos no son resultado de un proceso “natural”, directamente ligado a la evolución de la ciencia médica, ni mucho menos producto de una incapacidad de las mujeres para llevar a cabo el trabajo de sanadoras. Al contrario, es la expresión de una *toma de poder* activa por parte de los profesionales varones. Y los hombres no triunfaron gracias a la ciencia: las batallas decisivas se libraron mucho antes de desarrollarse la moderna tecnología científica. En esa lucha se dirimían cosas muy importantes. Concretamente, el monopolio político y económico de la medicina, esto es, el control de su organización institucional, de la teoría y la práctica, de los beneficios y el prestigio que su ejercicio reporta. Y todavía es más importante lo que se dirime hoy en día, ahora que quien controla la medicina tiene el poder potencial de decidir quién ha de vivir y quién debe morir, quién será fértil y quién estéril, quién está “loca” y quién está cuerda. La represión de las sanadoras bajo el avance de la medicina institucional fue una lucha política; y lo fue en primer lugar porque forma parte de la historia más amplia de la lucha entre los sexos. En efecto, la posición social de las sanadoras ha sufrido los mismos altibajos que la posición social de las mujeres. Las sanadoras fueron atacadas por su condición de mujeres y ellas se defendieron luchando en nombre de la solidaridad con todas las mujeres. Y, en segundo lugar, la lucha también fue política por el hecho de formar parte de la lucha de clases. Las sanadoras eran las médicas del pueblo, su ciencia formaba parte de la subcultura popular. [...] Los profesionales varones, en cambio, siempre han estado al servicio de la clase dominante, tanto en el aspecto médico como político. Han contado con el apoyo de las universidades, las fundaciones filantrópicas y las leyes. Su victoria no es tanto producto de sus esfuerzos, sino sobre todo el resultado de la intervención directa de la clase dominante a la que servían» [Ehrenreich y English, 1988: 8-9].

tareas de curación. De hecho, en este periodo histórico se produjo la distinción entre el médico y el charlatán no en función de su mayor o menor habilidad para curar enfermedades, sino en base a su capacidad de explicar el proceso de curación<sup>36</sup>. Los saberes prácticos de la medicina no resultarían ya suficientes para afirmar la validez de los tratamientos, pues ésta habría de ser demostrada conforme a las dinámicas de producción de conocimiento racional y experimental. Así, la figura degradada del charlatán habría surgido no por su incapacidad para sanar, sino por reivindicar la legitimidad de sus procesos curativos sin aportar pruebas contrastables de cómo operarían dichos procesos. Por su parte, la legitimidad del médico se habría visto transformada precisamente por su abandono de la patogenia especulativa para centrarse en la dimensión científica de la práctica terapéutica que, apoyándose en la investigación fundamental y disociando entre enfermedad y enfermo, razonaría a partir de cálculos probabilísticos y colocaría en un segundo plano la historia psíquica y social del paciente. De este modo, la moderna medicina se habría institucionalizado como una forma de *gestionar* la consustancial incertidumbre que acompañaría a toda práctica sanitaria [Fox, 1988].

Esta forma de legitimación de las prácticas sanitarias habría estructurado el espacio de la salud en torno a la gestión de experiencias de curación que habrían de ser contrastables y explicables a través de lenguajes propios de ciencias auxiliares de la medicina como la fisiología, la biología, la estadística o la química. Según Collière [1982], esto habría supuesto una barrera para la profesionalización de la tradición cultural de las mujeres sanadoras, orientada hacia la *promoción de la vida* y el *acompañamiento de la incertidumbre* inherente a las enfermedades y otros procesos vitales como el nacimiento, el envejecimiento y la muerte. Un contraste que Feito [2000], cuando estudia la ética profesional de la enfermería moderna, observa que estaría reproduciéndose en la actualidad como consecuencia de las socializaciones diferenciales de varones y mujeres. Así, el cuidado estaría ligado al pensamiento concreto hacia el entorno inmediato en el que se socializaría a las mujeres, en

---

<sup>36</sup> «*La curación no prueba nada*. Propongo definir la medicina en sus términos modernos, por oposición a las terapias tradicionales o a la medicina medieval, no por una doctrina o unas prácticas, que están en mutación continua, sino por la conciencia de este hecho. Hay un correlato: el objetivo perseguido por la medicina (curar) no es suficiente para construir la diferencia entre la práctica racional y la práctica del charlatán. El imperativo de la racionalidad y la denuncia del charlatán son de esta forma realidades solidarias: el charlatán es de aquí en adelante definido como el que reivindica la curación sin pruebas» [Stengers, 1999: 121].

contraposición con el pensamiento especulativo sobre generalidades abstractas propio de la socialización masculina, por lo que:

«En este contexto no es extraño que se plantee la dicotomía cure/care en el ámbito sanitario. El modelo masculino, de justicia imparcial, corresponde a los médicos (cure); el modelo femenino, de atención y cuidado, corresponde a las enfermeras (care). La enfermería asume el contexto del cuidado como propio, recuperando una tradición, pero añadiéndole tintes feministas» [Feito, 2000: 157].

De esta forma, cuando se analiza la construcción de la medicina y la enfermería desde sus respectivas tradiciones culturales y orientaciones éticas, ambas actividades se nos presentan como especialmente confrontadas y, a su vez, estrechamente vinculadas a las relaciones de género desde las que se habría constituido y se sostendría la división del trabajo sanitario. De hecho, como hemos visto, la sociología de las profesiones también ha identificado en la subordinación de la enfermería a la autoridad masculina de la medicina una variable primordial desde la que explicar las recurrentes barreras que habrían encontrado las aspiraciones de desarrollo profesional de las enfermeras. No obstante, si confrontar las *actividades de curación de la masculinizada medicina* con los *cuidados de la feminizada enfermería* supone un punto de observación que, como hemos visto, cuenta con argumentos que justifican su pertinencia, dicho punto de observación también reclamaría, precisamente en relación a algunas de las aportaciones de la sociología de las profesiones, ciertas cautelas.

### ***La cuidados de enfermería más allá de una confrontación de culturas.***

Conforme a la tradición interaccionista de la sociología de las profesiones, Dembinski [2000] afirma que sólo a través de la observación minuciosa de las realidades que acontecen en los entornos de trabajo sería posible obtener explicaciones sustantivas sobre las cambiantes realidades de las profesiones sanitarias. Así, el lugar propicio desde el que analizar los cuidados de enfermería serían los procesos de trabajo efectivos de las enfermeras, y no presuntas pautas de actuación u orientaciones de su actividad que corresponderían a su cultura de los cuidados. Operar de esta última manera supondría reproducir el esquema funcionalista parsoniano, en el que se planteaba la existencia de un rol profesional que si la realidad empírica no ratificaba, daría pie a una argumentación en términos de desviación de dicho rol presupuesto. Una forma de estudiar las profesiones que, como vimos, desembocaba en tratar de explicar la realidad profesional en función de su mayor o menor cercanía a un modelo ideal típico,

lo que en última instancia resultaba poco operativo a la hora de comprender las profesiones realmente existentes. Por otro lado, ya indicamos anteriormente cómo, en el periodo fundacional de la sociología de las profesiones, el propio Hughes había propuesto como pauta metodológica presuponer una cierta semejanza en los comportamientos ante el trabajo del conjunto de las ocupaciones y cuestionar los discursos que subrayaban las singularidades de determinadas actividades<sup>37</sup>. Por su parte, más recientemente, desde la psicodinámica del trabajo se ha enfatizado que las enfermeras atribuyen sentidos heterogéneos y contradictorios al cuidado, por lo que también desde este punto de observación sería cuestionable considerar las experiencias de cuidado como algo unívoco<sup>38</sup>.

Estudiar los cuidados de enfermería tal como se desarrollan en el día a día de los servicios sanitarios sería, según Dembinski [1999], la vía necesaria para comprender los cuidados profesionalizados en tanto que *realidad sociohistóricamente conformada* y, por lo tanto, variable. Desde ahí, sería consecuentemente oportuno considerar que el paso del tiempo podría transformar la relación de los cuidados con otras actividades sanitarias, así como las relaciones entre los géneros y las relaciones entre el personal sanitario. Unas variaciones que podrían resultar difícilmente abordables desde un prisma que exclusivamente tuviera en cuenta oposiciones binarias entre una masculina cultura biomédica de la curación y una femenina cultura enfermera del cuidado. Así, por ejemplo, cuando finalizando el siglo XX Bourdieu estudia las dinámicas de reproducción de la dominación masculina, describe los servicios hospitalarios como:

«Compartimentos profesionales [...] que funcionan como cuasifamilias en las que el jefe de servicio, casi siempre un hombre, ejerce una autoridad paternalista, basada en la envoltura afectiva o la seducción, y, a la vez sobrecargado de trabajo y asumiendo todo lo que ocurre en la institución, ofrece una protección generalizada a un personal subalterno fundamentalmente femenino» [Bourdieu, 2003: 77].

---

<sup>37</sup> «Creo que es una buena norma asumir que cuando identificamos un rasgo del comportamiento ante el trabajo en una ocupación, incluso si éste es menor o extraño, dicho rasgo será también encontrado en otras ocupaciones. El hecho de que esto sea al principio negado por algunas personas de una ocupación, o que no haya sido observado en investigaciones previas, no debería ser una evidencia suficiente para decir que ese rasgo no se encuentre también allí. [...] Las diferencias acerca de lo que la gente hace en determinados asuntos son a menudo menores que las diferencias que se cuentan a sí mismos y a los demás» [Hughes, 1952: 425].

<sup>38</sup> «En la actividad de las enfermeras experimentadas, la compasión no existe jamás en estado puro. Entra en conflicto con las preocupaciones ligadas a los imperativos organizacionales, tener que hacer las cosas rápido, por ejemplo, con la sobrecarga de trabajo y la irritabilidad, con el miedo y la repulsión que no desaparecen jamás del todo, también con el deseo y la crueldad» [Molinier, 2000: 55-55].

Vimos cómo a finales de la década de 1960 Stein había identificado en las interacciones entre médicos y enfermeras una teatralización de la jerarquía existente entre unos y otras atravesada de coreografías de género que encajarían en lo afirmado por Bourdieu. Sin embargo, cuando en 1990 Stein evalúa hasta qué punto se habría mantenido lo que había denominado el *juego médico-enfermera*, su conclusión es que haría tiempo que las enfermeras habrían decidido dejar de jugarlo. El orgullo profesional en el que se vendría socializando a las enfermeras, su cada vez mayor autonomía funcional y su insubordinación a los mandatos tradicionales de género habrían conducido a un progresivo ocaso del juego. Ello no implicaría que las desigualdades de género o la posición aventajada de los médicos en la división del trabajo sanitario hubieran desaparecido, pero estarían adoptando nuevas formas y coreografías actualizadas, muy alejadas de las cuasifamilias descritas por Bourdieu [Stein, Watts y Howell, 1990]. Esta divergencia entre lo observado por Stein y Bourdieu, ¿tendría su explicación en que cada uno habría tomado como fuente para elaborar su diagnóstico una realidad empírica diferente? O, más bien, ¿podría ser que, precisamente por la pretensión de Bourdieu de observar las relaciones entre los géneros desde el unilateral prisma de la reproducción de la dominación masculina, su dispositivo de observación hubiera resultado cautivo de una representación estereotipada de las relaciones entre los géneros y de las relaciones entre médicos y enfermeras que, según afirmaba Stein, ya no se correspondería con la realidad? Sería esta última opción la que, atendiendo a las aportaciones de Dembinski [2001], resultaría más plausible. De hecho, a su entender, sólo teniendo en cuenta otras variables, más allá de la confrontación entre los géneros o entre las culturas biomédica y del cuidado, resultaría posible observar, precisamente, las transformaciones en las fronteras de la desigualdad entre géneros y entre profesiones.

Sería entonces pertinente atender, por ejemplo, a los procesos organizativos de racionalización del trabajo sanitario, acentuados desde la década de 1980, que habrían conducido a una protocolización creciente de las actividades del conjunto de las profesiones. Así, el trabajo de los profesionales de la salud estaría siendo ejecutado adecuándose a los dictados de la estandarización, la programación y la evaluación, propiciados por nuevas formas de gestión de las actividades sanitarias que tenderían a invalidar todo acto clínico que no hubiera probado su eficacia. De este modo, las actividades de médicos y enfermeras no serían explicables exclusivamente en términos de la dependencia funcional de las segundas con respecto a los primeros, pues ambos

habrían de amoldarse a dinámicas de gestión de sus tareas que escaparían a su control directo<sup>39</sup>.

Considerar el peso de la realidad organizacional en las dinámicas profesionales permitiría observar, igualmente, cómo por la vía de la participación femenina en los servicios de gestión y administración sanitaria, las fronteras de la desigualdad entre los géneros estarían siendo trastocadas. Pues, pese a que gran parte de los puestos de alta dirección sanitaria seguirían estando ocupados por varones:

«Lo que sorprende al observador que penetra en esas oficinas, es que las mujeres son mayoritarias y ocupan todos los puestos de dirección (dirección del establecimiento, de servicios de enfermería, de servicios generales, de comunicación con los servicios generales, de presupuesto de los servicios médicos, de recursos humanos, de trabajos de telecomunicación, de equipamiento médico, de equipamiento no médico y de señalización). [...] A pesar de que sea perentorio hablar de una cultura de dirección (en la medida en que la diversidad de las posiciones y las prácticas es grande), hay que reconocer que esta reorganización managerial de los establecimientos encaja con el espíritu de una gran parte de los cuadros de enfermería. Ahora formando parte de la dirección y siendo las portavoces del grupo de enfermeras, estas antiguas enfermeras (en su mayoría) ya no son más “las sirvientas del médico”» [ibíd.: 35].

Por su parte, la fenomenología de las tareas asistenciales revelaría que las cooperaciones y conflictos que acontecerían en el día a día de los servicios de salud estarían atravesados por jerarquías múltiples que no serían reducibles a un proceso que empezaría con el masculinizado diagnóstico médico y desencadenaría labores de ejecución del feminizado personal subalterno [Aïach, Cèbe, Cresson y Philippe: 2001]. En primer lugar, por la progresiva feminización de la profesión médica y por la alta presencia de varones en empleos descualificados del sector sanitario. Por otro lado, desde el punto de vista asistencial la enfermería habría asumido un amplio conjunto de

---

<sup>39</sup> «A menos de reducir el funcionamiento de un hospital a la jerarquía médica, hay que reconocer que un hospital es ante todo un conjunto de servicios que reagrupa una multitud de trabajadores de rango y de estatus social extremadamente diferentes pero interdependientes en la división del trabajo hospitalario. [...] En el hospital, la práctica del médico exige sobre todo la precisión en las manipulaciones cifradas, la lectura de informes de otros especialistas a partir de los cuales establece los diagnósticos y las prescripciones. En otros términos, es en todo igual de dependiente de las competencias de otros trabajadores como éstos lo son de las suyas. Por un lado, es un alto cuadro situado en “la empresa hospitalaria”, por el otro no es más que un trabajador altamente cualificado en la vigilancia de otros trabajadores hospitalarios. Como el resto, debe integrarse en una organización del trabajo que está pensada sin su participación, su práctica está sometida al dictado de la programación, de la estandarización de la evaluación» [Dembinski, 2001: 33-36].

tareas de cuidado que desarrollaría sin la supervisión del facultativo. Finalmente, en las interacciones del personal sanitario, variables como los años de experiencia en el servicio, los diferentes estatutos contractuales o el tipo de procesos asistenciales a implementar generarían jerarquías ambivalentes entre los profesionales. Así, por ejemplo, la alta presencia de médicos residentes en los hospitales les haría especialmente dependientes de la experiencia de las enfermeras con años de presencia en los servicios, quienes contarían con diferentes herramientas para tratar que médicos y residentes adecuasen sus actuaciones a las necesidades y los límites marcados por el personal de enfermería<sup>40</sup>.

Observar las profesiones sanitarias a través de sus procesos efectivos de trabajo permitiría, según Dembinski [1997], constatar cómo las fronteras móviles entre géneros y profesiones estarían viviendo procesos acelerados de recomposición, en gran medida inducidos por la normalización de los procedimientos, pero también porque los servicios y equipos de trabajo pluriprofesionales supondrían entidades con capacidad para trastocar los límites entre profesiones:

«De manera esquemática y abusiva, podemos decir que en ciertos servicios especializados, la enfermera es el médico, el auxiliar es la enfermera y el médico es un técnico entre otros que no controla más que los útiles bio-tecnológicos que utiliza. En los servicios punteros, el médico y la enfermera se confunden y este modo de ejercicio disuelve las funciones en el equipo técnico» [ibíd.: 8].

Desde el punto de vista de la ética del cuidado de la que hablaba Feito, estas transformaciones en las funciones de los servicios tecnológicamente punteros parecerían tener poco que ver con los cuidados de enfermería, al igual que las alteraciones inducidas por la penetración de enfermeras en labores de administración y dirección

---

<sup>40</sup> «La enfermera no está en una relación jerárquica con el médico o con el interno que ejerce las funciones médicas por delegación bajo la responsabilidad conjunta del facultativo, al que relewa, y de la enfermera, quien debe “en función de su experiencia, intervenir si la prescripción del interno hace correr algún riesgo al paciente”. Las enfermeras están curtidas en los cambios de internos, a los que reconocen el derecho a una cierta dosis de inexperiencia pero a los que también piden ser capaces de jugar el rol de médico delante de los pacientes. Para la enfermera, un buen interno (o médico) es sobre todo el que conoce sus límites, que sabe pedir consejo, que es capaz de formular explicaciones claras y peticiones precisas y realiza una parte de las tareas administrativas [...]. En otros términos, debe participar en el trabajo de la enfermera sin hacerlo más duro y para ver esto cumplido dispone de un arsenal de técnicas de tutelaje, de evaluación y de sanciones particularmente eficaces. En este marco, la división del trabajo hospitalario se acomoda mal a un acercamiento dual prescriptores/ejecutantes. Las diferencias de estatus, de experiencia, de implicación, de carga de trabajo, su prestigio desigual, sus diferentes grados de autoridad, etc., permiten comprender la variedad de formas de desarrollar el trabajo que podemos encontrar en el hospital» [ibíd.: 38-39].

sanitaria. A priori, las primeras estarían sucediendo en los servicios paradigmáticos de la medicina que se dedica a curar y olvida los cuidados, mientras que las segundas remitirían al mundo de la gestión y la burocracia. Sin embargo, como señalaba Acker, en el día a día sanitario el cuidado actuaría como un *imaginario necesario* en el que apoyar resignificaciones y reapropiaciones múltiples, desde las que se dirimirían disputas de diferente tipo en todos los niveles del espacio sanitario.

Concebir el cuidado no únicamente desde su orientación contrapuesta a la cultura biomédica de la curación, sino como un referente de sentido desde el que se dirimirían las relaciones simbólicas o económicas (o, mejor dicho, indisolublemente simbólicas y económicas) del mundo sanitario supondría considerar que lo que estaría en juego en torno a los cuidados no sería exclusivamente (y en muchas ocasiones, en absoluto), pongamos por caso, un conflicto entre la salud comunitaria frente a la anónima administración de fármacos, sino más bien (o, por lo general, *también y al mismo tiempo*) otras cuestiones: espacios de autonomía en el trabajo, vías de desarrollo profesional, apuestas por valorizar tratamientos más acordes con las divergentes formas de entender la salud de cada colectivo, confrontaciones entre jerarquías de género y entre profesiones, etc. De ahí que, según Dembinski [2000], también en los servicios tecnológicamente punteros o en la administración sanitaria las enfermeras se reapropien del cuidado, tanto por razones estratégicas como por razones identitarias; o que otros profesionales, incluso dentro de la medicina, traten de delimitar y resignificar el espacio del cuidado como dentro de sus competencias [Lebeer, 2000].

Observar el cuidado exclusivamente desde el prisma de su confrontación con la cultura biomédica (y no como *también* formando parte de las disputas constitutivas de las realidades profesionales y de las relaciones entre los géneros) hurtaría la posibilidad de atender a cómo la profesionalización de la enfermería se habría apoyado en una jerarquización de los cuidados: las tareas profesionalizantes corresponderían a las enfermeras; las ligadas al *trabajo sucio* serían asumidas por las auxiliares de enfermería [Arborio, 1995]. Como vimos, Melia calificaba como *pragmática* la estrategia de desarrollo profesional de las enfermeras en torno al *imaginario necesario* del cuidado. Junto con la identificación de las necesidades del paciente que habría de cubrir el *personal de enfermería*, las enfermeras habrían adquirido la responsabilidad de organizar el trabajo en equipos pluriprofesionales en los que se daría una segmentación principal: por un lado, *las enfermeras*; por el otro, el resto de categorías ocupacionales que compondrían el *personal auxiliar de enfermería*. De esta forma, también dentro del

universo cultural del cuidado profesionalizado se generarían los procesos de estratificación profesional sometidos a las dinámicas disputadas propias del sistema de las profesiones. Así, el segmento superior compuesto por las enfermeras procuraría excluir de su mercado de trabajo y sus servicios al personal subalterno, mientras que dicho personal subalterno trataría de usurpar a las enfermeras algunas de sus tareas profesionalizantes.

Las segmentación interna del personal de enfermería no es unívoca y las variaciones de un país a otro se han explicado por causas diversas: orientaciones de los servicios de salud, formas de organización del trabajo, procesos de integración o división de las tareas, dinámicas sindicales y corporativas, carencia o sobreabundancia de profesionales de unas u otras categorías, políticas públicas dirigidas a fomentar la empleabilidad en el sector de la salud de personas con escasa cualificación, etc. [Féroni y Kober, 1995; Pacolet, Hede bouw, Versieck y Bouten, 1995; Demarest, 1996; Hoedemakers, 1996; Versieck, 1996]. Procesos en los que, como en cualquier otro espacio social, también actuarían las relaciones entre los géneros. Así, por ejemplo, los auxiliares varones verían cómo su adscripción a ciertos puestos vendría mediada por su condición masculina, lo que les haría desempeñar prioritariamente tareas físicamente complejas que podrían resultar escasamente cualificantes<sup>41</sup>. Por su parte, Arborio [2001] considera que las auxiliares de enfermería se encontrarían en una posición de doble invisibilidad: por su condición femenina y por actuar en un ecosistema profesional en el que sus vías de promoción colectiva estarían bloqueadas, ya que su ocupación se habría conformado como la suma de las actividades que el resto de profesiones no querría asumir. De este modo, dentro del universo profesional del cuidado, que orbitaría en

---

<sup>41</sup> «Hay que recordar que hay hombres en los servicios de hospitalización (agentes de servicios internos, agentes de servicios hospitalarios, kinesiterapeutas, auxiliares de clínica, enfermeros, trabajadores temporales, etc.). Hombres que en su mayoría no ocupan puestos de responsabilidad sino que cumplen funciones presentadas como “convenientes particularmente para los hombres”. De hecho, un agente de servicios hospitalarios ve que generalmente se le proponen funciones de acogida, de archivista, de recadero, de camillero, mientras que una mujer puede legítimamente esperar un puesto en el que esté “cumpliendo la función de auxiliar de clínica” en una unidad de cuidados. Función más gratificante profesionalmente pero que sobre todo permite acceder más fácilmente a una formación cualificante. También, a diferencia de las mujeres para las que el encuadramiento es generalmente presentado como una elección, los sanitarios encontrados hablan a menudo de un encuadramiento “bajo coacción”. Colocados de oficio en la periferia de los servicios de cuidados, en un puesto de noche o de bloque operatorio, estiman haber invertido más tiempo que sus colegas para obtener un cambio. Y aunque las cosas parecen evolucionar, la mayor parte han comenzado sus carreras en servicios con una reputación de ser difíciles (véase malos) o en un puesto donde las constricciones son más importantes (físicas y técnicas). De igual forma, si las enfermeras aprecian la presencia de hombres en los equipos, es menos por sus competencias técnicas que por sus cualidades (fuerza física, rol moderador en los conflictos que se dan en y entre los equipos, refinamiento, ser del lugar)» [Dembinski, 2001: 37].

torno a la enfermería, las auxiliares tratarían de valorizar su ocupación apoyándose simbólicamente en sus competencias relacionales y en su mayor presencia temporal junto a los enfermos en comparación con la de las enfermeras y, desde ahí, intentar mover las fronteras de la exclusión profesional que estas últimas procurarían mantener [Arborio, 1996].

### ***Los cuidados como trabajo.***

Se ha afirmado que existe «un conflicto propiamente social entre las lógicas administrativas, tecnicistas o corporativas, por un lado, y la referencia prioritaria al enfermo, por otro» [Touraine, 1991: 37]. Atendiendo a las diferentes lógicas «*administrativas, tecnicistas y corporativas*» que, como hemos visto, contribuyen a conformar el cuidado profesionalizado, ¿cabría entonces plantear que existe un «*conflicto propiamente social*» entre la *profesionalización del cuidado* y «*la referencia prioritaria al enfermo*»? De ser así, se trataría de un conflicto similar al que, como hemos visto, encontraba la sociología de las profesiones al contrastar la realidad profesional con la definición que sobre ella había realizado Parsons: aquellas profesiones definidas unilateralmente por su neutralidad afectiva, su altruismo y su orientación de servicio, más allá de en la definición parsoniana, no parecían encontrarse en ningún sitio. Los cuidados profesionalizados y «*la referencia prioritaria al enfermo*», ¿serían observables (o incluso imaginables) en algún lugar sin estar *también* atravesados por «*lógicas administrativas, tecnicistas o corporativas*»?

Como vimos, según Freidson la capacidad para analizar las transformaciones en la realidad profesional y superar el prisma de las *sutiles pero vitales diferencias* pasaría por dejar de tratar «*las profesiones como un concepto genérico y abordarlas como un concepto que va cambiando con la historia*». También entre quienes teorizan sobre el patriarcado se ha argumentado que los cuidados son una realidad empírica y no una categoría teórica en sí misma, por lo que habrían de analizarse no en base a una lógica, una orientación ética o un modelo ideal típico, sino en relación a otras categorías teóricas [Walby, 1989]. Para abordar este propósito a través de un estudio sociológico sobre los cuidados profesionalizados de la enfermería española, ¿sería adecuada la contraposición elaborada por Touraine entre las «*lógicas administrativas, tecnicistas y corporativas*» frente a la «*referencia prioritaria al enfermo*»? ¿Qué aportaría y que dejaría de aportar el punto de observación que confronta de forma binaria *la masculina cultura biomédica de la curación* con *la femenina cultura enfermera del cuidado*? Si

contrastamos estas preguntas con la evolución acontecida en la sociología de las profesiones, probablemente deberíamos concluir que, a la hora de estudiar los cuidados profesionalizados de la enfermería, más que observarlos en función de su mayor o menor distancia con unas pretendidas lógicas, culturas u orientaciones éticas del cuidado, resultaría analíticamente más productivo asumir que la construcción social del cuidado profesionalizado de nuestros días pasa por procesos que serían al mismo tiempo «*administrativos, tecnicistas y corporativos*», sin dejar por ello de estar también (a su modo, desde el espacio social en el que operan y con sus respectivas culturas, lógicas y orientaciones éticas social e históricamente conformadas) *referidos al enfermo* (aunque sin que ello implique que *sólo* estén *referidos al enfermo*). Se trataría, por tanto, más que de *confrontar lógicas*, de *elaborar explicaciones lógicamente argumentadas* acerca de cómo las dinámicas heterogéneas que conviven en el espacio político de la salud y en las realidades profesionales producen y transforman los cuidados profesionalizados. Una tarea que, al menos si tenemos en cuenta lo evidenciado por la ambivalente realidad empírica, pasaría por «reconocer que no todo participa en la vida del hospital de la sacralización en la que algunos querrían enmarcar las prácticas de cuidados» [Dembinski, 2001: 36].

Según Torns [2008], en la actualidad la temática del cuidado habría logrado importantes cotas de notoriedad, mucho mayores que las que habrían obtenido los debates que en la década de 1980 se desarrollaron en torno al trabajo femenino. A partir de esos debates, las tareas domésticas empezaron a estudiarse desde la óptica del trabajo, lo que condujo a la elaboración de toda una serie de rupturas conceptuales en las ciencias sociales interesadas por el trabajo [Borderías, Carrasco y Alemany, 1994; Prieto, 1999; Laufer, Marry y Maruani, 2003]. Así, por ejemplo, estudiar las actividades domésticas en tanto que trabajo habría contribuido a ampliar la hasta entonces casi única acepción de trabajo manejada por la sociología, que lo convertía en sinónimo de empleo remunerado. Igualmente, los debates de la década de 1980 contribuyeron a deconstruir el concepto cuasi-universal y homogéneo *mujer* que, desde la perspectiva del trabajo, pasó a convertirse en el sujeto plural *mujeres*, constatándose su heterogeneidad y las desigualdades que existirían en su seno.

Por su parte, en los más recientes debates sobre el cuidado, «en términos generales, puede afirmarse que buena parte de las voces intervinientes en ese debate sobre el *care* parecen obviar cuando no ignorar el enfoque del *care* desde el ámbito del trabajo» [Torns, 2008: 64]. De hecho, según Torns, en las ciencias sociales sería poco

frecuente encontrar estudios que aunasen las relaciones entre la producción de bienestar y el trabajo. En cuanto al contraste entre las barreras que habrían encontrado las aportaciones surgidas de los debates de la década de 1980 y la notoriedad actual de los cuidados, las causas habría que buscarlas en que el estudio del cuidado habría sido encabezado por especialistas en bienestar sensibles a la perspectiva de género y no sólo por expertos en trabajo, aunque:

«Probablemente, la hipótesis que mejor explica el éxito del cuidado sea que el propio término y su aportación al bienestar son cuestiones más fáciles de asumir y reivindicar en positivo que las condiciones de precariedad y subordinación que acompañan al conjunto del trabajo femenino» [ibíd.: 65].

Por nuestra parte, como expondremos en el próximo capítulo, entendemos que las aportaciones de la sociología de las profesiones que hemos ilustrado alrededor de los trabajos de Dembinski avalan la propuesta de que, en lo que respecta a los cuidados profesionalizados de la enfermería, estudiarlos tomando como punto de observación los trabajos desde los que se despliegan supone dotarse de un instrumento analítico de gran utilidad para comprender las transformaciones que están aconteciendo en los protagonistas y los contenidos de los cuidados. Más aún cuando desde sociología de la profesión de enfermería, pese a la recurrente preocupación por sus cuidados, también en no pocos estudios se estaría *«ignorando el enfoque del care desde el ámbito del trabajo»* que comentaba Torns cuando evaluaba las aproximaciones de las ciencias sociales a los cuidados del espacio doméstico. De hecho, ya señalábamos antes cómo Abbott indicaba que en la tradición de la sociología de las profesiones se habría dado prioridad al estudio de las relaciones disputadas entre las distintas profesiones y entre éstas y sus entornos, descuidando en exceso aquello que estaría en disputa, es decir, el trabajo profesional en sí mismo. Por su parte, aludimos anteriormente a cómo Carrasquer describía lo planteado por Torns como un *«desplazamiento en el foco de interés, del trabajo a los cuidados y la primacía del sujeto»*. Una *«primacía del sujeto»* que también sería observable en, al menos, dos formas de estudiar la profesión de enfermería. En primer lugar, cuando se focalizan las explicaciones en la contraposición de la femenina cultura enfermera del cuidado frente a la masculina cultura médica de la curación. En segundo lugar, en la todavía presente concepción de las profesiones en tanto que comunidades culturales (tal como hacían los estudios de la etapa fundacional), más que como agentes económicos (sin que ello implique dejar de estar culturalmente

conformados) que, como tales, se relacionan en un entorno ocupacional competitivo (tal como habían propuesto los revisionistas).

Desde cierto punto de vista, el estudio de Kergoat, Imbert, Le Doaré y Senotier que comentamos anteriormente no encajaría en la visión unilateralmente culturalista de las profesiones propia de la etapa fundacional. De hecho, la Coordinadora de Enfermería era explicada como un conflicto colectivo en el que, movilizándolo y reconstruyendo su identidad profesional, las enfermeras habían tratado de intervenir en un marco salarial atravesado por relaciones entre las clases y relaciones entre los géneros. En ese marco disputado, las aspiraciones de las enfermeras eran explicadas de la siguiente forma:

«Obstinarse en conjugar trabajo y placer, no querer renunciar al compromiso con el trabajo, al mismo tiempo entrar en conflicto abierto acerca de este trabajo, luchar simultáneamente para que su trabajo sea remunerado convenientemente, para que sea cada vez más interesante y para que su función social sea reconocida y desarrollada, todo esto es subversivo: se quiere a la vez un trabajo con fuerte valor de cambio y un trabajo con fuerte valor de uso y se rechaza negociar un aspecto en detrimento del otro» [Kergoat, 1997: 92].

Este marco salarial disputado, sin embargo, ¿no resulta demasiado similar al esquema elaborado desde el funcionalismo, en el que el *fuerte valor de uso* de los saberes y las actividades de los profesionales les permitía cumplir una *función social* a la que correspondía un *fuerte valor de cambio*, sin más mediación entre esos tres elementos que la formalizada como un *acuerdo social* que adoptaba la forma de un *mercado implícito*? Esa realidad «subversiva» (tan propia del profesionalismo, por otro lado) de «*querer conjugar trabajo y placer, de querer un trabajo con un fuerte valor de cambio y un trabajo con un fuerte valor de uso*», ¿no correspondería a nueva versión de la armónica *tríada virtuosa* compuesta por el colectivo ocupacional, sus actividades productivas y los servicios prestados que, como hemos visto, ha recorrido la historia de la sociología de las profesiones y desde la que, bajo sus diferentes formas, se han ido erigiendo las sucesivas *sutiles pero vitales diferencias* entre profesionales y asalariados ordinarios? Una *tríada virtuosa* en la que cuando 1) es el propio grupo profesional el que se organiza a sí mismo y controla su desempeño laboral («*no querer renunciar al compromiso con el trabajo, al mismo tiempo que entrar en conflicto abierto acerca de este trabajo*»; «*luchar para que sea cada vez más interesante y para que su función*

*social sea reconocida y desarrollada*»), 2) la valoración del servicio por parte de los usuarios (*«un trabajo con un fuerte valor de uso»*) debería repercutir en 3) una correlativa valoración de los profesionales directamente encargados de su ejecución (*«un trabajo con un fuerte valor de cambio»*).

Como vimos, las teorías de la profesionalización de las profesiones emergentes habían surgido en el periodo fundacional precisamente desde la constatación de que un número creciente de ocupaciones estaba adquiriendo la capacidad ejercer cierto control sobre la configuración de su mercado de trabajo, su mercado de servicios y su proceso de trabajo, esto es, sobre los elementos constitutivos de la *tríada virtuosa*. En la etapa revisionista, por el contrario, se constataba que las profesiones estaban viendo *alienado* su control sobre alguno o varios de los elementos que componían dicha *tríada virtuosa*, produciéndose una desconexión en la correspondencia entre la función social que cumplirían los servicios de los profesionales y las recompensas simbólicas y retributivas que obtendrían los propios profesionales. Como vimos, también Kergoat planteaba que en el caso de la Coordinadora de Enfermería *«su voluntad de ser reconocidas y retribuidas por realizar una función social necesaria no ha sido, en cierta forma, jamás entendida»*. Y en esa falta de correspondencia entre la *«función social necesaria»* desempeñada por las enfermeras y la forma en la que las enfermeras no estarían siendo *«remuneradas convenientemente con un fuerte valor de cambio»*, las relaciones entre los géneros jugaban un papel determinante:

«Su profesión es fundamentalmente femenina e igualmente, podríamos decir, la expresión más ridícula en el mundo del trabajo de la perversidad de las relaciones hombres/mujeres, que desvalorizan totalmente en un plano concreto aquello que es altamente valorado en el imaginario social» [Le Doaré, 1992: 92].

Si, como planteaba Kergoat, *«estamos todavía lejos de la idea de que hay que pagar de forma justa las nuevas cualidades demandadas a la fuerza de trabajo de las enfermeras»*, ¿sería por tanto la *«perversidad de las relaciones hombres/mujeres, que desvalorizan totalmente en un plano concreto aquello que es altamente valorado en el imaginario social»* lo que estaría negando la justa correspondencia entre el trabajo desempeñado por las enfermeras, los beneficios sociales que éste generaría y la remuneración con la que las enfermeras estarían siendo recompensadas? La hipótesis de la *tríada virtuosa* desde la que los funcionalistas habían contribuido a institucionalizar la sociología de las profesiones, ¿no parecería seguir estando todavía vigente?

### 1.7. ¿Crisis de las profesiones sanitarias?, ¿desconcierto en la sociología que las estudia?

A mediados del siglo XIX, las propuestas encabezadas por Florence Nightingale para superar el modelo enfermero de la mujer compasiva por el de un desarrollo profesional vocacional fueron vividas como un escándalo en la Inglaterra victoriana. Un siglo después, Hughes veía en la enfermería norteamericana «una de las muchas artes que están convirtiéndose en profesiones» y observaba cómo «la frontera entre el médico y la enfermera nunca ha sido tan activa y móvil» como a mediados del siglo XX. En la década de 1970, Freidson consideraba a «las enfermeras como una ocupación que aún no se ha definido completamente y que se encuentra en una etapa de cambio», lo que la había enfrentado a un dilema: habiendo obtenido su legitimidad en la división del trabajo sanitario por desempeñar funciones auxiliares de la medicina, era precisamente esa dependencia funcional con respecto a la práctica médica lo que estaría limitando sus posibilidades de promoción colectiva. La forma de resolver ese dilema fue, según Acker, construir un espacio de saber y poder autónomo en torno al *imaginario necesario* del rol propio y los cuidados de enfermería. A finales de la década de 1980, la Coordinadora de Enfermería estudiada por Kergoat mantuvo activo un conflicto colectivo durante dos años en toda Francia, reivindicando el reconocimiento social de las enfermeras y sus cuidados y reclamando ser convenientemente retribuidas. Cuando en 1990 Stein evaluaba en qué medida se mantenía el *juego médico-enfermera* que había descrito en 1967 como una coreografía que teatralizaba la subordinación de la feminizada enfermería a la masculinizada medicina, constataba que las enfermeras hacía tiempo que habían decidido dejar de jugarlo. Ya a comienzos del siglo XXI, Dembinski planteaba que, de manera esquemática, podía decirse que en «*ciertos servicios especializados la enfermera es el médico, el auxiliar es la enfermera y el médico es un técnico entre otros que no controla más que los útiles bio-tecnológicos que utiliza*». Si tratáramos de responder a qué es la enfermería, para no errar probablemente habría que optar por señalar que la enfermería es una realidad que cambia.

En la historia de la profesión, los cambios han sido vividos con entusiasmo y con resistencias, dependiendo de los momentos y de los segmentos profesionales, pues los mismos procesos no han afectado siempre de forma homogénea a los diversos *mundos sociales* que existen dentro de la enfermería. No obstante, en el competitivo ecosistema de las profesiones sanitarias, la incertidumbre y el sentimiento de crisis han sido una

constante que ha acompañado a la enfermería en su evolución<sup>42</sup>. En la actualidad, las transformaciones que afectan a la enfermería corren en paralelo con las que acontecen en otras profesiones sanitarias como la medicina, que en el caso español estaría viviendo alteraciones que «modifican la naturaleza del trabajo médico y erosionan su autonomía profesional, en unos términos que trascienden las categorías enunciadas por la sociología de las profesiones “proletarización” y “desprofesionalización” en un contexto anterior» [Irigoyen, 2011: 277].

Ante estas alteraciones en las profesiones sanitarias, según algunos diagnósticos las herramientas con las que contaría la sociología para tratar de abordar la situación no parecerían pasar por su mejor momento. Así, para algunos «la sociología de las profesiones está en crisis como consecuencia del abismo creciente que separa la realidad profesional de su representación intelectual» [Urteaga, 2011: 111]. Para otros, en España la debilidad de la sociología de las profesiones sería aún más acusada que en otros países y «nunca hasta ahora ha sido más urgente tratar de ir construyendo una sociología de las profesiones en la geografía española» [Sáez, Sánchez y Sánchez, 2009: 15].

En este aparentemente desesperanzador contexto sociológico, a lo largo del capítulo hemos desarrollado una lectura de la historia de la sociología de las profesiones desde la que, sirviéndonos de los planteamientos que nos han precedido, dilucidar los parámetros desde los que delimitar el punto de observación desde el que analizar esa realidad cambiante que es la enfermería en general y la española en particular, tarea que afrontaremos en el siguiente capítulo. Así, hemos visto cómo la sociología de las profesiones ha operado desde unas tesis instituyentes que explicaban las profesiones en función de sus *sutiles pero vitales diferencias* con los asalariados ordinarios. Unas *sutiles pero vitales diferencias* especialmente esquivas, pero que parecían girar en torno a una *tríada virtuosa* en la que si 1) era el propio grupo el que se organizaba a sí mismo

---

<sup>42</sup> Acker ejemplifica así el persistente sentimiento de crisis de la profesión expresado por las enfermeras francesas y que sería extensible a otros países: «Las enfermeras en “crisis” [...]. Esta caracterización lejos de ser nueva es, de hecho, recurrente a lo largo de la historia de la profesión. He aquí algunas ilustraciones que se refieren a los últimos treinta años. En 1979 G. Charles comienza la introducción de su libro *L’Infirmière en France d’hier à aujourd’hui* con la cita de la frase de una colega enfermera de 1971: “Salvo que demos prueba de nuestra excelencia, la profesión de enfermería está llamada a desaparecer”. En 1984, en la introducción de *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française, 1880-1980*, Y. Kniebeler señala que las enfermeras se preguntan desde mediados de los años 1970 si iban a desaparecer. En 1993 F. Saillant, en la introducción de la obra de M. Baly *Florence Nightingale à travers ses écrits* constata que “la profesión de enfermería busca de muchas formas y maneras identificar el lugar específico que debe ocupar”. F. Saillant señala que lo mismo sucede con las enfermeras canadienses. El análisis parece ser compartido por la profesión en todos los países desarrollados» [Acker, 2003: 283].

y el que controlaba su desempeño laboral, consecuentemente 2) la valoración del servicio por parte de los usuarios debería 3) repercutir en una correlativa valoración de los profesionales directamente encargados de su ejecución. Esta *tríada virtuosa* había sido deducida por Parsons desde las pautas de orientación y el tipo de racionalidad que, según sus teorías, guiarían las actuaciones de los profesionales. Éstos ocupaban una posición social acomodada porque, actuando según su rol profesional, cumplirían una función social especialmente necesaria. Esta *tríada virtuosa* era explicada como un tipo de *acuerdo social* que era formalizado como un mercado implícito: si los profesionales se comportaban de acuerdo a su rol profesional, preservarían la autonomía y la posición social que se les había concedido. Por su parte, los interaccionistas señalaban que ese *acuerdo social* era el resultado de un *orden negociado* cotidianamente. De este modo, tanto los funcionalistas como los interaccionistas operaban considerando a las profesiones como *comunidades culturales* que, al modo de los grupos secundarios de las teorías de Durkheim, pautaban su funcionamiento a partir de relaciones cultural y moralmente vinculantes, tanto en el interior del grupo como entre éste y su entorno. En este período, un número creciente de ocupaciones parecía ir adquiriendo los rasgos esquivos de las *sutiles pero vitales diferencias*, por lo que la categoría en torno a la que giran los diagnósticos es la de *profesionalización*.

En la etapa revisionista, las profesiones pasan a ser consideradas no sólo *comunidades culturales*, sino también *agentes económicos* que se relacionan en un entorno ocupacional competitivo, pujando por obtener el cierre de sus mercados de trabajo y de servicios a través del monopolio de un área de saber. En este período, la formalización de las relaciones de las profesiones con su entorno ya no adopta la forma de *acuerdos sociales*, sino de relaciones de *poder* dependientes de la *legitimidad* alcanzada. Una *legitimidad* que se dirime en un ecosistema profesional en el que intervienen múltiples variables como las relaciones de los profesionales con el Estado, sus vínculos con el mercado, su posición en las jerarquías de género, su capacidad para el manejo de los saberes, etc. Si el poder pasa a conformarse en este periodo como la *sutil pero vital diferencia* de los profesionales, la *tríada virtuosa* empieza a resultar poco operativa. Los profesionales ven como las bases desde las que erigir su poder profesional les son *alienadas* por múltiples vías. Así, la competencia inter e intraprofesional, la creciente participación de los profesionales en firmas que organizan su trabajo de forma burocrática y jerarquizada, así como su creciente dependencia con respecto al Estado, el mercado o los consumidores generan la aparición de los

diagnósticos de la *proletarización* y la *desprofesionalización*. Si en el período fundacional los *acuerdos sociales* en torno a los profesionales parecían actuar de una forma *cultural y moralmente vinculante*, en la etapa revisionista, en la que desde sus *legitimidades* disputadas las profesiones puján por espacios de saber y poder, los conflictos se multiplican, apareciendo lo que, en la terminología de Durkheim, rubricaríamos como situaciones de *anomia*.

En la etapa posrevisionista, el prisma de las *sutiles pero vitales diferencias* pierde vigor. Ya no se trata de discernir qué diferencia a los profesionales de los asalariados ordinarios, sino de observar cómo opera el *profesionalismo* en un mercado de trabajo y de servicios sujeto a contingencias múltiples que parecen obligar a desistir de la pretensión de llevar a cabo explicaciones generalizantes. En los periodos anteriores, la profesionalización de la enfermería se había encontrado con dos barreras principales: su dependencia funcional con respecto a la práctica médica y las relaciones de dominación de género desde las que se sostendría la división sexual del trabajo sanitario. Ante el dilema que en la década de 1970 había confrontado a la enfermería con la vía bloqueada de su promoción profesional en el área asistencial, las enfermeras encontraron una fórmula de sortear los obstáculos que se le habían presentado: la construcción de un espacio de saber y poder autónomo alrededor del *imaginario necesario* de los cuidados de enfermería. Sería una vía que, no obstante, no habría estado exenta de dificultades: por un lado, una organización del trabajo que, a través de la protocolización de sus tareas y una gestión crecientemente burocratizada, *alienaría* algunos de los logros alcanzados por las enfermeras; por otro, los cuidados serían un espacio de desarrollo profesional siempre amenazado por la hegemónica cultura médica de la curación y por una realidad social que detrae valor a las tareas ligadas a lo femenino. Así, cuando la Coordinadora de Enfermería construyó un conflicto colectivo apoyándose en su identidad profesional, no consiguió alcanzar unas aspiraciones que orbitaban alrededor de la *tríada virtuosa*: la apuesta había consistido en lograr, a través de la conflicto, que el valor de uso de su fuerza de trabajo (pensado como directamente ligado a la función social de los servicios de enfermería) correlacionara de forma *justa* con su valor de cambio. Algo que las relaciones entre los géneros, traducidas en la hegemonía de la cultura biomédica frente a la cultura del cuidado, habrían impedido. De esta forma, las relaciones de dominación cultural entre los géneros contribuyeron a mantener los cuidados de enfermería en la situación de *explotación* de su fuerza de trabajo. Una situación de *explotación* explicada según el modelo de Durkheim: era la condición

femenina de las enfermeras la que les habría impedido negociar en términos de justicia social el verdadero valor de su fuera de trabajo, por lo que parte de éste seguiría siendo expoliado por la actuación solapada de las relaciones entre el capital y el trabajo y las relaciones entre los géneros.

El esquema elaborado es, como sin duda se habrá apreciado, abusivamente sencillo para hacer justicia a una historia de la sociología de las profesiones que es mucho más plural. En una exposición que pretendiera dar cuenta con precisión de dicha historia, no sería suficiente con dividirla y resumirla a través del siguiente, si cabe, aún más somero relato: en la etapa fundacional las relaciones sociales adoptarían la forma de *vínculos culturales* que darían pie a unos *grupos secundarios durkheimianos* a salvo de la *anomia social*. En la etapa revisionista, por su parte, nos situaríamos ante pugnas por alcanzar espacios de *legitimidad weberiana* confrontados con mecanismos que *alienarían* el *poder* profesional y generarían conflictivas situaciones de *anomia*. Finalmente, en el periodo posrevisionista encontraríamos relaciones de *explotación* entendidas al modo de Durkheim, esto es, inducidas por situaciones de injusticia social que impedirían la exacta distribución del salario que correspondería a cada participante en la producción social en función de sus aportaciones al producto o servicio final. No obstante, el abusivo esquematismo del relato precedente (lo que, por otro lado, no quita para que dé cuenta de unas líneas explicativas especialmente recurrentes en la sociología de las profesiones) tiene, sin embargo, el mérito operativo de dotarnos de un marco con el que delimitar el punto de observación desde el que vamos a aproximarnos a nuestro objeto de estudio, tarea a la que dedicaremos el próximo capítulo.

## 2. UN ESTUDIO SOBRE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA: DELIMITANDO EL PUNTO DE OBSERVACIÓN.

### 2.1. Situar la tríada virtuosa como referente desde el que estudiar las profesiones.

«Todo concepto arrastra un exceso de sentido –respecto a su significado teórico estricto– proveniente del campo lingüístico del que ha sido extraído. Este “lastre” o exceso incorporado a los conceptos es de carácter extra-teórico, es la marca de su construcción social» [Lizcano, 1998: 1].

Los vocablos *cuidados* y *profesión* son polisémicos, ambiguos y esquivos, por lo que cuentan con múltiples definiciones sociológicas y no existe un consenso sobre su construcción como objeto de estudio. Entre la pluralidad de aproximaciones, resulta común que la utilización de ambos términos por parte de las ciencias sociales venga mediada por las connotaciones positivas que contienen, lo que probablemente esté inducido por el, como señala Lizcano, «*exceso de sentido proveniente del campo lingüístico del que han sido extraídos*». Así, como indicaba Torns, la sociología tiende a conceptualizar el cuidado como una actividad feminizada que produce bienestar y cubre necesidades sociales, colocando en un segundo plano el análisis de los cuidados desde la perspectiva del trabajo y «*las condiciones de precariedad y subordinación que acompañan al conjunto del trabajo femenino*». Por su parte, pese a la constatada inconcreción de la especificidad de las profesiones en la sociología que las estudia, la consistencia del concepto *profesión* parece encontrarse precisamente en su distancia respecto a rasgos poco amables de otras categorías del sistema de las ocupaciones: el «*sentimiento de dependencia y opresión*» que Carr-Saunders y Wilson encontraban en los asalariados ordinarios, pero también la individualista persecución del beneficio propio o el ciego seguimiento de reglas anónimas con los que Parsons identificaba, respectivamente, a empresarios y burócratas. De hecho, en el marco de las obras de referencia en la sociología de las profesiones hasta el ladrón Chic Conwell, cuyo relato es utilizado por Sutherland [1988] para describir a los profesionales del robo, no sólo resulta simpático, sino que incluso parece acceder a «*la libertad, la dignidad y la responsabilidad*» que, según señalaban Carr-Saunders y Wilson, «*no les son dadas a todos los hombres*».

En el capítulo precedente hemos dado cuenta de algunas cautelas sugeridas por las sociologías de las profesiones y de los cuidados de cara a sortear los puntos ciegos

que se generan al observar los cuidados profesionalizados prioritariamente desde el ángulo de las connotaciones positivas que ambos conceptos contienen. Si ese «*exceso de sentido*» de los conceptos es, como indica Lizcano, de carácter extrateórico, lo que desarrollaremos en este capítulo es precisamente la delimitación teórica y metodológica de nuestro objeto de estudio, con la que hemos tratado de evitar que el mencionado «*exceso de sentido*» de los términos *cuidados* y *profesión* comprometiera nuestra investigación sobre la enfermería española y sus cuidados profesionalizados. Así, en las próximas páginas se va a defender que, en contraposición con el prisma de las *sutiles pero vitales diferencias* entre profesionales y asalariados ordinarios, analizar la enfermería española atendiendo al carácter *salarial* de la profesión enfermera supone dotarse de un instrumento analítico de gran utilidad para estudiar sus cuidados profesionalizados. Para acometer esta tarea y justificar la pertinencia del punto de observación escogido, a continuación iremos abordando aquellos planteamientos que han quedado abiertos en el capítulo anterior.

#### ***La persistencia de la tríada virtuosa como horizonte normativo socialmente deseable.***

En el relato que hemos elaborado en el capítulo precedente sobre la historia de la sociología de las profesiones, hemos identificado unas tesis fundacionales de origen funcionalista que, bajo diferentes formas, han conformado un hilo conductor rastreable en sus variadas ramificaciones y evoluciones posteriores. Dicho hilo conductor ha estado articulado sobre el presupuesto de la existencia de unas *sutiles pero vitales diferencias* entre las profesiones y el trabajo asalariado. Unas *sutiles pero vitales diferencias* estructuradas, por su parte, alrededor de lo que hemos conceptualizado como una *tríada virtuosa* adscrita a las profesiones en la que 1) cuando es el propio grupo el que se organiza a sí mismo y el que controla su desempeño laboral, consecuentemente 2) la más alta valoración del servicio por parte de los usuarios habría de repercutir en 3) una correlativa mayor cualificación social de los profesionales directamente encargados de su ejecución. Hemos señalado igualmente cómo con el revisionismo las profesiones dejaron de estudiarse prioritariamente como comunidades culturales que organizan su estructura y sus dinámicas internas para analizarse también en tanto que agentes económicos que actúan en un entorno ocupacional competitivo. El constructo *profesión* fue dejando entonces de operar desde la autonomía analítica que tenía en su etapa fundacional, lo que provocó la pérdida de centralidad de las teorías construidas desde las *sutiles pero vitales diferencias* entre profesionales y asalariados

ordinarios. Si en el período fundacional dichas *sutiles pero vitales diferencias* remitían bien a las características formales de la acción social constitutiva de la *cultura* y el *rol profesional* parsonianos, bien a un conjunto de *rasgos empíricos* (formación universitaria, autonomía en el desarrollo del trabajo, existencia de un código ético, monopolio sobre un área de actividad, etc.) que la escuela definidora trataba de delimitar, en los planteamientos revisionistas pasaron a orbitar alrededor del ambiguo y consecuentemente también polivalente concepto de *poder* de los profesionales. La inconcreción de la especificidad de la realidad profesional, la heterogeneidad entre las distintas profesiones y las segmentaciones internas en cada una de ellas permitió que sin solución de continuidad e incluso de forma solapada se sucedieran las tesis que parecían apuntar hacia la profesionalización del conjunto de las ocupaciones y las teorías del declive, que señalaban la desprofesionalización o la proletarización de las profesiones ya constituidas.

Ante esta ambivalencia, el posrevisionismo ha colocado en un segundo plano los interrogantes acerca de la realidad profesional en su conjunto, decantándose por estudios situados que, más que preguntarse por las *sutiles pero vitales diferencias* entre profesionales y asalariados ordinarios, abordan desde el relativismo y el historicismo las diferentes formas de *profesionalismo* existentes en un contexto salarial. De hecho, en la actualidad la sociología de las profesiones en España tiende a operar con la acepción de *profesión* que la asimila a *ocupación*, por lo que bajo el paraguas de la especialidad encontramos estudios de ocupaciones de muy distinto rango y de todos los sectores productivos [Sáez, Sánchez y Sánchez, 2009: 77-85]. Algo similar sucede en la francesa *sociologie des professions* [Dubar y Tripier, 1998; Piotet, 2002; Menger, 2003], mientras que la institucionalmente asentada *sociology of professions* anglosajona hace años que parece estar convirtiéndose en una *sociology of occupations and professions* [Pavalko, 1972; Klegon, 1978; Volti, 2008].

Planteábamos, sin embargo, que en la sociología de las profesiones el prisma de las *sutiles pero vitales diferencias* entre profesionales y asalariados ordinarios ha sufrido un abandono que puede calificarse de *relativo*, pues en no pocas ocasiones la *tríada virtuosa* termina por reintroducirse en los estudios sobre la realidad profesional no ya como un a priori analítico, sino como un *horizonte normativo socialmente deseable*. Una reintroducción que hemos ilustrado en el capítulo anterior a través del estudio encabezado por Kergoat sobre la Coordinadora de Enfermería, lo que nos ha servido

para plantear la existencia de cierta continuidad entre sus planteamientos y los de la sociología de las profesiones funcionalista.

Vimos entonces que, como consecuencia de una medida legislativa que buscando atajar la escasez de enfermeras en el mercado laboral francés de finales de la década de 1980 rebajaba la formación requerida para iniciar los estudios de enfermería, la Coordinadora de Enfermería mantuvo activo durante dos años un intenso conflicto colectivo. A través de la confrontación social sacó al espacio público no sólo su voluntad de frenar la medida, sino también su pretensión de profundizar en un desarrollo profesional en el que los cuidados enfermeros fueran monetaria y simbólicamente reconocidos. Para ello, apoyó sus argumentos en la *tríada virtuosa*, una forma particularmente armónica de vincular al colectivo profesional con sus actividades productivas y sus servicios. Así, según los argumentos de la Coordinadora de Enfermería, las enfermeras tendrían la capacidad y la voluntad de desarrollar unas tareas de cuidado que la organización del trabajo sanitario no estaría posibilitando, lo que lastraría el potencial de los servicios prestados por la profesión. Dotar de mayor relevancia en las instituciones sanitarias a los cuidados de enfermería tendría todo el sentido, pues con ellos se cubrirían necesidades sociales desatendidas. Unos cuidados que habrían de ser convenientemente remunerados, ya que cumplirían una importante función social que repercutiría en beneficios para la salud del conjunto de la población.

Como comentamos anteriormente, tomando como punto de partida los planteamientos esgrimidos por las enfermeras, Kergoat interpreta el conflicto como una disputa en torno a la evaluación de la cualificación de las enfermeras en un marco salarial atravesado por relaciones de clase y de género, en el que «la cualificación, desde el punto de vista de la relación capital/trabajo, induce en primer lugar luchas por el valor de cambio del trabajo, y desde el punto de vista de las relaciones de género, induce en primer lugar luchas por obtener el reconocimiento simbólico y salarial del valor de uso» [Kergoat e Imbert, 1992: 65]. De este modo, las barreras que habrían encontrado las enfermeras para desarrollar sus cuidados serían el producto de unas relaciones entre los géneros que, en el sector sanitario, se traducirían en la hegemonía de la masculina cultura biomédica. Por su parte, la escasa correspondencia entre la importancia de las funciones desempeñadas por las enfermeras y las recompensas salariales que obtendrían por ello se explicaría por unas relaciones de clase que, articuladas con las de género, desvalorizarían el empleo enfermero ligándolo más a la condición mayoritariamente femenina de la enfermeras que a su profesionalidad. De ahí que, en el momento de la

confrontación social, las enfermeras movilizaran su identidad profesional, denunciando que los cuidados enfermeros se encontrarían limitados e invisibilizados, lo que impediría una remuneración acorde con su contribución a la salud de las personas. La Coordinadora de Enfermería, sin embargo, quedó lejos de ver colmadas sus aspiraciones, tanto en lo relativo al valor de cambio de la fuerza de trabajo enfermera como en lo que respecta a su valor de uso. En palabras de Kergoat y Le Doaré a las que ya nos hemos referido, por un lado *«estamos todavía lejos de la idea de que hay que pagar de forma justa las nuevas cualidades demandadas a la fuerza de trabajo de las enfermeras»* y, por otro, *«su voluntad de ser reconocidas y retribuidas por realizar una función social necesaria no ha sido, en cierta forma, jamás entendida»*. Algo que supondría *«la expresión más ridícula en el mundo del trabajo de la perversidad de las relaciones hombres/mujeres, que desvalorizan totalmente en un plano concreto aquello que es altamente valorado en el imaginario social»*.

***La negación de la tríada virtuosa concebida como una forma patológica de la división del trabajo.***

El diagnóstico de *«la perversidad de las relaciones hombres/mujeres»* ligado a la distancia entre la valoración que se daría en el *«imaginario social»* y aquella otra que acontecería en el *«plano concreto»* sitúa el análisis de Kergoat en lo que Durkheim calificaba como *formas patológicas de la división del trabajo*. Para Durkheim, la apreciación exclusivamente mercantil del valor de los trabajadores era fuente de abusos y explotación. Sólo una apreciación alternativa, a través de intercambios consensuados por medio de las agrupaciones profesionales, permitiría superar la anomia y los conflictos generados por esa ausencia de normas moralmente vinculantes. En sociedades articuladas por la solidaridad orgánica, las agrupaciones profesionales eran así, según Durkheim, el espacio desde el que reconstruir normas cultural y moralmente aceptadas por los intervinientes en las relaciones entre el capital y el trabajo, lo que posibilitaría el justo intercambio de equivalentes entre lo aportado por los trabajadores y su contrapartida salarial. En el caso de Kergoat, la apreciación patológica del trabajo enfermero no vendría exclusivamente inducida por su carácter mercantil, pues a esto habría que añadir unas relaciones entre los géneros que atravesarían el conjunto de lo social y que también operarían en los dispositivos institucionales de apreciación del valor de los trabajadores y de los servicios sanitarios. Así, en las dinámicas desde las que se regularían el mercado de servicios y el mercado laboral operarían filtros de

género que negarían tanto el potencial de los cuidados de enfermería como la posibilidad de una justa evaluación del valor de la fuerza de trabajo femenina en general y enfermera en particular.

De este modo, pese a que la Coordinadora de Enfermería había surgido como una respuesta a un cambio legislativo que, modificando el tiempo de formación requerido para iniciar los estudios de enfermería, trataba de incidir en el mercado laboral de las enfermeras y éstas, en su oposición a la medida, enfatizaran la dimensión profesional de su ocupación, la reivindicación de un mayor espacio para los cuidados de enfermería y de una más ajustada correspondencia entre las funciones desempeñadas por la profesión y sus remuneraciones es leída por Kergoat como una puesta en cuestión de los fundamentos mismos de las relaciones entre los géneros en su articulación con las relaciones entre las clases<sup>43</sup>. Parecería entonces que ambas relaciones sociales operaran pervirtiendo una pretendida equivalencia equitativa entre las funciones de las enfermeras y sus salarios, y que lograr un salario sentido como justo por las enfermeras supusiera alterar el funcionamiento de unas las relaciones salariales que, consecuentemente, habrían de ser definidas como el mecanismo que niega la justicia del salario<sup>44</sup>. Dado que las relaciones de género enajenarían las posibilidades de desarrollar

---

<sup>43</sup> «La dimensión *profesional* (y no femenina) de la lucha, dimensión sobre la que todas han insistido, puede interpretarse de múltiples formas: lucha replegada fríamente alrededor de la categoría (la casi totalidad de los debates se han organizado alrededor de esta dimensión). Pero también: voluntad de negar las relaciones de género (es decir, las relaciones jerárquicas entre lo masculino y lo femenino). Esta voluntad reenvía, desde mi punto de vista, mucho menos a una “falta de conciencia” por parte de las enfermeras que, en cierta forma, a la puesta en práctica de una utopía revolucionaria hecha posible por las luchas feministas» [Kergoat, 1992c: 137].

<sup>44</sup> Obtenemos así una formalización de la realidad salarial que, primando su carácter actorial, desdibuja su dimensión estructural, esto es, el hecho de que las jugadas de los actores se desarrollan en un marco que excede los espacios y los tiempos en los que estos actores se relacionan directamente, al conectarlos a través del mercado con la totalidad social. Así, atendiendo a dicha dimensión estructural habría de considerar que, por el contrario: «No podemos admitir el postulado clásico, que quiere que el valor de la fuerza de trabajo varíe directamente con el grado de su uso, cualquiera que sea la manera en que apreciemos este uso, y después suponer en un segundo momento que es falsificado, o subordinado a algún otro mecanismo. Si esto fuera así, el mecanismo más amplio debería convertirse en el objeto mismo del análisis, no siendo el primero más que uno de sus elementos, de sus condiciones, de sus resultados o de sus apariencias. Suponer [...] que el capitalismo no es el modo de producción caracterizado por el salario, sino al contrario, la organización que falsifica la justicia del juego salarial, implica, entre otras simplificaciones, analizar la retribución del trabajo desde un punto de vista muy estrecho. Si esta retribución no fuera más que recompensa o incitación, podríamos suponer que varía con la relación de fuerzas local o nacional, porque no sería más que un simple efecto de una relación de fuerzas. Pero el salario es otra cosa: corresponde a la distinción fundamental de la producción entre sectores de bienes de consumo y de bienes de producción, representa el medio de mantener a la fuerza de trabajo y de reproducirla, varía con el grado de estatalización de la enseñanza y de otros servicios colectivos, etc., de tal manera que su evolución va aparejada a los cambios estructurales de todo orden, hasta a la transformación de las funciones mismas del trabajador. Es imposible, también para los empresarios y los dirigentes de una nación capitalista, modificarlo a su antojo sin provocar alteraciones más o menos importantes del capitalismo» [Rolle, Tripier y Vanhoutte, 1980: 30-31].

y valorar los cuidados de enfermería (recordemos: «*la cualificación, desde el punto de vista de las relaciones de género, induce en primer lugar luchas por obtener el reconocimiento simbólico y salarial del valor de uso*») y las relaciones de clase imposibilitarían su justa valoración en términos monetarios (pues, según Kergoat, «*la cualificación, desde el punto de vista de la relación capital/trabajo, induce en primer lugar luchas por el valor de cambio del trabajo*»), la apuesta de las enfermeras por profundizar en su desarrollo profesional y su aspiración de obtener un salario más acorde con lo que, a su entender, merecerían es interpretada como una ataque a la línea de flotación de los engranajes que estarían sosteniendo, a través de las relaciones salariales, las dominaciones de género y de clase. La Coordinadora de Enfermería habría establecido entonces una «relación conflictiva con el Estado [que] traduce la oposición de las enfermeras a una sociedad tecnocrática, rentabilizadora, de consumo. A través de esta oposición se muestra la voluntad de controlar las “grandes elecciones de la sociedad”» [Kergoat, 1992b: 122-123]. De esta forma, la lucha de las enfermeras por desarrollar sus cuidados, mejorar sus remuneraciones y evitar una reducción de su tiempo de formación aparentemente habría situado a las enfermeras como la vanguardia protagonista de profundas mutaciones en las relaciones salariales y en las relaciones entre los géneros:

«¿Ha llegado la hora de hablar de un paradigma “enfermera” que trazaría los lineamientos de un nuevo modelo de trabajo y de organización del trabajo? [...] ¿La enfermera coordinada será algún día una figura emblemática del movimiento obrero francés? [...] Las enfermeras, a través de su lucha, han trazado los contornos de una nueva figura salarial que replanteó tantos los mecanismos de la relación salarial como los de la relación entre los géneros, por la firme voluntad de lograr un trabajo con fuerte valor de cambio que fuera también un trabajo con fuerte valor de uso» [Kergoat, 1997: 87].

El esquema, no obstante, plantea algunos interrogantes: ¿un fuerte valor de uso para quién? ¿Para las propias enfermeras, quienes, a través del uso que se hace de sus capacidades productivas en las organizaciones en las que son empleadas, obtienen como contrapartida un salario que, por su parte, es usado por las enfermeras para adquirir los bienes y servicios elaborados por otros? ¿Para los empleadores de las enfermeras que, en virtud de su condición, tratarán de organizar las tareas de enfermería atendiendo a criterios que no necesariamente tienen por qué coincidir con los de las propias

enfermeras? ¿Para las personas que reciben atención sanitaria en instituciones en las que las actividades de las enfermeras son parte de un trabajo conjunto en el que coparticipan empleados de tan distinta índole como las propias enfermeras, médicos, auxiliares, personal de mantenimiento, recepcionistas, cocineros y gestores? ¿Sería por tanto delimitable el salario que habría de obtener cada uno de estos colectivos en función de lo que aportan sus trabajos individuales al servicio final que obtienen los usuarios? Más aún, ¿cabe hablar de un «fuerte valor de uso»? ¿Es más fuerte el valor de uso de una enfermera que trabaja en un quirófano que el del personal encargado de su limpieza y esterilización? ¿Se explicarían desde ahí sus diferencias salariales?

### ***La naturalización profesional de los análisis sociológicos en los discursos identitarios de las enfermeras.***

Las interpretaciones de Kergoat parecen no cuestionar la representación funcionalista de las profesiones, que parte implícitamente de que los profesionales, sus trabajos y sus servicios conforman una unidad, a la que nos hemos referido como la *tríada virtuosa*. Para sostener este punto de partida, en las explicaciones de Parsons las profesiones eran situadas al margen de las dinámicas propias del capitalismo concurrencial, ya que la sociedad les concedería la capacidad de delimitar autónomamente la manera de desempeñar sus actividades como contrapartida a su rol profesional (que les haría guiarse por una orientación de servicio altruista) y a la importante función social que estarían desempeñando. De ahí que el valor de los profesionales y el de sus servicios se fundieran en uno solo, ajeno a las dinámicas salariales que, en el caso de los asalariados ordinarios, delimitarían el valor de los trabajadores en relación a su posición en el mercado de trabajo y el de sus productos en base al estado del mercado de bienes y servicios. En el esquema parsoniano, además, los profesionales, al ser los detentadores de saberes funcionalmente imprescindibles, tenían la legitimidad para determinar por sí mismos los servicios a ofertar y la forma de desempeñarlos.

El análisis de Kergoat, por su parte, también parece tomar como punto de partida una socialmente deseable *tríada virtuosa* compuesta por las enfermeras, sus trabajos y sus servicios, de tal forma que la interpretación propuesta se dirige a identificar aquellas realidades que estarían impidiendo su coherencia. En lo que respecta a sus trabajos, las relaciones de género enajenarían a las enfermeras su capacidad para determinar qué servicios desempeñar y cómo llevarlos a cabo, impidiéndoles, por tanto, obtener una

remuneración acorde con sus expectativas y colmar su «*voluntad de controlar “las grandes elecciones de la sociedad”*». En lo referente al valor de cambio de la fuerza de trabajo enfermera, ésta se vería negado por las relaciones de clase, que impedirían la justa remuneración de las enfermeras en función de sus aportaciones a la salud de la población.

De este modo, al igual que en el modelo de profesión utilizado por Parsons, en la interpretación de Kergoat parecería que en el valor de la fuerza de trabajo enfermera poco o nada tuviera que ver el mercado laboral. Más aún cuando, también en los espacios desde los que dicho mercado se regularía institucionalmente, las relaciones de género actuarían imposibilitando la aspiración enfermera de hacer valer la importancia de la función social que estarían cumpliendo con sus tareas de cuidado. A este respecto, la *anomia* y el conflicto fruto de la dominación de género aparentemente serían irresolubles. Las enfermeras son presentadas así en una posición de pura subordinación ante unas relaciones de género y de clase que operarían negando la *tríada virtuosa* de la profesión. La conformación mercantil y genéricamente marcada de la enfermería supondría entonces un mecanismo definido por su oposición a una incuestionada *tríada virtuosa* que, por su parte, supondría que las enfermeras habrían de tener la legitimidad de establecer qué servicios ejecutar y la manera de implementarlos, lo que habría de repercutir en que el valor de su fuerza de trabajo correlacionase directamente con la función social que estarían cubriendo sus servicios. Consecuentemente, como hemos visto, las actuaciones de la Coordinadora de Enfermería, tratando de alterar a través de su lucha la capacidad de intervención de las enfermeras en esa *tríada virtuosa* negada, transitarían desde un punto de pura subordinación en las dinámicas de dominación de clase y de género hacia otro en el que la apuesta enfermera tomaría forma de amenaza para la reproducción de las bases mismas de dichas dinámicas de dominación.

Esta manera de dar cuenta de las relaciones de dominación que atraviesan la enfermería bien desde el polo de su absoluta subordinación, bien desde una exterioridad constitutiva de la profesión enfermera que contendría una potencial superación de dichas relaciones de dominación, lejos de ser específica de la sociología de la enfermería, ha sido utilizada a menudo en los análisis sociológicos sobre otros colectivos subalternos. Así, según Grignon y Passeron [1991], cuando la sociología trata de dar cuenta de la cultura popular, muchas de sus explicaciones oscilarían entre el miserabilismo y el populismo. El primero se daría cuando se interpreta la cultura popular en términos de *falta*, como si su contenido no estuviera determinado más que

por la posición ocupada por las clases populares en las relaciones de dominación cultural. El populismo, por su parte, supondría considerar que la cultura popular posee una *autonomía*, de tal forma que su valor no estaría sometido a las dinámicas de dominación de clase, en especial las de devaluación de los productos populares. Según Saunier [1993], una oscilación similar se daría a la hora de explicar la clase obrera por parte de lo que denomina el *obrerismo universitario*. Desde el extremo miserabilista, la historia de la clase obrera habría sido interpretada en contraposición a un mítico *obrero sublime* al que habrían ido sucediéndole figuras históricas cada vez más degradadas y básicamente definidas por los aspectos negativos de su condición: el *obrero máquina* del taylorismo, el *obrero masa* del fordismo y el *obrero masa multinacional* del postfordismo. La emergente figura del *precariado* [Standing, 2013] parecería estar ocupando en la actualidad ese lugar en la sociología del trabajo. Estas figuras, que desde la óptica miserabilista aparecen definidas como el resultado meramente negativo de la dominación ejercida por el capital sobre la clase obrera, desde el prisma populista se transformarían en agentes dotados de una racionalidad, una cultura o una potencia aparentemente ajenas a unas relaciones de dominación que, sin embargo, se consideran constitutivas de la condición obrera (aunque, desde este punto de observación, parecería que exclusivamente de los aspectos perniciosos de la misma). Estas figuras se erigirían entonces en las portadoras de formas sociales que preludiarían una sociedad postcapitalista: serían así los sujetos del cambio histórico que ya en el presente anuncian la forma que adoptarán las relaciones sociales futuras. Por su parte, De Singly [1995] considera que también en la sociología que estudia las relaciones entre los géneros serían observables interpretaciones similares. Algunas de sus explicaciones se moverían entonces entre dos polos: por un lado, el que considera que la realidad de las mujeres es el exclusivo resultado de las violencias de todo tipo que sobre ellas ejercen los varones; por otro, el que aprecia la existencia de una especificidad femenina que existiría al margen de las relaciones de dominación de género<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> Para De Singly, en los estudios de género la oscilación entre el miserabilismo y el populismo sería «incluso más acentuada en la medida en que los portadores de una cultura femenina ocupan posiciones más favorables en el campo científico –no sólo en Francia– que los partidarios de una cultura popular. De manera esquemática, podemos contraponer un Pierre Bourdieu a una Carol Gilligan. En *La dominación masculina* de Pierre Bourdieu, el razonamiento difiere bastante poco de aquel centrado en la dominación de clase. El autor analiza la situación de las mujeres exclusivamente como el resultado de la violencia simbólica ejercida por los varones en tanto que grupo (y en tanto que individuos miembros de este último). Los valores, eventualmente positivos, que las mujeres pueden reivindicar son una ilusión, la propia de la violencia simbólica que se lleva a cabo [...]. Es estrictamente imposible pretender salir de ella, liberarse de ella, a menos que se apueste por “una revolución simbólica que ponga en cuestión los fundamentos mismos de la producción y la reproducción del capital simbólico”, que está al servicio de

Si trasladáramos los calificativos precedentes a la jerga propia del método sociológico, lo que a través de ellos se está identificando son miradas que bien pondrían todo el peso de la explicación en el carácter estructuralmente conformado de la realidad social, bien incidirían exclusivamente en la dimensión actuarial de esa misma realidad social. En la forma de abordar la enfermería que hemos ilustrado a través del estudio de Kergoat, parecería que la profesión viniera definida exclusivamente desde su faceta actuarial, mientras que el contexto mercantil, salarial y patriarcal en el que se desenvuelve actuaría como un mecanismo de absoluta dominación y consecuente negación de la pretendida autodeterminación de las enfermeras.

### ***La naturalización profesional de los análisis sociológicos en los discursos identitarios de las enfermeras.***

Una de las razones que explica el peso que en la sociología de las profesiones ha tenido el estudio del sector sanitario es que los trabajadores allí empleados movilizan recurrentemente el referente de sentido que supone el profesionalismo para definirse a sí mismos y expresar sus reivindicaciones, frustraciones, acuerdos y conflictos. En primer lugar los médicos, quienes interpretan su posición (o su pretensión de mantenerse) en la cúspide de la división del trabajo sanitario no en términos de, por ejemplo, poder, privilegio o corporativismo, sino como consecuencia de sus, según su criterio, legítimos saberes y actitud profesional. Una posición que, aunque cada vez menos, les ha permitido no sólo desarrollar sus actividades con un alto grado de autonomía, sino también ostentar la capacidad de organizar el trabajo del resto de ocupaciones sanitarias como un apéndice de la práctica médica. Como hemos visto para el caso de la enfermería, cuando estas otras ocupaciones paramédicas han intentado intervenir en esa división y jerarquización del trabajo sanitario, se han apoyado en estrategias profesionalizantes desarrolladas a varios niveles: integrando sus estudios en la formación universitaria, construyendo un área de saber autónomo, publicitando ante la sociedad la importancia de sus tareas y la idoneidad de la orientación de los servicios de salud que dichas tareas representarían, etc. Unas estrategias que también se sostienen y se ven acompañadas por los discursos que estas ocupaciones elaboran sobre sí mismas,

---

los intereses del grupo de los varones. En *Une si grande différence* de Carol Gilligan, la especificidad de la identidad femenina no debe ser deducida de la existencia de la dominación, incluso si en la realidad los efectos de la dominación y los efectos de la especificidad se conjugan. [...] Populista feminista, Carol Gilligan lo es no sólo porque reconoce la existencia de una cultura femenina autónoma, sino también porque estima que la ética del cuidado es superior al sentido abstracto, masculino, de la justicia» [Singly, 1995: 115-116].

utilizando para ello el referente de sentido que supone su reivindicado estatus profesional.

Según Féroni [1994b], el observador exterior del mundo sanitario es especialmente dependiente de los relatos elaborados por los propios profesionales de la salud. Para el sociólogo, la realidad sanitaria se mostraría opaca no sólo porque la intimidad y la profilaxis en la que han de desarrollarse buena parte de las labores asistenciales impide su observación directa, sino también porque los lugares de decisión desde los que se conforman muchos de los aspectos del sistema sanitario no se encontrarían en la asistencia, sino en otros espacios organizacionales y políticos aún menos accesibles para el investigador externo. Ante esto, Féroni advierte que a la hora de tratar de entender la realidad enfermera a través de los discursos elaborados por la propia profesión, no convendría olvidar que dichos discursos no son sólo descriptivos, sino también reivindicativos, lo que si no se tiene en cuenta puede provocar que el análisis sociológico resulte cautivo de la representación de la actividad de cuidados construida por las propias enfermeras, teniendo así problemas a la hora de producir efectos de conocimiento autónomos. Más aún cuando esta representación de la actividad de cuidados, sin ser en absoluto homogénea entre las enfermeras, se expresa de forma hegemónica a través de discursos identitarios de algunos segmentos de la profesión que, por medio de dichos discursos, también están tratando de intervenir sobre las relaciones sociales que atraviesan el mundo de la enfermería.

La advertencia de Féroni no es sólo metodológica, esto es, no atañe exclusivamente a la cautela que se sugiere en los manuales de investigación sociológica ante la constatación de que los grupos sociales, cuando son investigados, por lo general narran aquello que les interesa manifestar y eluden hablar de lo que prefieren disimular. La advertencia remite también a que muchos de los discursos de las enfermeras resultarían peligrosamente sugerentes para los sociólogos precisamente porque utilizan el lenguaje y algunas de las teorías elaboradas por estos últimos: ¿qué mejor manera de corroborar que dichas teorías eran las acertadas, cuando es el propio colectivo investigado el que las ratifica con sus palabras? La enfermería, no obstante, habría recurrido básicamente a las explicaciones sociológicas que mejor coinciden con la imagen que la profesión quiere mostrar de sí misma, enfatizando aquellas realidades que, desde su posición, sus pretensiones y sus estrategias, considera que estarían suponiendo una barrera para alcanzar sus aspiraciones. Los discursos identitarios a través de los que se expresa públicamente la profesión enfermera acentuarían así aquellos rasgos

recurrentemente utilizados por la sociología de las profesiones para dar cuenta del carácter profesional de una ocupación: autonomía en desarrollo de la actividad, orientación de servicio, saberes independientes, relevancia de su función social, etc. De esta forma:

«La profesión enfermera se deja oír a través de discursos preconstruidos que son, de alguna manera, una naturalización profesional de los análisis sociológicos. Este problema [...] proviene del origen mismo de la sociología de las profesiones y de la cuasinaturalización científica que elaboró la sociología funcionalista de los términos que utilizan las profesiones liberales para legitimar los privilegios de los que disponen o a los que aspiran. Los análisis sociológicos que retoman las categorías identitarias enunciadas por la profesión, lo que supone una tentación todavía más seductora dado que esas categorías se adaptan a un repertorio sociológico existente y bien organizado, corren el riesgo de legitimar científicamente esas retóricas, pero también de ocultar lo que el discurso de los “aspirantes a profesionales” omite enunciar, que es la inscripción salarial de las enfermeras en las organizaciones sanitarias. El análisis identitario, centrado en las relaciones interprofesionales enfermeras-médicos, pasa completamente en silencio sobre la cuestión del estatus salarial de las enfermeras, las características de la organización hospitalaria en las que se inscribe su actividad o la incidencia de las políticas sanitarias sobre su situación» [Féroni, 2000: 34].

## **2.2. La *tríada virtuosa* versus la relación condicional y frágil de los profesionales con sus trabajos.**

Esta particular adecuación entre la representación sociológica de las profesiones y las aspiraciones de las enfermeras que hemos ilustrado a través del estudio de Kergoat se entiende en función del punto de observación escogido, que prioriza las explicaciones desde el polo de los actores implicados en las relaciones sociales que atraviesan la realidad profesional. Este punto de observación permite constatar, como planteaba Hughes, que la dinámica de interacciones que se reproduce en los grupos profesionales induce que éstos valoricen el desempeño laboral fijado por el propio colectivo. De este modo, que la enfermería encuentre barreras para desplegar sus actividades de cuidado, o que se tope con directrices por parte de los médicos y de las organizaciones que las emplean acerca de cómo deben desempeñar sus tareas, provoca en no pocas enfermeras un alejamiento de su, desde su punto de vista, legítima aspiración por definir el sentido de su trabajo y los resultados del mismo. Esta realidad es la que la sociología tiende a

rubricar bajo el concepto de *alienación*. En el caso de la sociología de las profesiones, el modelo que se toma como referencia para contraponer a esa realidad profesional alienada es la figura ideal típica del profesional unilateralmente determinado por su orientación de servicio, dotado de las siempre esquivas *sutiles pero vitales diferencias* con los asalariados ordinarios.

Atender al punto de vista de las enfermeras permite constatar, igualmente, que para éstas la *tríada virtuosa* es una realidad experimentada como evidente y desde la que reclaman ser pagadas como *profesionales* que, a través de su *trabajo*, desempeñan *servicios* que cumplen una importante función social. La reivindicación de la unidad de ese vínculo es precisamente en lo que se apoyan las enfermeras para reclamar mejoras salariales y para tratar de evitar que otros colectivos invadan su mercado laboral o realicen servicios que entienden como propios de la enfermería. Se trata, no obstante, de un vínculo que, como destacaban los planteamientos revisionistas, se encuentra amenazado por la competencia entre profesiones y por las transformaciones de todo tipo que se suceden en las formas de desempeñar las tareas productivas, lo que genera disputas a la hora de determinar qué servicios ofertar, cómo organizarlos y cómo han de valorarse las habilidades productivas que dichos servicios reclaman de unos u otros colectivos profesionales. Conflictos que remiten a la ausencia de una apreciación compartida por todos los actores implicados en el juego laboral sobre el valor diferencial de las dispares capacidades productivas de los distintos profesionales. Actores que, por otro lado, tampoco se encuentran en igualdad de condiciones. De ahí que la distancia entre lo que las enfermeras entienden que están aportando a través de su trabajo y la remuneración que obtienen como contrapartida sea vivida por éstas como una *explotación* que adopta la forma de una *injusticia*, fruto de las *desigualdades* de clase y de género con las que se topan en los espacios en los que se evalúan sus capacidades y se negocian sus salarios.

De este modo, el estudio de la realidad profesional priorizando la dimensión actuarial de la misma posibilita atender a cómo la organización de los servicios de salud, así como la apreciación del valor diferencial de los profesionales y sus servicios, se desarrolla a través de relaciones sociales disputadas que generan, entre otras cosas, *desigualdades* y sentimientos de *alienación* y *explotación*. Desde la propuesta que aquí vamos a defender, atender a estas dimensiones de la realidad profesional no debería ser incompatible con abordar el carácter estructuralmente mercantil que supone la condición salarial de las profesiones de nuestros días. Y menos aún considerar que el

único papel que cabría atribuir a la condición mercantil de las profesiones sea el de negación o laminación de una pretendida *tríada virtuosa*:

«¿Qué es a fin de cuentas el mercado? ¿El espacio dibujado por el entrecruzamiento de múltiples trayectorias de individuos que buscan trabajo? Ni siquiera. El mercado existiría aún si todas las personas encontraran siempre e inmediatamente un empleo, porque designa la libertad de los protagonistas para romper en cualquier momento los vínculos que les unen. El mercado está en todas partes, incluso en el interior de las empresas, donde las reglas de contratación y promoción mejor establecidas se refieren a él implícitamente. El mercado no está en ninguna parte en tanto que, configurado indefinidamente según las normas y los usos de las empresas y de las corporaciones –según las categorías, las especialidades, los grados, las cualificaciones de los trabajadores que en ellas se proyectan–, cada grupo, cada firma, cada individuo se esfuerzan por construirse un relativo monopolio del mismo. De ahí la multitud de mercados de trabajo, abiertos, cerrados, primarios, secundarios, internos, externos, profesionales, locales, superponiéndose y englobándose los unos a los otros inextricablemente. Si el término mercado de trabajo quiere decir alguna cosa, esta será la libertad del trabajador en relación con el trabajo y del trabajo frente al trabajador, su separación de principio o, dicho de otra forma, la relación salarial» [Rolle, 2003: 157-158].

Desde esta perspectiva, las formas coyunturales que adoptan la articulación entre los *profesionales*, sus *trabajos* y sus *servicios*, más que el punto de partida de la investigación, ¿no debería ser precisamente el objeto a investigar? Este era, de hecho, el marco desde el que hemos interpretado las propuestas de la sociología clásica a la hora de observar las profesiones y su dinamismo. Así, para Durkheim la *solidaridad orgánica*, fruto de la interdependencia funcional de los participantes en el trabajo social, provocaba formas patológicas de la división del trabajo y alteraba los grupos profesionales, que debían reactualizar sus *vínculos culturales* para llegar a acuerdos moralmente justos. En las teorías de Weber, la categoría de *racionalización instrumental* se utilizaba para considerar el capitalismo como un sistema económico en el que el conocimiento especializado es *alienable* en codificaciones y rutinas, lo que supone una amenaza para unos profesionales que recurren a vías diversas para *legitimar* sus posiciones y aspiraciones. En cuanto a Marx, a través del concepto de *trabajo abstracto* su análisis vinculaba las transformaciones de los colectivos profesionales con los procesos de producción de plusvalor que, en su desarrollo, provocan que la

perdurabilidad de unas u otras categorías de trabajadores dependa de que la *explotación* de su fuerza de trabajo resulte, al menos, tan competitiva como la explotación alternativa de otras categorías profesionales.

Atender a la realidad salarial que conforma el trabajo y la profesión enfermera supondría, por tanto, tomar como punto de partida analítico el carácter estructuralmente inestable del vínculo que une a los trabajadores (en este caso las enfermeras) con sus empleos. La continuidad de los servicios sanitarios sin que éstos caigan en un estancamiento improductivo sólo es posible si se dota de cierta flexibilidad a las formas de llevar a cabo las tareas (lo que permite transformarlas e innovar otras nuevas) y se articula algún tipo de maleabilidad en la organización del trabajo de los profesionales que se encargan de unas u otras funciones (aunque sea, al menos, para hacer frente a los imprevistos que surgen a diario). Situaciones que son fuente de desacuerdos, confluencias y tensiones que se manifiestan en diferentes planos del mundo sanitario.

Hemos reiterado a lo largo de esta primera parte que la sociología de las profesiones ha tomado como figura prototípica la de una *tríada virtuosa* en la que se funden el *profesional*, su *trabajo* y su *servicio*. Se trata de una realidad que resulta evidente al observar la profesión en un instante determinado: cuando el profesional está trabajando, momento en el cual su actividad y su servicio se confunden con su persona. Los profesionales, sin embargo, se ven obligados a reivindicar ese vínculo constantemente, lo que evidencia que si bien desde una mirada centrada en el instante la *tríada virtuosa* resulta indudable, cuando se observa en la duración la misma *tríada virtuosa* aparece sometida a distintas alteraciones que certifican que el vínculo de los profesionales con su trabajo y sus servicios sólo se produce por medio de la *relación social inestable* que supone su *empleo*:

«¿En qué consiste un empleo? Por un lado, como puesto ofrecido, designa la tarea que se debe efectuar, la organización que la define y las condiciones que la acompañan; por otro lado, como ocupación de un individuo, se refiere a su formación, su experiencia, su estatus y sus expectativas. El puesto remite a la empresa (ésta ha definido el contenido y la disposición de las tareas que se deben realizar) y el trabajador a la sociedad (la familia, la escuela, otras empresas...), el empleo consiste en relacionar ambos. Así, el empleo no se limita únicamente a los criterios de acceso al mercado y su salida, ni tampoco el trabajo a las tareas vinculadas a la producción y a las condiciones de su ejercicio, sino que tiene que ver con la relación del trabajador con su trabajo. El análisis del empleo resulta ser de gran utilidad en la medida en que, precisamente, éste no

corresponde a un contenido estable, distante y complementario del trabajo [...], sino que, por el contrario, define la relación frágil y condicional del trabajador con su puesto. Esta doble definición del empleo confronta determinantes internos y externos a la esfera del trabajo» [Alaluf, 1993: 305].

Al distinguir entre los «*determinantes internos y externos a la esfera del trabajo*» que coinciden en el empleo, la cita de Alaluf enfatiza el hecho de que en las profesiones se entrecruzan una *actividad productiva* con un *colectivo social*. Recurriendo a las categorías de la sociología clásica, estos dos planos remitirían a la distinción marxiana entre *trabajo* y *fuerza de trabajo*. Como vimos en el primer capítulo, según Torns la sociología de los cuidados habría prestado escasa atención a la primera de estas dos dimensiones, pues «*en términos generales, puede afirmarse que buena parte de las voces intervinientes en ese debate sobre el care parecen obviar cuando no ignorar el enfoque del care desde el ámbito del trabajo*». Por su parte, también Abbott señalaba que, en la tradición de la sociología de las profesiones, se habría priorizado el estudio de las relaciones disputadas entre profesiones a la hora de delimitar la jurisdicción de cada una de ellas, descuidando en exceso una de las dimensiones que estarían en disputa, esto es, la ejecución del trabajo profesional en sí mismo. Abbott planteaba, en cambio, el interés analítico de tomarlo en consideración, en la medida en que «*las profesiones crean su propio trabajo, siendo a su vez creadas por su trabajo*».

Cuando Alaluf señala que el empleo «*define la relación frágil del trabajador con su puesto*» está planteando que, en un contexto salarial, los procesos sociales que dan forma a los profesionales, a sus trabajos y a los servicios en los que participan, por más que estén obligados a coordinarse permanentemente, ni incumben a los mismos agentes (pese a que muchos de ellos coexistan bajo el paraguas de una misma profesión) ni se desarrollan en los mismos períodos. Así, en el sistema sanitario, los *servicios* de salud se transforman con la aparición de nuevos conocimientos y cuando necesidades sociales desatendidas empiezan a formar parte de demandas solventes, bien a través del consumo de servicios de salud privados, bien por medio de la redistribución del salario social que suponen las prestaciones sanitarias cubiertas por el Estado. También las restricciones presupuestarias que pesan sobre los servicios sanitarios públicos y la búsqueda de beneficio económico que se da en la sanidad privada inducen transformaciones organizativas, cambios en las fórmulas de contratación de trabajadores y servicios, desatención de ciertas necesidades sanitarias de las poblaciones,

reordenación de las prioridades en las políticas de salud, innovaciones tecnológicas y farmacológicas, etc. Por su parte, los *trabajos* que se desarrollan en los centros sanitarios no están definidos de una vez por todas, lo que en gran medida responde a un imperativo productivista que busca aumentar los niveles de eficiencia a la hora de hacer frente a unas demandas socialmente conformadas que, como decíamos, se transforman con el tiempo. Finalmente, las características de los *profesionales* sanitarios tampoco son estables, tanto por su obligación de adaptarse a los cambios promovidos por quienes les emplean, como cuando son ellos mismos quienes, a través de su formación y sus innovaciones, se convierten en los sujetos que activan las modificaciones en los servicios de salud. Actuaciones que generan roces entre las distintas profesiones, pues cuando son varias las que pueden hacerse cargo de las mismas funciones productivas, la competencia interprofesional se acentúa. De este modo, las decisiones en torno a qué procesos sanitarios implementar, en qué condiciones desempeñarlos, qué colectivo ha de encargarse de cada tarea, etc. son objeto de disputas, negociaciones, acuerdos y desacuerdos múltiples, cuyo resultado marcaría tanto el rumbo de unos u otros servicios de salud como la morfología, niveles salariales, condiciones laborales, segmentaciones internas, etc. de los distintos colectivos profesionales.

De esta forma, situar el foco sobre los procesos sociales que vinculan a los profesionales con las actividades que desarrollan no pretende negar la pertinencia analítica de atender a los discursos que la profesión elabora sobre sí misma (pues aunque esos discursos no explican todos los aspectos de la enfermería, sí dan cuenta de muchos de ellos y, además, también contribuyen a conformar la profesión), o restar importancia a la impronta que las relaciones de género tienen en la enfermería española (sería absurdo desatender esta dimensión en una profesión fuertemente feminizada en la que la mayor parte de los puestos de dirección de los colegios profesionales y del sindicato corporativo mayoritario están ocupados por varones), y mucho menos dejar de analizar la influencia que la profesión médica sigue teniendo sobre el resto de profesionales de la salud (basta con observar las resistencias cotidianas de los médicos a establecer relaciones de interdependencia funcional con el resto de profesionales de la salud y su preferencia por las relaciones jerárquicas, que colocan al médico en la cúspide del organigrama sanitario). Se trata, por el contrario, de procurar encontrar la forma de atender a estas variables en su evolución y situándolas, como venimos proponiendo, en el contexto salarial desde las que se desarrolla el trabajo enfermero, trabajo que se articula con el de otros profesionales en organizaciones sanitarias que, a

su vez, también se han visto inmersas en importantes transformaciones durante las últimas décadas.

### **2.3. Metodología de la investigación.**

Desde el marco analítico propuesto a lo largo de este capítulo, los resultados de la investigación empírica sobre la profesión enfermera en España que presentamos en la segunda parte han partido de la hipótesis de que la *tríada virtuosa* compuesta por las enfermeras, sus actividades y sus servicios constituye una realidad que, siendo reivindicada como evidente por el propio colectivo profesional, con el paso del tiempo se ve trastocada por los cambios que acontecen en algunos de sus elementos. De esta forma, con el concepto de *profesión* nos estaríamos refiriendo a una forma coyuntural y mutable de articular a los profesionales con las tareas que desempeñan, por lo que resultaría obligado considerar que los procesos que producen dicha articulación han de formar parte del objeto mismo de una investigación sobre la enfermería en España. De este modo, a la hora de dar cuenta de estas transformaciones, la explicación habría de comenzar en la propia historia de la enfermería y los acuerdos, tensiones, conflictos, etc. que en ella se desarrollan y a los que atenderemos a través de cuatro planos. En primer lugar, en el tercer capítulo analizaremos cómo a lo largo de la década de 1980 se asentó en la enfermería española una identidad profesional en torno al cuidado. A continuación, en el cuarto capítulo nos centraremos en la forma en la que son empleadas las enfermeras y en la influencia de sus relaciones interprofesionales. El quinto capítulo lo dedicaremos al análisis del trabajo de las enfermeras, constatando la creciente importancia que han adquirido las dinámicas de normalización del mismo en organizaciones sanitarias sometidas a fuertes restricciones presupuestarias. En el sexto capítulo nos centramos en algunas dimensiones relacionadas con la formación enfermera, especialmente la reciente creación del Grado en Enfermería y la evolución de las especialidades enfermeras. Finalmente, dedicamos el séptimo capítulo a elaborar, a modo de conclusión, una recapitulación de lo analizado.

La aproximación a la profesión enfermera en España a través de los planos que acabamos de señalar se apoya en un material empírico que hemos elaborado en dos períodos diferentes: entre 2002 y 2007 y entre 2014 y 2016.

En la primera fase, comenzamos aproximándonos a la realidad enfermera a través de nuestra participación en una investigación sobre la articulación entre el tiempo de trabajo y otras temporalidades sociales, en la que las enfermeras fueron uno de los

colectivos ocupacionales estudiados<sup>46</sup>. El material empírico elaborado *ex profeso* para esta investigación constó de 20 entrevistas en profundidad a enfermeras de dos servicios hospitalarios de la Comunidad de Madrid y un grupo de discusión, en el que participaron enfermeras empleadas en diferentes servicios, tanto de atención primaria como hospitalaria.

Por medio de estas entrevistas tuvimos ocasión de observar cómo en aquellos años existía un manifiesto entusiasmo en la enfermería española ante una serie de modificaciones legislativas que parecían estar dibujando un significativo paso adelante en su desarrollo profesional: su regulación como *profesión sanitaria* con su propio campo competencial autónomo en la *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* de 2003, la aprobación del *Real Decreto 450/2005* que estableció un nuevo marco para sus especialidades formativas, la aparición de ciertas normativas sobre prescripción farmacológica que abrieron una puerta para que las enfermeras fueran habilitadas para recetar determinados medicamentos y, finalmente, la adaptación de la formación enfermera al Espacio Europeo de Educación Superior que comenzaría a transformar la Diplomatura de tres años en un Grado de cuatro a partir del curso 2008-2009. El director del Gabinete de Estudios del CGE se refería así a estos cambios legislativos en 2004, cuando algunos de ellos ya habían entrado en vigor y otros estaban siendo planificados:

«Enfermería, hay que reconocerlo, no ha sido hasta el día de hoy una profesión propiamente dicha. [...] La realidad jurídica ponía en evidencia este anhelo, demostrando, más bien, su carácter de oficio subordinado y de “profesión al servicio de otra” y nunca “al servicio de la sociedad”. No es posible, en términos verdaderamente rigurosos, aceptar un supuesto concepto de profesión frente a una actividad que se venía realizando sin definición, sin autonomía, sin responsabilidades propias, sin cuerpo de doctrina y sin funciones. En este marco, irrumpe recientemente un conjunto de normas

---

<sup>46</sup> Se trata de la investigación “Tiempo de trabajo negociado y temporalidades sociales vividas en el marco de las transformaciones en curso de la norma temporal de empleo”, que se desarrolló desde el año 2002 a 2005 y fue financiada por el Ministerio de Educación y Ciencia (Ref. SEC2001-1480) y la Fundación Europea de la Ciencia (Ref. SEC2002-10230-E). El equipo de investigación lo formaban Carlos Prieto como investigador principal, Javier Callejo, Ricardo Morón, Ramón Ramos, Amaia Otaegui, Jorge Lago y yo mismo. El estudio se llevó a cabo de forma coordinada con otros dos equipos de investigación europeos: el encabezado por Paul Bouffartigue y Jacques Bouteiller del *Laboratoire d'Économie et Sociologie du Travail (CNRS)* de Aix-en-Provence y el dirigido por Marianne de Troyer y Esteban Martínez del Institut du Travail de l'Université Libre de Bruxelles. El resultado de la investigación se materializó en el libro coordinado en 2008 por Carlos Prieto, Ramón Ramos y Javier Callejo *Nuevos tiempos del trabajo. Entre la flexibilidad competitiva de las empresas y las relaciones de género*.

legales que, recogiendo el esfuerzo acumulado por parte de los profesionales, esboza un nuevo modelo de profesión, marca un hito histórico en el desarrollo profesional y nos sitúa en la línea de salida de un esquema absolutamente diferenciado en la formación y en el ejercicio profesional» [Lletget, 2004: 15].

Cuando empezamos a documentarnos para tratar de comprender cómo se había llegado a ese «*hito histórico en el desarrollo profesional*» de la enfermería española, nos encontramos con que dicho diagnóstico cobraba sentido dentro de un relato que identificaba la década de 1990 con un momento de estancamiento de la profesión. Un estancamiento que había estado precedido por un periodo de diez años de intensas transformaciones: desde que en 1977 la formación profesional de Ayudante Técnico Sanitario fue sustituida por una Diplomatura Universitaria en Enfermería hasta que en 1987 se aprobó una normativa sobre sus especialidades formativas que nunca llegó a desarrollarse plenamente. Partiendo de esta primera panorámica acerca de la evolución de la enfermería en España, decidimos tomar este proceso de avances y estancamientos en el desarrollo de la profesión como objeto de nuestra investigación.

#### ***El material empírico producido y utilizado.***

En cuanto al plano metodológico, nos propusimos combinar el análisis de fuentes secundarias con la realización de otras entrevistas en profundidad a miembros de la profesión. Unas labores que, en cuanto comenzamos a llevarlas a cabo, nos situaron frente a una realidad profesional muy heterogénea y atravesada por procesos, actores y conflictos múltiples que, una vez observados, fueron abriendo el campo potencial de nuestra investigación. Dado que el campo a investigar se iba ampliando, fuimos también multiplicando las entrevistas con enfermeras y otros profesionales de la salud (en concreto auxiliares de enfermería y médicos), en una dinámica en la que, ante las dificultades que íbamos encontrando para dotar de coherencia explicativa al material que íbamos produciendo, fuimos tratando de sortearlas ampliando el número de entrevistas. De este modo, en el periodo comprendido entre 2002 y 2007 incrementamos nuestro material cualitativo con 30 entrevistas a enfermeras, 7 a auxiliares de enfermería y 2 a médicos.

Cuando en 2014 decidimos retomar la elaboración de esta tesis, nos encontramos con que la enfermería española se encontraba en un contexto muy diferente al existente en 2008. La crisis económica había golpeado con fuerza a la enfermería y aquellos elementos que en 2004 la situaban ante la «*línea de salida de un esquema*

*absolutamente diferenciado en la formación y en el ejercicio profesional»* se han topado con un camino en absoluto exento de dificultades.

En esta segunda fase iniciada en 2014 hemos ampliado el material empírico elaborado por nosotros mismos exclusivamente con 6 entrevistas adicionales a las ya realizadas, retomando igualmente productivas conversaciones con quienes fueron nuestros informadores clave en la fase inicial de la investigación. Hemos contado, por tanto, con un total de 65 entrevistas y un grupo de discusión como base para nuestros análisis, si bien el número de citas literales que finalmente aparecen en la tesis suponen un número notablemente más restringido. Junto a este material, hemos recurrido a diferentes fuentes secundarias de carácter estadístico, legislativo y documental desde las que hemos tratado de encuadrar los fenómenos analizados y que, en cada caso, se explican en los capítulos en los que son empleadas.

## **SEGUNDA PARTE**

# **UNA INVESTIGACIÓN SOCIOLÓGICA SOBRE LA ENFERMERÍA EN ESPAÑA**

### **3. LA CONSTRUCCIÓN DE UNA IDENTIDAD PROFESIONAL EN TORNO A LA AUTONOMÍA DEL CUIDADO\*.**

#### **3.1. La medicina cura y la enfermería cuida: ¿la jaula de hierro del modelo biomédico?**

Actualmente, las enfermeras que están en activo y se han formado en España han sido habilitadas para ejercer la enfermería tras haber obtenido el título de Graduado Universitario en Enfermería (en adelante GUE), de Diplomado Universitario en Enfermería (en adelante DUE) o de Ayudante Técnico Sanitario (en adelante ATS). Esta última categoría profesional se creó en 1953 con la unificación, bajo una misma titulación, de tres formaciones anteriormente separadas: las de Enfermera, Matrona y Practicante<sup>47</sup>. La unificación, no obstante, se sostuvo sobre una férrea segregación formativa entre los y las estudiantes, quienes pese a ser instruidos por separado y con planes de estudio no homogéneos, una vez finalizado su periodo educativo iban a compartir una misma categoría profesional. Así, si la mayoría de las Escuelas de ATS Masculinos estaban ligadas a las Facultades de Medicina, las de ATS Femeninos se ubicaban en los hospitales; mientras que los primeros contaban en su plan de estudios con la asignatura “Autopsia médico-legal”, a las segundas se les exigía cursar en su lugar “Enseñanzas del hogar”. Además, hasta 1972 fue obligatorio que las mujeres ATS se formaran en régimen de internado, generalmente con la obligatoriedad de realizar sesiones prácticas, en las que existía un estricto control de la asistencia. Salvo en los casos excepcionales de unas pocas Escuelas de ATS Masculinos (y sólo en lo que respecta a la obligatoriedad de las prácticas, nunca al régimen de internado), esto no sucedía con los alumnos varones, hasta el punto de que si alguno de ellos estaba interesado en complementar su formación obligatoria con prácticas en un determinado servicio, debía solicitarlo a título personal.

Las décadas de 1950, 1960 y 1970 supusieron una expansión sin precedentes de los servicios sanitarios españoles. Desde 1951 hasta 1977 se crearon 131 hospitales de la Seguridad Social, lo que generó una importante demanda de ATS. Paralelamente, se

---

\* Reitero mi agradecimiento a Luis Infante. Las conversaciones mantenidas sobre la profesión enfermera en España, que han resultado de gran utilidad para el desarrollo de la tesis en su conjunto, están especialmente presentes en este capítulo.

<sup>47</sup> Para documentarnos sobre la historia de la enfermería española durante su etapa de ATS hemos utilizado fundamentalmente los textos de Domínguez-Alcón [1979 y 1986a], Hernández Martín [1996], Siles [1999] y al compendio legislativo elaborado por Álvarez Nebreda [2002].

produjo una acelerada incorporación de nuevas tecnologías sanitarias e innovaciones farmacológicas que influyeron en la reordenación de las profesiones de la salud. Los médicos delegaron gran parte del componente técnico de su actividad en los ATS, quienes, por su parte, también dejaron de realizar algunas tareas que exigían escasa cualificación. Éstas fueron asumidas por la nueva figura, creada en 1960, de Auxiliar de Clínica en Instituciones Hospitalarias y Sanatoriales. Pese a esta reorganización del mapa de las profesiones sanitarias y a los esfuerzos del Instituto Nacional de Previsión por adecuar la oferta educativa a la fuerte demanda de ATS proveniente del sector hospitalario (entre 1960 y 1971 se crearon 61 nuevas Escuelas de ATS Femeninos), estas décadas se caracterizan por un reiterativo desajuste entre las enfermeras disponibles en el mercado de trabajo y las reclamadas por un sector hospitalario en expansión. Cuando en 1970, a raíz de *Ley General de Educación*, se abordó esta problemática, se propusieron dos ámbitos diferentes de evolución para la enfermería: la formación profesional y la universitaria. Finalmente, pese a que muchas voces dentro de la profesión abogaban por la segunda opción, en 1974 se planificaron los estudios de enfermería en calidad de ATS de formación profesional de segundo grado. Los poderes públicos justificaron esta decisión como la mejor fórmula para contar con abundante personal disponible por la vía de una instrucción que no reclamara un nivel de estudios previos elevado, lo que permitiría una cierta celeridad en la adecuación de la oferta educativa a las demandas del sector sanitario.

La opción elegida encontró una fuerte oposición por parte de amplios sectores de la profesión, lo que originó un intenso conflicto colectivo que terminó resolviéndose cuando en 1976 se constituyó una Comisión Interministerial para abordar la reforma del plan de estudios de ATS. El resultado fue que en 1977 las Escuelas de ATS se integraron en la universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería, creándose el título de DUE. La titulación universitaria no sólo supuso un aumento en el número de años de estudio previos al ejercicio de la profesión y una transformación de los contenidos formativos impartidos hasta entonces, sino que también permitió que las enfermeras se hicieran cargo de su propia educación. Hasta entonces la formación de los ATS había estado protagonizada por el colectivo médico, interesado en educar a un personal de enfermería subordinado y encargado de desarrollar labores auxiliares de la medicina. Pese a las dificultades encontradas, muchas de las protagonistas de las profundas transformaciones que acontecieron en aquellos años en la enfermería

española resaltan el papel crucial que en ellas jugaron las mujeres de la profesión y el componente feminista de sus actuaciones:

“Lo más importante que conseguimos fue recuperar nuestro nombre: éramos enfermeras y no queríamos llamarnos ayudantes, queríamos llamarnos enfermeras. [...] Teníamos muchas ganas de avanzar, todas habíamos leído a Victoria Henderson y todo eso y no queríamos hacer más de lo mismo, queríamos avanzar. [...] Fueron años muy duros porque a mucha gente no le gustó, no les gustaba que las enfermeras dejáramos de ser... dejáramos de aceptar. [...] Pero también fue muy intenso, había que cambiar los hospitales, había que ser feminista y cambiar muchas cosas. Y la verdad es que cambiamos muchas cosas” [Directora de Enfermería de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 56 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como ATS].

La figura de ATS ha sido descrita como la de un «medio-médico» [Domínguez Alcón, 1979: 111], por el limitado espacio con el que contaba para el desarrollo de tareas autónomas y por su intensa subordinación a los facultativos. Todavía en 1975 un manual de los utilizados para formar a las enfermeras señalaba que «por lo que respecta al ATS es claro que el médico es el superior, y al que hay que obedecer por motivos naturales y sobrenaturales» [Castañeda y Pérez, 1975: 83], resultando incuestionable que «el médico prescribe, dirige el plan; el ATS ejecuta lo mandado» [ibíd.: 82]. Con la asunción por parte de las enfermeras de su propia formación se habilitó un espacio de socialización en una concepción diferente del ejercicio de la enfermería, ligada al despliegue de un ámbito de desarrollo profesional autónomo que orbitaría alrededor de los *cuidados de enfermería*. Este espacio ya contaba con una larga historia en otros países, sobre todo en los anglosajones, donde la formación universitaria de las enfermeras había sido pionera<sup>48</sup>.

### ***La separación conceptual de los términos “curar” y “cuidar” como mutuamente excluyentes.***

Estas transformaciones se apoyaron en la elaboración, desde algunos de los sectores más activos de la profesión, de una separación conceptual entre los términos *curar* y *cuidar*. Desde esta distinción, la enfermería se autodefinió como la profesión del cuidado, conceptualizando a la medicina como la profesionalización de las actividades de curar, algunas de las cuales delegaría sobre las enfermeras y otros

---

<sup>48</sup> La primera escuela universitaria de enfermería se creó en 1907 en el Estado norteamericano de Minnesota [Encyclopedia of Health Services Research, 2009] y una década después Nueva Zelanda fue el primer país en el que se implantó la formación universitaria a escala nacional [OMS, 2009].

profesionales de la salud. Los miembros más visibles de este sector especialmente activo en la reorientación que, a caballo entre las décadas de 1970 y 1980, aconteció en la enfermería española fueron un grupo de mujeres que, en la jerga de la profesión, son conocidas como *las madres fundadoras*. Éstas abogaron por redefinir el papel que las enfermeras habrían tenido como auxiliares de la cultura médica de la curación para construir los cimientos de una nueva enfermería sobre una ética del cuidado que, en palabras de una de esas madres fundadoras, estaría en «concordancia con los valores considerados “femeninos”. La orientación hacia la que debe tender una ética del cuidado es a desarrollar una especial sensibilidad hacia las necesidades del Otro, hacia todo lo que favorezca la evolución armoniosa de lo humano» [Alberdi, 1992: 43].

Para el grueso de los ATS, la primera vez que se enfrentaron a la distinción entre *curar* y *cuidar* como términos mutuamente excluyentes fue a través de los manuales docentes que tuvieron que estudiar para convalidar su titulación con la de DUE. En ellos, los aspirantes a la convalidación vieron cómo la nueva enfermería proponía que, dado que «la conducta para cuidar es diferente que la conducta para curar» [Alberdi, Arroyo, Cabello, Mompart y Segura, 1984: 49] y que la enfermería es «la profesionalización de la actividad de cuidar» [ibíd.: 46], consecuentemente «la atención de enfermería debe dirigirse a cuidar y no a curar al individuo» [ibíd.: 72].

Infante [2003] mantiene la tesis de que, en el triunfo de la construcción identitaria de la nueva enfermería en torno a la autonomía de sus cuidados, resultó crucial que muchas de esas madres fundadoras pasaran a formar parte durante la década de 1980 de la naciente élite enfermera ligada a la universidad. En este espacio, muchas mujeres de la profesión alcanzaron, a través de la docencia, un poder institucional del que estaban marginadas en otros ámbitos, como los colegios profesionales y el hasta 1989 Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España y desde entonces Sindicato de Enfermería (en adelante SATSE<sup>49</sup>), donde los varones de la enfermería ostentaban un control casi absoluto. Los argumentos de Infante, apoyados en el análisis documental y en su propia experiencia como enfermero docente, plantean que hasta la década de 1980 los términos *curar* y *cuidar* no habían operado como conceptos mutuamente excluyentes en la sanidad española y que su diferenciación se vio muy influida por la orientación salubrista de la enfermería anglosajona que tomaron como modelo las

---

<sup>49</sup> En 1989 el Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España cambió su nombre por el de Sindicato de Enfermería, manteniendo las siglas de SATSE. En el próximo capítulo abordaremos esta cuestión.

enfermeras que pusieron en pie las primeras Escuelas Universitarias de Enfermería. Recurriendo al análisis etimológico, Infante también señala cómo en castellano, y en el resto de idiomas de raíz latina, el término *curar* está incluido en el concepto *cuidar*, mientras que en inglés los vocablos *cure* y *care* tienen una procedencia etimológica distinta, no existiendo una inclusión semántica entre ambos. Por su parte, mientras que en castellano *enfermería* y *enfermera* provienen del verbo *enfermar*, en inglés *nursing* y *nurse* proceden del verbo latino *nurture*, que significa nutrir, cuidar y atender. Su conclusión es que hasta la década de 1980 «la actividad profesional de la enfermería en España siempre ha estado definida desde el objeto de su trabajo (la enfermedad)» [ibíd.: 123] mientras que «en inglés, por el contrario, ha estado definida desde las características socialmente femeninas de los sujetos que se dedican a ejercer esta profesión» [ibíd.].

Desde el punto de vista del proceso de trabajo enfermero, la distinción entre curar y cuidar tampoco es evidente: una enfermera que limpia y aplica pectina y carboximetilcelulosa de sodio en polvo sobre una herida en un estoma producto de una ileostomía, al tiempo que habla con el paciente, preguntándole sobre su grado de habituación a los cambios en su anatomía e indicándole trucos para evitar irritaciones en la piel al colocar el disco que sostiene la bolsa que recoge las heces, ¿está curando o está cuidando? Como vimos en el primer capítulo con Acker, en el ecosistema profesional de la enfermería el cuidado ha actuado como un *imaginario necesario* en el que lo determinante habría sido dotar simbólicamente a la profesión de un área de actuación delimitada como propia para, desde la relativa indeterminación de su contenido, generar espacios de desarrollo profesional. De esta forma, la separación propiciada desde la universidad entre cuidar y curar, distinción en la que se viene socializando en las últimas cuatro décadas a las nuevas generaciones de enfermeras, habría de ser observada teniendo en cuenta su intención de prestigiar la profesión a través del desarrollo de una serie de actividades pretendidamente autónomas a las ejercidas por el resto de profesionales sanitarios y, especialmente, las de los médicos. Así, en tanto que categoría de la *práctica social* (que es como nosotros vamos a abordar la relación de la enfermería con el cuidado), resulta indiferente la validez teórica de la diferenciación entre los términos *cuidar* y *curar* (sea cual sea el dispositivo teórico escogido a la hora de conceptualizar *sociológicamente* qué es cuidar y qué es curar), pues dicha distinción va a ser estudiada desde el espacio de la práctica social en el que se desenvuelve, es

decir, atendiendo a su influencia en la reproducción o la transformación de relaciones y posiciones sociales.

En términos fenomenológicos, lo que denominamos *práctica social* (esto es, lo que constituye el objeto de estudio de la sociología) tiene múltiples y ambivalentes manifestaciones, causas y determinaciones, por lo que al situar nuestro foco de atención sobre el *proceso de separación conceptual entre los términos curar y cuidar* no pretendemos colocar allí un supuesto motor primigenio desde el que habría pivotado toda la evolución de la enfermería española durante los últimos cuarenta años, sino proponer cómo, a través del análisis de la forma en la que se ha manifestado esta distinción a lo largo de ese tiempo en diferentes espacios que conforman la profesión, resulta plausible desarrollar una serie de explicaciones sobre algunos de los procesos, estratificaciones, cohesiones y tensiones que la atraviesan y que iremos analizando a lo largo de la tesis.

### ***Cambios acelerados durante la década de 1980.***

Los años que siguieron a la creación del título de DUE fueron especialmente intensos en la construcción de la enfermería española como la profesión del cuidado. En 1978 aparece la todavía hoy muy influyente *Revista Rol de Enfermería*, cuyo título ya es una declaración de intenciones. En su primer número, junto con la presentación de las secciones fijas que aparecerán en la publicación (farmacología, lámina de atlas, actualidades, etc.), se plantea que entre los propósitos de la misma está responder a la pregunta clave de «¿adónde va nuestra enfermería?» [Tey i Freixa, 1978: 29] y, desde el espacio para el debate que brindarán sus páginas, tratar de influir en la delimitación y evolución de la nueva profesión enfermera por construir.

A finales de la década de 1970 la nueva construcción identitaria que terminará imponiéndose en la enfermería española es, sobre todo, un proyecto que se expresa a través de elementos intangibles, como la anteriormente mencionada diferenciación entre la «conducta para curar» y la «conducta para cuidar». Esta diferenciación, que había estado ausente en el periodo anterior, tenía como objetivo fomentar nuevas orientaciones en los servicios sanitarios, construir áreas de desarrollo profesional no subordinadas a la autoridad médica y prestigiar la profesión. Desde entonces, esto se ha estado dirimiendo a través de procesos que tienen lugar a diferentes niveles de la realidad sanitaria y en los que la enfermería trata de influir por medio de cambios en la división y organización de los trabajos de la salud, de transformaciones en las

prioridades de la política sanitaria, de reflexiones e investigaciones publicadas en revistas especializadas, de nuevos procesos de trabajo, de la creación de organizaciones científicas y de representación colectiva, de mediciones de los resultados en salud aportados por los cuidados, etc.

Si el cuidado empieza a operar en esta etapa como el *imaginario necesario* desde el que desarrollar procesos que dotarán de contenido al nuevo rol enfermero, dichos procesos se ven acompañados de reflexiones que construirán la *comunidad imaginada* de una enfermera cuidadora. De forma similar al modo en el que los nacionalismos reinterpretan la historia para contribuir a producir las naciones [Anderson, 1993], también los actores comprometidos con el cambio de la enfermería española propiciaron un relato de su pasado acorde con el modelo profesional que querían construir<sup>50</sup>. En ese relato, la etapa en la que las enfermeras habían adoptado la forma de ATS se asimiló a un paréntesis en el que la enfermería habría quedado subsumida bajo un modelo biomédico que había que superar. Así, por ejemplo, de nuevo en palabras de una de las madres fundadoras:

«¿En qué momento se perdió el objetivo profesional que define a las enfermeras? A mi modo de ver, las enfermeras perdieron el objetivo profesional cuando se convirtieron en ATS. [...] Se nos fue, en primer lugar el nombre y luego, el punto de referencia que guiaba y justificaba las acciones. Y a partir de ahí, situados en un terreno de nadie que

---

<sup>50</sup> La siguiente cita ilustra, a través de una anécdota significativa, la construcción de la *comunidad imaginada* de la enfermería española desde su identificación con los cuidados y su distancia con las actividades enfocadas a curar: «Con tal intensidad se vivió desde el poder “oculto” de la profesión esta oportunidad de alejarse de la medicina que, en una clara manipulación del pasado, hasta se ha intentado con posterioridad reescribir la historia concreta de esta profesión en España. Llegándose a manipular algunos documentos históricos, para así dar coherencia, en los ámbitos docentes, a una tradición que iba en otra dirección. Como ejemplo de esa obsesión por identificar [...] a la profesión de enfermería con un *cuidado* que excluye la *cura* es significativo citar que, en el mes de enero del año 1943, la Revista de *La Cruz Roja Española* [...] publicó un poema firmado por Antonio Miguel Romón, bajo el título *Romance de la enfermera*, donde, entre otros versos, podían leerse los siguientes: “...Sabe curar una herida, sabe vencer el temor, sabe consolar las penas, y rezar una oración, por aquellos que cayeron, por la Patria de su amor...”. Por el contrario cuando, en 1999, este viejo poema volvió a publicarse, como curiosidad, en el libro de Josep Carles Clemente *La Escuela Universitaria de Enfermeras de Madrid, historia de una iniciativa humanitaria de la Cruz Roja Española (1918-1997)* [...], se censuró el sentido del primero de los versos que he reproducido textualmente. Y así, para las nuevas generaciones de alumnos y profesionales, el primero de los versos que he transcrito, cincuenta y seis años después, decía: “...Sabe *cuidar* una herida”. Como me consta que el autor es un historiador especialmente fiel en el manejo de sus fuentes está visto que, en 1999, desde el interior de la profesión, con una bienintencionada y ortodoxa intención, *alguien* deslizó, en la corrección de pruebas del libro una anónima y benefactora acción para corregir la plana no ya sólo al bueno de D. Antonio Miguel Romón más de medio siglo más tarde, sino hasta a los mismísimos documentos históricos donde pueden rastrearse los vestigios de la enfermería en España. Dando así por sentado, definitivamente, que de aquí en adelante nadie podría nunca encontrar ya rastro alguno que demostrase que, en la enfermería española en general, y en La Cruz Roja en particular, a alguna enfermera pudiera habersele ocurrido el desatino de creer que ella podía llegar alguna vez a *curar* algo, ni aunque fuera por equivocación» [Infante, 2003: 126-127].

tampoco supimos hacer nuestro, nos embarcamos en una tarea de construcción destinada al fracaso porque no existía un modelo de profesión para la mayoría del colectivo y porque gran parte del mismo seguía uno (el bio-médico) que yo considero equivocado» [Alberdi, 1992: 35].

En los años que siguen a la entrada de la enfermería en la universidad, los cambios en la profesión y en el conjunto del sistema sanitario español se suceden a una velocidad vertiginosa [Ortega y Lamata, 1998]. Las emergentes élites enfermeras asientan y ven reforzadas sus posiciones con el apoyo que obtienen desde el ámbito político, que en aquellos años está especialmente interesado en desarticular el poder que durante el franquismo había tenido la jerarquía médica, tanto en las decisiones sobre la orientación de la política sanitaria, como en la organización del trabajo del conjunto de profesionales de la salud. En estas decisiones, la élite médica no sólo había priorizado sus beneficios corporativos frente a las aspiraciones de otras profesiones, sino que también había mantenido un cruce de intereses entre el ejercicio público y el ejercicio privado de su actividad profesional. La apuesta de los nuevos gobiernos democráticos por transformar el sistema de salud pasaba por dotar a la Administración Sanitaria de los medios para organizar los servicios y el trabajo de todos los profesionales de la salud según criterios fijados por la propia Administración, por lo que resultaba un imperativo contar con mecanismos de gestión y organización del trabajo que no dependieran de las formas tradicionales que, hasta entonces, habían estado en manos de la jerarquía médica. Este contexto resultó especialmente favorable para que el trabajo de las enfermeras dejara de organizarse como un apéndice del de los médicos, desarrollándose labores de enfermería desligadas de la medicina, apareciendo la Dirección de Enfermería (que en los organigramas sanitarios se situó al mismo nivel que la Dirección Médica) y aumentando las funciones enfermeras, tanto en el ámbito asistencial como en la docencia, la gestión y la investigación.

En el primer nivel asistencial, los cambios que estaba viviendo la enfermería resultaron especialmente manifiestos para los pacientes: los ambulatorios en los que los practicantes ejercían su trabajo en la sala de *curas* y las enfermeras, sentadas al lado del médico, ocupaban gran parte de su jornada laboral rellenando las recetas que luego éstos firmaban, fueron sustituidos por centros de atención primaria en los que apareció la consulta de enfermería. No sólo la construcción de un espacio equiparable al de las consultas médicas evidenciaba que la nueva enfermería estaba dejando de actuar exclusivamente como la ayudante de la medicina, sino que también se habilitó una

nueva forma de relación de las enfermeras con los pacientes. Con el fuerte impulso que se dio a la enfermería comunitaria, muchas de sus tareas se enfocaron hacia la prevención, la educación para la salud y el seguimiento de crónicos. Unas tareas que son precisamente las que mejor encajan en la lógica del cuidar como algo independiente del curar, y que posibilitaron que muchas de las actividades del día a día de la enfermería de atención primaria y sus pacientes fueran establecidas directamente por las enfermeras, sin la mediación de ningún médico [Melgar, 2000]. De este modo, una década después de la entrada de la enfermería en la universidad, en el primer nivel asistencial pudo decirse que se habían sentado las bases para pasar «de ser enfermeras de médicos a enfermeras de ciudadanos» [Antón Nardiz, 1989:167].

Si en el primer número de 1978 de la *Revista Rol de Enfermería* se planteaba el interrogante de hacia dónde dirigiría su rumbo la profesión, cuando en 1986 se publica el número 100, su portada parece indicar que se había encontrada la respuesta: junto a un frasco de perfume, se señala que la revista «contiene la esencia de la enfermería española». En páginas interiores, la enfermera y socióloga Domínguez-Alcón señala que, pese a que las enfermeras trabajaban «todavía en un marco dominado por la enfermedad, [...] en relación con la **práctica profesional** debe tenerse en cuenta la nueva orientación hacia la salud, que se basa en criterios que producirán cambios, ya que la atención se dirige a la salud, no a la enfermedad» [Domínguez-Alcón, 1986b: 55]. Ante estos cambios, la evolución acontecida en la enfermería española la habría puesto en disposición de actuar «teniendo en cuenta que **cuidar** no es siempre “hacer para”, o “hacer a”, sino “hacer con”» [ibíd.]. Quedaba así subrayado cómo la *práctica profesional* de la enfermería, identificada con el *cuidar*, había encontrado un rol acorde con las perspectivas de futuro que parecían anunciarse en el mundo de la sanidad.

El optimismo manifestado por Domínguez-Alcón es, sin embargo, matizado en la misma publicación por Tey i Freixa, la enfermera que nueve años antes expresaba en el número inaugural de la revista la importancia de que la profesión delimitara qué quería ser. Desde la comparación de la forma en la que se desarrolló la puesta en marcha del título de ATS en la década de 1950 (en cuya primera promoción se formó Tey i Freixa) y la del título de DUE a finales de la década de 1970, se plantea que una de sus principales diferencias fue que la transición en este segundo caso había tratado de encontrar vías para limitar la diferenciación entre las antiguas y las nuevas enfermeras, algo que había resultado mucho más abrupto con la creación del título de ATS. En aquellos años, el «agravio que suponía, para las antiguas enfermeras, no poder igualarse

en título y atribuciones a los nuevos profesionales» [Tey i Freixa, 1986: 19] generó una reacción negativa ante los nuevos ATS. Para estos, en cambio, «una vez superada cierta perplejidad por el nombre que se nos impuso cuando ya cursábamos segundo de carrera, lo aceptamos sin más disquisiciones en tanto que confirmaba de algún modo nuestra proyección a más altos destinos» [ibíd.: 19-20].

A comienzos de la década de 1980, también la naciente enfermería con titulación universitaria, que aspiraba a los «*más altos destinos*» que supondría ser la profesión del cuidado y no la ayudante de los médicos, generó reacciones adversas entre algunos segmentos de los antiguos ATS. La creación de cursos de nivelación, a través de los cuales los ATS pudieron convalidar su título con el de DUE, favoreció que la distancia no apareciera como algo irresoluble. De este modo, a diferencia de lo acontecido en la década de 1950, se habilitó con celeridad una vía para la homologación de las titulaciones, la igualación de los salarios y la autorización de que las enfermeras tituladas como ATS y las formadas como DUE pudiesen desarrollar las mismas funciones. Pese a ello, el tránsito no se desarrolló de forma lineal y unívoca. Así, en el número 100 de la *Revista Rol de Enfermería*, que en su portada anunciaba contener la «*esencia de la enfermería española*», Tey i Freixa manifestaba que la reconstrucción identitaria en curso estaba evidenciando tensiones que remitían a la existencia de diferentes posiciones dentro de la profesión:

«Cuando veo un rótulo actual con los títulos de “practicante-ATS” con la intención de hacerlo más inteligible a los posibles usuarios, cada vez que me viene a las manos un membrete colegial “de ATS y DE<sup>51</sup>”, no puedo menos que constatar hasta qué punto los propios enfermeros y enfermeras somos responsables de la confusión acerca de nuestra profesión. ¿Es que no nos sentimos capaces de afirmar ante la colectividad nuestra competencia, nuestra categoría profesional como enfermeros y necesitamos disimularnos con eufemismos o nombres trasnochados? ¿Se llamarán nuestros colegios “de Diplomados, Licenciados y Doctores en Enfermería” a medida que el futuro nos vaya ampliando el grado académico? Han pasado diez años desde que el nombre de Enfermería se adoptó para designar oficialmente la profesión. Me parece un periodo suficiente para que el colectivo adquiriera conciencia de que, quien ejerce la enfermería, debe tener a orgullo ser llamado enfermero o enfermera. [...] Éste es un reto para la nueva generación. Debe imponerse de una vez la normalidad en este punto, pues me

---

<sup>51</sup> En ocasiones, es por medio de las siglas DE y no DUE como se hace referencia al título de Diplomado Universitario en Enfermería.

parece muy difícil que pueda justificarse ante la irónica valoración de quienes les pedirán cuentas en el futuro» [ibíd.: 23].

### 3.2. ¡Vade retro, ATS!

Hemos planteado cómo la construcción de la enfermería española en torno a sus cuidados, buscando generar nuevas orientaciones en los servicios sanitarios y espacios de desarrollo profesional autónomos no subordinados a la práctica médica, propició una asimilación de los ATS con un modelo biomédico que, según estos discursos, habría llevado a los miembros de la profesión a «la pérdida de la identidad como cuidadores» [Alberdi, 1992: 35]. También hemos visto cómo los frutos más visibles de la construcción profesional sustentada en la distinción entre *curar* y *cuidar* como términos mutuamente excluyentes tuvieron lugar en el primer nivel asistencial con la aparición de la consulta de enfermería.

Hasta la reforma de la atención primaria impulsada por el primer gobierno socialista a partir de 1984, este espacio había sido el feudo de los varones de la profesión: los practicantes de zona. Titulados como ATS pero sin haberse visto obligados a las prácticas y al régimen de internado en el que, hasta 1972, se formaron las mujeres ATS, sus competencias asistenciales una vez finalizado su periodo formativo eran apreciablemente inferiores a las de sus compañeras. Esta distancia no hacía sino ampliarse durante su vida laboral, pues, en aquellos años, el trabajo de los practicantes de zona solía limitarse a poner inyecciones intramusculares y a hacer algunas curas, normalmente sencillas, lo que les dotaba de una experiencia asistencial notablemente más restringida que la de las ATS, mayoritariamente mujeres, empleadas en el ámbito hospitalario. Estas diferencias eran, sin embargo, inversamente proporcionales a lo que cobraban unas y otros, pues mientras que las enfermeras hospitalarias recibían un salario por cumplir con un horario laboral, los practicantes eran remunerados por coeficiente y por el número de cartillas de su zona, lo que a comienzos de la década de 1980 les permitía estar cobrando el doble que sus compañeras. A esto se añadía que mientras que las enfermeras hospitalarias debían desempeñar sus jornadas de ocho horas en turnos fijos o rotatorios de mañana, tarde o noche que en muchos casos incluían también fines de semana, los practicantes sólo estaban obligados a permanecer dos horas en los ambulatorios (pudiendo emplearlas también en realizar visitas domiciliarias) y, si no recibían más avisos, les era posible compatibilizar su actividad con el pluriempleo. Así, en el momento en el que se llevó a cabo la reforma de la

atención primaria, en lo que respecta a la enfermería, este espacio laboral se caracterizaba por estar copado por unos varones que, sabiendo y trabajando bastante menos, cobraban bastante más que las mujeres de la profesión, ocupadas en su inmensa mayoría en los hospitales [Bravo, Miguel, Reventós y Rodríguez, 1979: 156-157; Infante, 2003: 128-129].

En tanto que *imaginario necesario*, el cuidado ha actuado en la enfermería española como un significante sin significado preciso desde el que se ha procurado impulsar vías de desarrollo profesional. Aún sin contar con un contenido específico, la construcción de un referente identitario sustentado en gran medida en su confrontación con la actividad médica y la curación de enfermedades (recordemos cómo los cursos de nivelación de los ATS sostenían que «*la atención de enfermería debe dirigirse a cuidar y no a curar al individuo*») ha favorecido que ciertos segmentos de la profesión hayan resultado más prestigiados que otros. Así, a lo largo de la década de 1980, el espacio profesional que habían copado los varones ATS pasó a ser ocupado por una nueva enfermería que, desde la salud comunitaria, iba a dedicar gran parte de su tiempo no sólo a curar enfermedades, sino también a cuidar a poblaciones más o menos sanas por la vía de la educación para la salud, la prevención o el seguimiento de crónicos. Esta opción no coincidía con las aspiraciones de buena parte de las bases profesionales que trabajaban en el ámbito hospitalario. Éstas habían visto en la reforma de la atención primaria impulsada por el primer gobierno socialista una forma de compensar el agravio comparativo que habían vivido con respecto a sus compañeros varones, pero también una vía de descarga de tareas que no requieren de la costosa tecnología existente en los hospitales y que podrían realizarse en el primer nivel asistencial, favoreciendo así una mayor hibridación entre éste y la asistencia hospitalaria.

El rumbo que finalmente adoptó la reforma de la atención primaria fue otro: más que igualar a la enfermería hospitalaria con la enfermería del primer nivel asistencial, contribuyó a reforzar su distancia, aunque ahora sostenida sobre una formulación diferente. Si los centros de salud se erigieron como los lugares paradigmáticos en los que implementar los cuidados de la nueva enfermería, el proceso tuvo como consecuencia no buscada la devaluación simbólica del trabajo que, con un alto nivel de eficiencia (o, cuanto menos, con un abanico competencial bastante más amplio que el de los practicantes de zona), habían venido desarrollando las mujeres de la profesión, esto es, las ATS empleadas como enfermeras hospitalarias. Los cuidados que desde la universidad se estaban proponiendo como los propios del rol enfermero por construir no

eran los que, por ejemplo, se ejecutaban en las unidades hospitalarias de *cuidados intensivos*. Estos últimos cuidados, tecnológica y farmacológicamente extremadamente intervencionistas y especializados, no eran los de una enfermería que «*debe dirigirse a cuidar y no a curar al individuo*». Así, mientras los cambios que acontecieron en atención primaria en la década de 1980 encajaron con la construcción identitaria que se estaba desarrollando en la profesión, algunas voces de la enfermería hospitalaria manifiestan haber vivido con cierto desamparo la forma en la que ha operado la separación entre cuidar y curar en su ámbito de trabajo:

“En primaria se vive mejor, eso sin duda, pero yo no me quejo. También me gustaría no seguir haciendo noches, pero son ya muchos años en esto y yo disfruto con lo que hago, que es con lo que te quedas. [...] Allí cuando cambió todo, cambiaron más rápido, pero al hospital esas cosas no llegaron, o llegaron menos. [...] Cuidar, cuidar, yo les decía a las chicas que venían con eso, pero o sea, pero ¿no estamos echando piedras en nuestro tejado? Que hay que cuidar, pero también curamos, que estamos en [el servicio de Medicina] Interna. [...] Y no sólo las jóvenes, nosotras también empezamos a decir que curar lo hacen los médicos, que nosotras cuidamos. [...] Yo no creo que sea así, eso nos quita fuerza, eso nos ha quitado fuerza. Además, ahora ¿qué tenemos? Mira las especialidades: las matronas sí, pero la otra [*Salud Mental*] no sirve para nada. Y mira que hace años que dijeron que iban a salir las otras y nunca han salido. Ahora dicen que van a sacar otras especialidades y vas a ver, seguro que si salen aquí no afectan<sup>52</sup>. Se hacen las cosas sin pensar en las que trabajamos en el hospital, aquí siempre hemos estado abandonadas. [...] A mí no me queda mucho para jubilarme, pero ojalá. No por mí, pero hay que mirar por la enfermería hospitalaria, con su especialización, por sus condiciones. Pero no creo, siempre hemos sido las últimas, y eso que somos muchas, somos casi todas” [Enfermera del servicio de Medicina Interna de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 63 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como ATS].

La perplejidad que manifiesta haber sentido la enfermera formada como ATS de la cita precedente cuando las nuevas generaciones de diplomadas universitarias reivindicaban la identificación de la enfermería como la profesión que cuida más que cura (“*las chicas que venían con eso*”) evidencia sus diferentes socializaciones y la impronta que éstas han tenido sobre la identidad profesional de las distintas generaciones de enfermeras. Si para las enfermeras de la década de 1950 ser ATS había supuesto la confirmación de su «*proyección a más altos destinos*» comentada por Tey i

---

<sup>52</sup> Las referencias a las especialidades de enfermería remiten a las reguladas por el *Real Decreto* (en adelante RD) 992/1987 (de las que, de las siete previstas, sólo se desarrollaron las de Enfermería Obstétrica Ginecológica [Matrona] y Enfermería de Salud Mental, no resultando ésta última un requisito imprescindible para trabajar en los servicios que se le asociaban) y a las que estaban siendo planificadas en el momento de realizarse la entrevista y que terminaron plasmándose en el RD 450/2005. Trataremos este tema en el sexto capítulo de la tesis.

Freixa, para las enfermeras formadas como DUE y GUE los ATS constituyen la rémora de un pasado que, desde su etapa universitaria, se les dice que deben superar. Así, la imagen de los ATS transmitida desde la universidad es la de una enfermería cuyos miembros:

«Suelen mostrarse excesivamente técnicos e hiperactivos, aunque eficaces ante las situaciones de urgencia, pero muy distantes con el paciente y menos comunicativos. Se adaptan con mucha dificultad a las variaciones anímicas del paciente y frecuentemente huyen cuando se muestra depresivo. Rechazan de plano al enfermo poco colaborador. [...] Supongo que les faltan tablas» [Allué, 1996: 27-28].

A día de hoy, las diferentes socializaciones de las distintas generaciones de enfermeras conviven con cierta normalidad en la cotidianidad del sistema sanitario español. Pese a ello, como veremos en el capítulo sexto, también la reciente creación del título de GUE ha provocado algunas tensiones con sus predecesores DUE. Tensiones que se manifestaron de forma especialmente intensa en algunos de los encuentros entre los primeros DUE y los ATS:

“No le gustaba que [los médicos] le llamaran señorita y tampoco que nos lo llamaran a nosotras, aunque nos lo habían llamado siempre. Y te digo yo que tenía razón, que está bien, que las cosas evolucionan, pero es que tampoco ella era una señorita. [...] No te lo digo porque hiciera sus cosas, que para eso era joven, a mí eso no me importa, cada uno con su vida... Pero es que no era buena supervisora, esa niña me trató muy mal, muy mal. [...] Ningún médico me ha humillado a mí como esa niña, y eso que yo he tragado con mucho falangista de aquí yo y después yo, y a mí eso no me iba, pero me respetaban. [...] La niña aquella no sabía mandar. Quería mandar como ella quería, no le gustaba cómo hacíamos las cosas y te miraba por encima. Y vale que ella mandaba, pero no sabía mandar” [Enfermera jubilada. Castilla y León. 72 años. Formada como ATS].

Entre el “*no le gustaba que los médicos le llamaran señorita*” y el “*vale que ella mandaba, pero no sabía mandar*” de la cita precedente se condensan muchas de las transformaciones y tensiones que, de forma acelerada, acontecieron en la enfermería española en la década de 1980. Indicábamos anteriormente cómo la profesión resultó favorecida y actuó como una aliada de las políticas que, en esos años, emprendieron los primeros gobiernos democráticos para desarticular el poder de una jerarquía médica que durante el franquismo había dirigido el rumbo de la sanidad en España. Un poder que, trasladado al día a día de los servicios de salud y articulado con la división sexual del trabajo y los mandatos de género existentes, había situado a las enfermeras como “*las*

*señoritas*” a las que, como vimos, todavía en los manuales con los que eran formadas en 1975 se les dejaba «*claro que el médico es el superior, y al que hay que obedecer por motivos naturales y sobrenaturales*». La construcción de la enfermería como la profesión del cuidado se utilizó como una herramienta simbólica desde la que intervenir en una realidad en la que la enfermería mutó: se hizo cargo de su propia educación, apareció la Dirección de Enfermería, se inició el desarrollo de tareas de investigación enfermera, sus labores asistenciales empezaron a ser pensadas, organizadas y evaluadas como procesos de atención de enfermería, se multiplicaron las asociaciones profesionales y las organizaciones de representación colectiva, etc.

Todos estos cambios supusieron áreas de fricción con la profesión médica, pero también dentro del propio colectivo enfermero. Para muchas enfermeras formadas como ATS y socializadas en la subordinación a los médicos del “*aquí yo y después yo*”, tener que empezar a obedecer a mujeres universitarias de generaciones más jóvenes, que además venían con “*esas cosas*” de transformar la profesión para cuidar más que curar, supuso una violencia mayor (o una violencia a la que estaban menos acostumbradas: “*mandaban, pero no sabían mandar*”) que los «*motivos naturales y sobrenaturales*» por los que habían debido plegarse a la autoridad médica. Por su parte, la socialización que vivieron las enfermeras DUE, formadas por otras enfermeras y no por médicos, chocaba frontalmente con los esquemas organizativos y las formas de obediencia en las que «*el médico prescribe, dirige el plan; el ATS ejecuta lo mandado*». Sus aspiraciones de construir una enfermería diferente pasaban por desarrollar fórmulas de relación con la profesión médica más equitativas. Desde esta posición, la manera en la que “*las señoritas*” se relacionaban con los médicos y entendían la profesión enfermera fue considerada como una rémora a superar:

“Éramos muy diferentes, no sólo por edad, por todo. [...] Claro que chocamos, pero es normal, ¿cómo van a cambiar las cosas si no te enfrentas con tu pasado? Si no, seguiríamos como cuando la cofia y las monjas. [...] Eran otra generación, y eso se notaba. Yo podía respetar que no quisieran adaptarse, pero eso me afectaba a mí, nos afectaba a las que queríamos que la enfermería fuera hacia adelante [...]. Que había que dejar de pensar que los médicos son dioses, que también la enfermería tiene su dignidad. [...] Aunque seamos todas enfermeras, se nota las que son ATS, cómo hacen las cosas, cómo han aprendido. [...] Les gustan menos los cambios, es porque han aprendido así, más detrás del médico, ellas eran ATS” [Enfermera de Atención Primaria de un centro de salud público de Castilla y León. 44 años. Contrato estatutario de interinidad. Formada como DUE].

### ***La contraimagen necesaria del ATS.***

Pese a que muchas enfermeras formadas como ATS manifiestan que esta imagen no concuerda ni con su pasado ni con su presente, también entre ellas es habitual escuchar un “*nos tratan como si todavía fuéramos ATS*” cuando rechazan algunas de las formas en las que otras profesiones, especialmente la medicina, se resisten a establecer relaciones de interdependencia funcional con la enfermería, prefiriendo seguir manteniendo unas relaciones jerárquicas que colocan al médico en la cúspide del organigrama sanitario. De este modo, en la imagen degradada simbólicamente de los ATS que circula en la enfermería española, probablemente también se esté transmitiendo la «*proyección a más altos destinos*» a la que han aspirado y aspiran las enfermeras que les han sucedido. De hecho, en la actualidad, en el *imaginario necesario* de la enfermería, la figura del ATS opera como una *contraimagen necesaria* con la que, también desde cierta indefinición en su contenido, expresar aquello de lo que la profesión trata de distanciarse. Así, en las conversaciones entre enfermeras, el término ATS es utilizado como un descalificativo que se aplica a actitudes consideradas demasiado técnicas, heterónomas y poco reivindicativas ante el papel que deberían ocupar en el sistema sanitario la enfermería y sus cuidados. De este modo, al tiempo que se expresa el malestar de las enfermeras por no ser tratadas por los médicos de igual a igual y su aspiración a que los cuidados de enfermería ocupen un mayor espacio en un sector sanitario en el que encuentran múltiples dificultades para desarrollarse, también se observa una construcción simbólica de la profesión enfermera en la que aquellos puestos más próximos al *imaginario necesario* del cuidado resultan más prestigiados que los vinculados al imaginario de la curación:

“En enfermería yo creo que es justo al contrario que en los médicos. Ellos valoran mucho servicios como este [*se refiere al servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar en el que trabaja*], yo creo que son una élite, están muy valorados, mucho más que los de familia. [...] Las enfermeras somos al revés, nuestra élite son las de primaria [...]. Es como si fueran más enfermeras que nosotras, como si nosotras fuéramos más ATS [...]. En verdad no es tan importante, todas somos iguales pero esas cosas aunque no importan, luego sí importan, por eso que te decía de que parece que somos menos enfermeras y más técnicos” [Enfermera del servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 34 años. Contrato estatutario de interinidad. Formada como DUE].

La enfermería española, como cualquier otra profesión, está compuesta por múltiples segmentaciones y mundos sociales que cuentan con identidades, aspiraciones

y problemáticas particulares. A finales de la década de 1970, se inició un proceso de reconstrucción profesional que tuvo en la enfermería docente una de sus principales valedoras. Cimentada sobre la distinción entre curar y cuidar y la identificación de la enfermería con el segundo de los términos, esta construcción identitaria se ha ido adaptando a los diferentes espacios y a los cambios que, con el tiempo, se han sucedido en la profesión. Como hemos señalado, la década que siguió a la puesta en marcha del título de DUE supuso una intensa transformación en la enfermería española. Precisamente diez años después del comienzo de esta fase de cambios acelerados, cuando, con la aprobación en 1987 de la legislación que regulaba nuevas especialidades, todo apuntaba hacia una intensificación de las transformaciones, el proceso se detiene o, al menos, se ralentiza y se hace menos visible. No es sólo que de las siete especialidades previstas sólo dos llegaran a desarrollarse, sino que, probablemente por comparación con la velocidad de las transformaciones de la década de 1980, las evoluciones que le siguieron fueron percibidas como un estancamiento rutinario de la profesión. A finales del siglo XX, al buscar explicaciones al porqué de dicho estancamiento, desde la propia enfermería docente se apuntaba al papel que habría podido jugar la construcción identitaria que se asentó en la profesión a lo largo de la década de 1980:

«Las enfermeras empiezan a tener verdades indiscutibles, planteamientos aceptados unánimemente que no admiten crítica, ni análisis. Propuestas importadas de otros países, de otros sistemas, se van introduciendo con términos difíciles de entender por la mayoría de la profesión. Nos definimos con demasiada facilidad con expresiones ampulosas: “Somos los únicos que atendemos íntegramente al paciente”, “los únicos capaces de...”, y es difícil plantear interrogantes sencillos y llanos a esas grandes verdades, que se viven como oscuros ataques. [...] La enfermería vive en este final de siglo una situación de parálisis ante el desafío. [...] La enfermera asistencial vive unas condiciones de vida y trabajo que la llevan a considerarse el escalón más bajo del colectivo y ve en la docencia, la investigación y la gestión los lugares donde llegar y donde encontrar su auténtica identidad, o al menos su pleno desarrollo profesional. Por su parte las enfermeras docentes, las que ocupan lugares de planificación y gestión, y algunos grupos minoritarios de investigadoras, van configurando una élite demasiado distante de los asistenciales, y el colectivo profesional, muy compacto en otros tiempos, se desgaja hoy en “semiprofesiones” dependiendo del lugar que se ocupe» [Antón Nardiz, 1998: 4-5].

### 3.3. De la identidad a la visibilidad.

En octubre de 2014, la auxiliar de enfermería Teresa Romero es ingresada en el Hospital Carlos III de Madrid para ser tratada de ébola. Es la primera persona infectada en Europa del brote de dicho virus desatado en África occidental meses antes y que estaba resultando especialmente letal en Guinea, Sierra Leona y Liberia. Desde estos dos últimos países habían sido repatriados dos misioneros españoles infectados y en cuyo tratamiento había participado Teresa Romero, quien una vez ingresada en aislamiento manifiesta haberse podido contagiar al tocarse la cara con un guante cuando se quitaba el traje de seguridad. Ante esta información, el por entonces consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid y médico de profesión, Javier Rodríguez, declara en un programa de televisión que *“para explicar cómo quitarse o ponerse un traje no hace falta hacer un máster”*<sup>53</sup>. El entonces presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, trata de sofocar las críticas que estas palabras suscitan señalando que *“bajo ningún concepto se puede criminalizar o responsabilizar a la enfermera”*<sup>54</sup>. En la información que, durante las semanas siguientes, dan los medios de comunicación sobre la evolución de Teresa Romero, al igual que había hecho el presidente de la Comunidad de Madrid, su profesión de auxiliar de enfermería es abrumadoramente confundida con la de enfermera. Cuando la auxiliar supera la infección y convoca una rueda de prensa, del equipo multidisciplinar que la había tratado, los únicos que aparecen a su lado son los miembros de la profesión médica.

La escena anterior constituye un fotograma de la historia reciente de la enfermería en España y de cómo ésta es proyectada, las muy escasas veces en que esto sucede, en esos espacios sociales de narración, estructuración y construcción de realidad que son los medios de comunicación generalistas y los discursos políticos. Los tratamientos farmacológicos que se le administraron a Teresa Romero eran experimentales, resultando por tanto imposible determinar si jugaron algún papel en su curación o si la auxiliar salvó su vida, como la mayoría de las personas que han superado el ébola en África sin tratamiento farmacológico alguno, por la respuesta que estuvo en condiciones de dar su sistema inmunológico. En el tiempo que Teresa Romero estuvo ingresada en aislamiento, el personal sanitario que la atendió se dedicó nutrirla, hidratarla, administrarle fármacos para procurar que la sintomatología del virus le resultase menos agresiva, proporcionarle estabilidad emocional e higiene, etc. Es

---

<sup>53</sup> Fuente: *El programa de Ana Rosa*, Telecinco, 9-10-2014.

<sup>54</sup> Fuente: periódico *Eldiario.es*, 9-10-2014.

decir, a tratar, a través de estas tareas, de que el sistema inmunológico de Teresa Romero estuviera en las mejores condiciones posibles para hacer frente al patógeno. Tareas que forman parte de los *cuidados* de enfermería y de las responsabilidades de otro personal sanitario no médico. Los que, sin embargo, aparecieron como las caras visibles que habían *curado* a la auxiliar de enfermería fueron los profesionales de la medicina.

### ***Visibilizar la enfermería.***

Esta situación tuvo como respuesta la campaña *Enfermería Visible*, desde la que se denunció la apropiación por parte de los médicos de la responsabilidad del proceso clínico que había contribuido a la curación de la auxiliar de enfermería y la escasa visibilidad y reconocimiento social que tienen el resto de profesionales de la salud. En el manifiesto de esta campaña se señala:

«La realidad de la atención sanitaria española la componen diversos colectivos profesionales con la misma importancia en el resultado final para el paciente y la población. En este grupo se encuentran, además de los médicos, las enfermeras, las auxiliares de enfermería, las matronas, los celadores, así como otros colectivos como los fisioterapeutas, farmacéuticos y demás integrantes del equipo sanitario. [...] El conocimiento enfermero es el legado de la Enfermería como ciencia dirigida al cuidado de las personas y que desempeña para el bien de la humanidad. Sin embargo, existe una preocupante tendencia a no visualizar la profesionalidad y labor de las enfermeras y del resto del equipo sanitario, minimizando su impacto asistencial, así como su función social y su capacidad para producir beneficios directos en la ciudadanía de forma independiente. [...] El colectivo enfermero de este país siente una profunda (y continua) falta de reconocimiento social, político y profesional. No compartimos que cuando se habla de atención sanitaria y de la prestación de servicios de salud a la población, ésta sea entendida sólo como atención médica y que se contemple como un entramado al servicio de terceros y no del paciente, olvidando que la curación se consigue a través de la dedicación de un colectivo multiprofesional conformado por diferentes profesiones de servicio» [Enfermería Visible, 2014]

Encontramos así cómo, a diferencia de la construcción identitaria asentada en la década de 1980, en la segunda década del siglo XXI algunas voces dentro de la enfermería española están manifestando su malestar porque socialmente se asocia la curación exclusivamente a la atención médica y reclaman el reconocimiento del papel de una enfermería que, por medio de su labor asistencial como profesión del cuidado,

*cuida* y, a través de sus cuidados, *también cura*. Se trata, no obstante, de un replanteamiento que ha de confrontarse con un principio muy asentado en la profesión: aquél en el que se viene socializando a las enfermeras desde que, como vimos, se explicó a los ATS que se examinaron para convalidar su título con el de DUE que «*la atención de enfermería debe dirigirse a cuidar y no a curar al individuo*».

En el primer capítulo señalamos cómo Freidson planteaba que la histórica construcción de la enfermería como una actividad auxiliar de la práctica médica había supuesto una barrera en su proceso de profesionalización, pues «para lograr la autonomía de una profesión, la ocupación paramédica debe controlar un área de trabajo delimitada, que pueda ser separada del cuerpo principal de la Medicina, ejercida sin contacto rutinario o dependencia con la Medicina» [Freidson, 1977: 81]. La enfermería española se dotó de ese espacio durante la década de 1980, momento en el que construyó sus referentes identitarios en torno a la autonomía de sus cuidados y la desvalorización de los componentes menos relacionales y más técnicos de su actividad (recordemos, por un lado, cómo una de las madres fundadoras, al referirse a la etapa en la que la enfermería se formó como ATS, señalaba que «*no existía un modelo de profesión para la mayoría del colectivo y gran parte del mismo seguía uno (el bio-médico) que yo considero equivocado*» y, por otro, cómo la figura del ATS opera como una *contraimagen necesaria* en la identidad de una enfermería definida en exclusión frente a toda actividad médica). Así, la organización patriarcal del trabajo sanitario existente a comienzos de la década de 1980 (con, en primer lugar, médicos varones formando y organizando el trabajo de la feminizada enfermería y, en segundo lugar, con los practicantes de zona sabiendo y trabajando bastante menos, pero cobrando bastante más que sus compañeras ATS del ámbito hospitalario) fue combatida con un discurso reivindicativo que, priorizando la orientación salubrista de la labor enfermera, desligó simbólicamente a la enfermería española de sus tareas técnicas y sacó de sus prioridades asistenciales curar las enfermedades. De este modo, la profesión enfermera quedó vinculada con «*la conducta para cuidar, que es diferente que la conducta para curar*». Como consecuencia no buscada durante el proceso, mientras se reforzaba la percepción de que la medicina es la ciencia que cura, la enfermería se vertebró identitariamente desde un referente conductual fuertemente asociado con labores tradicionalmente femeninas y cargado simbólicamente de más humanismo que de ciencia. Probablemente, esta construcción simbólica de la profesión enfermera contribuya a explicar que, casi cuarenta años después, ni presidentes de la Comunidad de Madrid ni medios de

comunicación sepan diferenciar entre una auxiliar de enfermería infectada por ébola y una enfermera. O que consejeros de Sanidad y médicos de profesión consideren que lo que hacen las enfermeras y las auxiliares de enfermería se parezca más a lo que sabe hacer cualquier persona (o, más bien, cualquier mujer) que a una compleja actividad profesional: “*para explicar cómo quitarse o ponerse un traje no hace falta hacer un máster*”.

### ***El peso de la dimensión humanista de la enfermería como factor de diferenciación.***

Según indicaba el manifiesto de la campaña *Enfermería Visible*, parte del problema deriva de la sombra que desprende la medicina sobre el resto de profesiones sanitarias, ocultando su contribución a la curación de enfermedades y a la producción de salud. En los últimos años, junto a actores tradicionales de la enfermería española como el SATSE, las asociaciones y colegios profesionales y las antes Escuelas y ahora Facultades de Enfermería, ha aparecido una comunidad enfermera conectada a través de las redes sociales, conocida en la jerga profesional como la *enfermería 2.0* o la *blogosfera enfermera*, que si bien en términos cuantitativos resulta minoritaria, está siendo especialmente activa a la hora de dotar de visibilidad a la enfermería y sus cuidados. Una de sus campañas, lanzada en 2011, lleva el nombre de *Mírame, diferénciate* y su equipo promotor define el proyecto como:

«Una iniciativa, fruto del trabajo de muchas personas que, unidas, pretendemos sensibilizar a los **profesionales, usuarios y organizaciones** sobre la importancia de mirarnos a los ojos, de compartir nuestras dudas, de intercambiar una expresión, de ponernos en el lugar del otro... básicamente, de **humanizar** la asistencia sanitaria, **que no es poco**» [Fernández-Salazar, 2011a].

Se trata, por tanto, de una iniciativa en la que, en un contexto de grave crisis económica que ha afectado intensamente al sistema sanitario español, miembros de la profesión enfermera se ponen a la cabeza de una campaña que aboga por que los servicios de salud adopten un perfil más humanizado. Los promotores no han aportado datos referidos al éxito de la iniciativa (que sí de la campaña, que tuvo una significativa repercusión en los medios de comunicación especializados en el sector de la salud), pero más allá de si se lograron los objetivos perseguidos, cabe interrogarse si, al situar el foco en la falta de humanidad existente en el sistema sanitario, se puede estar contribuyendo a colocar en un segundo lugar otras causas (como la falta de financiación, la escasez de personal, la precarización de los empleos de los profesionales, la ausencia

de una política sanitaria con alguna otra prioridad diferente a la de recortar el gasto público, etc.) que, probablemente, expliquen algo sobre esa falta de humanidad. Por su parte, en lo que respecta al lugar en el que simbólicamente se está colocando a las enfermeras, es oportuno preguntarse si campañas como *Mírame, diferénciate* podrían estar teniendo el efecto de seguir reforzando la imagen de una enfermería que es más un forma de *actuar* con tesón, voluntad y entregada abnegación que una profesión dedicada a ejecutar tareas de cuidado con un alto grado de complejidad y con las que se cuida y se cura a la población. Si las estrategias para dotar de visibilidad a la enfermería española y sus cuidados buscan «poner en valor la profesionalidad de las enfermeras en el ejercicio de sus funciones con un cuerpo de conocimientos científicos propio» [Enfermería Visible, 2014], ¿son competencias tan socializadas (y, por lo tanto, tan escasamente cualificantes) como las de saber «*mirar a los ojos*» las que van a permitir diferenciarse a las enfermeras para poder así prestigiar su profesión? Es decir, con estrategias de este tipo, ¿puede aspirar la enfermería española a que presidentes de la Comunidad de Madrid, consejeros de Sanidad que son médicos de profesión y medios de comunicación lleguen a distinguir entre una enfermera y una auxiliar de enfermería o, más aún, que lleguen a considerar que su actividad tiene más que ver con su profesionalidad que con su especial sensibilidad femenina? ¿Se harán eco los medios de comunicación de la noticia de que la propuesta de la enfermería para afrontar la degradación que está viviendo la sanidad española es haber tratado de diferenciarse poniendo en valor «*la importancia de mirarnos a los ojos, que no es poco*»? Hay quien señala que a costa de introducir reflexiones que, como las que plantea *Mírame, diferénciate*, son pertinentes y necesarias, la enfermería española contribuye a perpetuar la fuerte identidad de género que se mantiene en la imagen de la profesión, lo que podría estar dificultando su capacidad para dotarse de mecanismos desde los que introducir cambios en esas y en otras dimensiones de la realidad sanitaria:

«Si en el imaginario social la medicina es vista como *Ciencia sin Humanidad* (mientras que la enfermería se percibe como *Humanidad sin Ciencia*) cualquier esfuerzo encaminado a aportar más humanismo a la medicina, para poder ser apreciada como *Ciencia con Humanidad*, es absolutamente loable, especialmente por las difíciles condiciones en que tantos médicos, muy especialmente en atención primaria, creo, desarrollan su trabajo asistencial, entre presiones, prisas, masificación, politización y burocracias. Sin embargo, si con respecto a la enfermería (*Humanidad sin Ciencia*) el objetivo fundamental es reforzar aún más el componente humanitario, frente al

científico, eso significa volver al discurso enfermero de los años setenta y ochenta, aunque despojado ahora del fuerte componente feminista, producto genuino de la época, de las madres fundadoras, hace ya 30 o 35 años. Eso no es mirar al futuro, no es desarrollar una visión estratégica sobre la profesión. Uno de los factores por los que el largo camino recorrido por la enfermería de ocupación a profesión permanece aún inconcluso, en mi opinión y en la de algunas otras reflexiones, es el excesivo peso ideológico y conceptual de los aspectos humanistas en el discurso enfermero, en claro menoscabo de los componentes científico-técnicos» [Hernández Yáñez, 2013a: 77].

Si, como propusimos al comenzar el capítulo, el proceso de separación conceptual que delimitó los términos *curar* y *cuidar* como mutuamente excluyentes iba a ser examinado desde el espacio de la práctica social en el que se desarrolló, esto es, atendiendo a su influencia en la reproducción o la transformación de las relaciones y las posiciones sociales, habría que destacar que la década de 1980, en la que ese referente identitario se asentó en la enfermería española, se caracteriza por las vertiginosas recomposiciones acontecidas en la profesión, en las relaciones entre los géneros que la atravesaban y en sus relaciones con la profesión médica. En la década siguiente, sin embargo, como veíamos en las palabras de Antón Nardiz, la enfermería española comenzó a «*tener verdades indiscutibles*», a vivir una «*situación de parálisis ante el desafío*» y a ver cómo la «*enfermera asistencial empezó a considerarse el escalón más bajo del colectivo, viendo en la docencia, la investigación y la gestión los lugares donde llegar y donde encontrar su verdadera identidad*». Así, si las prácticas reivindicativas de las enfermeras de las década de 1970 y 1980 resultaron cruciales en el intenso desarrollo profesional que se produjo, la fuerte identidad de género que en esos años se reafirmó en la imagen de la profesión contribuyó a perpetuar la posición devaluada de lo femenino en general y de la enfermería española en particular [Germán, 2006; Miró, 2008; Rodríguez, Martínez, Tovar, González, Goday y García, 2009]. De ahí que Hernández Yáñez sostenga la tesis de que «visto desde una perspectiva histórica, con un cierto distanciamiento ideológico y desde una perspectiva utilitaria, es probable que la aportación de la enfermería a la causa feminista haya sido considerablemente mayor que la del feminismo a la causa enfermera» [Hernández Yáñez, 2010: 8].

Hoy en día, es frecuente encontrar expresiones de desasosiego en la enfermería española, como cuando se pregunta «¿por qué no consiguen las enfermeras/os el reconocimiento social de su aportación única y específica a la población, a pesar del avance en el proceso de profesionalización? Es una difícil carga, que a las enfermeras/os

les cuesta asumir, y repercute en la identidad del colectivo» [Ramió, 2005: 7-8]. Esa falta de reconocimiento social resulta, sin embargo, matizable. De hecho, en los distintos barómetros que elabora el Centro de Investigaciones Sociológicas (en adelante CIS), la valoración que recibe la enfermería es siempre muy positiva. Valga como ejemplo una foto fija de 2013: cuando el barómetro de marzo pregunta por la valoración de diferentes grupos profesionales, las enfermeras son las segundas más valoradas (con una puntuación de 7,96 sobre 10), sólo por detrás de los médicos (8,52) y por delante de, entre otros colectivos, los profesores (7,93), los ingenieros (7,59), los policías (6,87), los albañiles (6,74), los abogados (6,58) o los periodistas (6,43) [CIS, 2013a]. Por su parte, en el barómetro sanitario de ese mismo año, sólo el equipamiento y los medios tecnológicos existentes en los hospitales (7,93) son más valorados que los cuidados del personal de enfermería (7,52), que son más apreciados que la atención del personal médico (7,45), el trato del personal no sanitario (7,06) o los aspectos hosteleros de los hospitales como la comida, los aseos y la comodidad de las habitaciones (6,37) [CIS, 2013b].

La distancia entre el reconocimiento social del que, según mantiene Ramió y las voces más públicas de la enfermería en España, carecen las enfermeras y el que la sociedad española expresa a través de las encuestas del CIS puede explicarse por la construcción identitaria que vertebra la profesión. Mientras que las personas a las que encuesta el CIS expresan el reconocimiento que sienten por aquello que las enfermeras *hacen* cuando, a través de sus labores asistenciales, se relacionan con ellas, el malestar de las enfermeras remite a una identidad definida por lo que las enfermeras *son* o, más bien, por lo que, según la forma en la que se ha construido su identidad profesional, se mantiene que *deberían ser*. Así, en el mismo libro en el que, desde la enfermería docente, Antón Nardiz recoge el desasosiego de una enfermería que se encuentra en una «*situación de parálisis ante el desafío*», también deja claro desde las primeras páginas que «ser enfermera no es sólo una profesión, sino una forma de estar en la vida» [Antón Nardiz, 1998: vii]. ¿Podría explicar esto que, según manifestaba la propia Antón Nardiz, la enfermería vea «*en la docencia, la investigación y la gestión los lugares donde llegar y donde encontrar su auténtica identidad, o al menos su pleno desarrollo profesional*»? Pues si «*la enfermera asistencial vive unas condiciones de vida y trabajo que la llevan a considerarse el escalón más bajo del colectivo*» y si «*ser enfermera no es sólo una profesión, sino una forma de estar en la vida*», ¿no parece consecuente no querer estar en la vida en la mismas condiciones que se viven en el trabajo asistencial? Si ser

enfermera tiene que ser «*una forma de estar en la vida*», resulta mucho más atractivo querer estar en la vida en las mismas condiciones en las que trabajan las enfermeras que se dedican a «*la docencia, la investigación y la gestión*», y no en las condiciones en absoluto sencillas en las que se desarrolla la labor asistencial de las enfermeras españolas:

“¿Que qué es ser enfermera? ¡Qué difícil! Es trabajar mucho y cobrar poco. Y dormir poco también. [...] Es trabajar con gente y cuidarla, y eso es muy bonito pero también muy duro, muy duro. Porque además todo hay que hacerlo corriendo y te quedas con la sensación de que no llegas. [...] Y cuando haces algo mal, te quedas con un sentimiento de culpa que te llevas a casa, pero ¿cómo no vas a cometer errores con las condiciones en las que estamos? [...] Yo ahora estoy aquí y probablemente cuando terminen los dos meses [que me quedan de contrato] me vuelvan a llamar, a mí aquí me llaman mucho. Pero yo estoy donde me llaman, y en unos sitios se te da mejor y en otros peor, eso es así, por mucho que te esfuerces [...] Para adaptarte a todo tienes que adaptarte mucho, [...] para estar al día llevas unas horas de estudio detrás que eso no lo ve nadie. [Al ser preguntada por su etapa formativa] Te enseñan una enfermería que no es verdad. ¡Ojalá ser enfermera fuera tan bonito como te cuentan! Pero cuando empiezas a trabajar te das cuenta que es otra cosa, y eso es duro. [...] Ser enfermera es duro, a veces frustra” [Enfermera del Servicio de Dermatología de un hospital público de gestión privada de la Comunidad de Madrid. 28 años. Contrato laboral temporal. Formada como DUE].

Es precisamente por haberse construido la identidad enfermera desde los espacios que no son los propios de las bases profesionales (especialmente desde la enfermería docente) por lo que dicha identidad remite a una enfermería que no existe y que, por tanto, puede llevar a quienes viven la enfermería desde la realidad cotidiana de los sinsabores y las alegrías del trabajo asistencial a sentir frustración y a considerar que *no son lo que deberían ser* (o lo que las élites de la profesión teorizan sobre lo que la enfermería asistencial debería ser). Se trata, además, de una identidad que, poniendo por delante lo que las enfermeras *deberían ser* a lo que las enfermeras *están haciendo* y *están capacitadas para hacer*, dificulta sus estrategias de desarrollo profesional y competencial en el competitivo ecosistema profesional de la sanidad:

«Analizando la literatura profesional enfermera de los últimos cuarenta años, lo que más choca es la obsesión permanente [...] por intentar definir de una vez por todas qué es ser enfermera, un trastorno, por cierto, que nunca ha padecido la profesión médica, tan renuente a reflexionar, o al menos a dejar constancia por escrito, sobre su identidad. Y es que, en términos epistemológicos, la medicina tiende a ser positivista y la enfermería, metafísica. A la medicina, para definirse, le basta con aceptar el axioma soy lo que hago,

y además es evidente y característico lo que hago; pero a la enfermería le angustia no tener más remedio que definirse en base al antitético hago lo que soy, porque sólo si sé lo que soy, sé lo qué tengo que hacer. Por eso al discurso enfermero le resulta mucho más fácil definir y describir sus características culturales y sus prácticas laborales, que sus contenidos disciplinares y su locus profesional más allá de la jerga y la retórica. Una profesión que necesita cuestionarse sus propios fundamentos permanentemente y que no parece haber dado con la respuesta a esas preguntas, sin duda carece de una identidad definida en su mercado profesional» [Hernández Yáñez, 2010: 9-10]

Cuando la enfermería española logró a finales de la década de 1970 que sus estudios formaran parte de la enseñanza universitaria, sus relaciones con la autoridad masculina y médica resultaban una “jaula de hierro” para el desarrollo profesional de las enfermeras: todavía en 1975 se publicaban manuales para su formación en los que se les explicaba que *«por lo que respecta al ATS es claro que el médico es el superior, y al que hay que obedecer por motivos naturales y sobrenaturales»*. La construcción simbólica de la enfermería como *«la profesionalización de la actividad de cuidar»* contribuyó a que las enfermeras pudieran sortear esos barrotes y, desde entonces, su actividad profesional ha dejado de resultar asimilable a aquella en la que *«el médico prescribe, dirige el plan; el ATS ejecuta lo mandado»*. En los últimos años, al igual que veíamos en el manifiesto de *Enfermería Visible*, empiezan a observarse minoritarias reflexiones dentro de la profesión que señalan que el referente identitario que se construyó entonces en torno a la máxima de que *«la atención de enfermería debe dirigirse a cuidar y no a curar al individuo»* puede haber edificado una nueva “jaula de hierro” para el desarrollo profesional de la enfermería del siglo XXI [Infante, 2003 y 2007; Carrión, 2013; González García, 2013; Sastre, 2014].

Esa enfermería, sin embargo, no se compone sólo de aquello que resulta observable al analizar la forma en la que se ha construido identitaria y simbólicamente. En los próximos capítulos analizaremos cómo, tras un periodo de aparente letargo, los últimos años parecen haber supuesto un nuevo impulso (en absoluto exento de contradicciones y tensiones) en el desarrollo profesional de la enfermería española, con la aprobación en 2003 de *Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* (en adelante *LOPS*), la sustitución del título de DUE por el de GUE, los debates en torno a la prescripción farmacológica enfermera y la puesta en marcha de nuevas especialidades reguladas primero por el *RD 450/2005* y posteriormente por el *RD 639/2014*. Analizaremos así cómo, frente al estancamiento descrito en los textos que focalizan su

atención en la dimensión identitaria y simbólica de la enfermería en España, cuando ésta se analiza desde otros puntos de observación (como los rasgos de su empleo, sus relaciones interprofesionales, su trabajo o su formación) se puede advertir una profesión que en los últimos cuarenta años ha vivido un proceso de intensa recomposición. Así, partiendo de la consideración de que “lo simbólico” o “lo identitario” no son más que dos de los prismas posibles desde los que interpretar la profesión enfermera en España, en los próximos capítulos analizaremos cómo estas dimensiones de la realidad social influyen y, a su vez, se ven influidas por otras, ya que, tal como señalaba una enfermera, la dimensión simbólica e identitaria de la enfermería *“en verdad no es tan importante, todas somos iguales pero esas cosas aunque no importan, luego sí importan, por eso que te decía de que parece que [algunas] somos menos enfermeras”*.

## **4. EMPLEO Y RELACIONES INTERPROFESIONALES EN LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA.**

### **4.1. La demografía profesional del Consejo General de Enfermería: ¿tantos médicos para tan pocas enfermeras?**

«España necesita unas 142.000 enfermeras para alcanzar a Europa». Así titulaba el periódico generalista *El Mundo* una noticia en la que se recogía la información aportada por el CGE en una rueda de prensa convocada en mayo de 2015. En el cuerpo de la noticia se leía:

«El presidente del Consejo General de Enfermería [...] denunció que “España está a la cola de Europa” en las ratios profesionales. Así, según los datos de un informe elaborado por el Observatorio Enfermero [...], mientras que en la UE hay, de media, 811 enfermeras por cada 100.000 habitantes, en nuestro país esa cifra se reduce a 508 profesionales. Además, subrayó, la proporción de médicos y enfermeras que trabajan en los sistemas públicos nacionales europeos es del 30% y el 70% respectivamente, un porcentaje que pasa al 42,13% de médicos y 57,87% de enfermeras en nuestro país. “Eso significa que, en la actualidad, en España se necesitarían 141.783 enfermeros más para adecuarnos a la media europea, lo que supone casi el 60% más” de los profesionales actualmente en activo» [Fuente: periódico *El Mundo*, 7-05-2015].

En la rueda de prensa se presentaba el estudio *Gravedad de la situación de la enfermería española por los incumplimientos de las administraciones sanitarias* [CGE, 2015a]. En él, se utilizan datos recopilados por la OMS entre los que se destaca una característica de la estructura de las profesiones sanitarias en España en la que, a través de sus políticas comunicativas, han insistido recurrentemente a lo largo de su historia tanto el CGE como el SATSE y otros actores de la enfermería española: en comparación con la media de la Unión Europea (en adelante UE), en España hay proporcionalmente una mayor dotación de médicos, una menor dotación de enfermeras y, por lo tanto, una ratio médicos/enfermeras más elevada.

La comparativa de la realidad sanitaria a nivel internacional está sujeta a los problemas consustanciales al hecho de que los métodos de recopilación de la información difieren entre países, a los cálculos estadísticos específicos que se utilizan en cada uno de ellos, a la falta de coincidencia en la periodicidad con la que cada Estado aporta sus datos, etc. En lo que respecta a los recursos humanos sanitarios, la dificultad

de establecer comparaciones entre realidades equiparables aumenta aún más debido a las desiguales estructuras profesionales implantadas en cada uno de los Estados [Gil, 2005; Blanco y Adiego, 2010; Subdirección General de Información Sanitaria e Información, 2014]. En el caso de los médicos, los datos que manejan organismos internacionales como la UE a través de Eurostat, la OMS o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (en adelante OCDE) presentan una cierta homogeneidad, pues bajo el paraguas de la profesión médica las diferencias entre países no resultan excesivas. Aún así, hasta que en 2011 el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) modificó la Clasificación Nacional de Ocupaciones (en adelante CNO), la OCDE seguía presentando en sus estadísticas sobre España a médicos y odontólogos bajo una misma categoría, pese a que desde 1986 estos últimos ya no se forman como una especialidad de los estudios de medicina, sino a través de una carrera universitaria independiente. Algo que, por otra parte, no ha sucedido de manera homogénea en todos los países. No obstante, a pesar de alteraciones como esta, en términos generales existe una relativa equivalencia entre lo que los distintos Estados clasifican como profesionales de la medicina. Sin embargo, esa equivalencia resulta mucho menos obvia en el caso de las enfermeras. Mientras que en España existen dos categorías claramente diferenciadas dentro del personal de enfermería (quienes poseen el título de enfermera y las auxiliares de enfermería), a nivel internacional cada país cuenta con una estructura diferente que dificulta sobremanera las comparaciones: las denominaciones ocupacionales del personal de enfermería y cuidados varían, las titulaciones y los años de formación también, en algunos países las matronas son codificadas como enfermeras y en otros no, algunas estadísticas incluyen y otras excluyen a las enfermeras dedicadas a labores no asistenciales como la docencia o la gestión, etc. De hecho, veíamos en el capítulo anterior cómo también las enfermeras formadas en España que están actualmente en activo han sido habilitadas para ejercer la profesión a partir de enseñanzas heterogéneas: la formación profesional, en el caso de los ATS, y los estudios universitarios, de tres años para los DUE y de cuatro para los GUE.

Las dificultades clasificatorias que se manifiestan en las comparativas internacionales dan testimonio de cómo las profesiones, y en concreto la profesión enfermera, no constituyen realidades evidentes ni claramente delimitadas, sino que son el producto de diversos procesos sociales que van modelando configuraciones profesionales con múltiples especificidades que, además, mutan con el tiempo. Aún con

las cautelas que esto impone a la hora de realizar balances comparativos, los datos que destacaba el CGE no responderían a una situación coyuntural, pues se corroboran en las series históricas de todas las fuentes estadísticas que permiten comparar la estructura de las profesiones sanitarias en España con la de los países de su entorno socioeconómico inmediato. Una estructura profesional que, como destacaba el presidente del CGE, se caracteriza por contar con un número de médicos por habitante elevado y una proporción de enfermeras por habitante que no lo es tanto, lo que da como resultado una ratio médicos/enfermeras significativamente mayor que la media de la UE.

En este capítulo vamos a analizar la enfermería española desde el prisma de sus relaciones interprofesionales. En la primera parte de la tesis veámos cómo las relaciones entre enfermeras y médicos han sido uno de los puntos de observación privilegiados en los estudios sobre la profesión enfermera. Desde la etapa fundacional de la sociología de las profesiones, el peso de la conformación histórica de la enfermería como una ocupación auxiliar de la medicina se ha presentado como un dato de una gran relevancia para entender su evolución. En el capítulo anterior, también nosotros hemos dado cuenta de cómo entre las décadas de 1970 y 1980 la enfermería española edificó, alrededor del *imaginario necesario* del cuidado, un referente desde el que procurar establecer espacios de desarrollo profesional relativamente autónomos con respecto a las actividades médicas. Esto no ha impedido que, desde entonces, la delimitación de las fronteras competenciales entre estas dos profesiones haya estado plagada de intensas confrontaciones.

Las tensiones interprofesionales de la enfermería española, sin embargo, no se circunscriben a sus relaciones con la profesión médica. También han sido especialmente intensas las que han acontecido entre enfermeras y técnicos sanitarios. De hecho, la fundación en 1986 del sindicato que cuenta con una implantación hegemónica en la profesión, el SATSE, está vinculada a un conflicto de atribuciones con este colectivo. Lejos de haber desaparecido, todavía a día de hoy son recurrentes las disputas competenciales entre ambas profesiones, lo que en muchas ocasiones termina resolviéndose en el ámbito judicial ante cuestiones como la de si los técnicos especialistas en laboratorio pueden o no realizar extracciones sanguíneas, el tipo de ambulancias en las que es preceptivo que vayan enfermeras y en cuáles han de ir técnicos en emergencias sanitarias, o qué funciones corresponden a los técnicos especialistas en radiodiagnóstico y radioterapia y cuáles han de ser desempeñadas por las enfermeras empleadas en los servicios de radiología. En este capítulo, sin embargo,

vamos a centrar prioritariamente nuestra atención en las relaciones interprofesionales que la profesión enfermera establece con los médicos y con la otra categoría profesional que en España forma parte, junto con las enfermeras tituladas, del personal de enfermería: las hasta 1986 auxiliares de clínica y, desde entonces, auxiliares de enfermería.

Al introducir en el análisis a las auxiliares de enfermería, observaremos cómo la imagen que proyectan las estadísticas que exclusivamente tienen en cuenta a médicos y enfermeras admite significativas matizaciones. Esto nos permitirá argumentar que, para estudiar las relaciones sociales que intervienen en la configuración de la profesión enfermera, resulta pertinente atender a la forma que adopta el *empleo* que se hace de la enfermería y del resto de profesiones en el sistema sociosanitario español, por lo que posteriormente señalaremos las principales características de los empleos de las enfermeras en España. Finalizaremos el capítulo abordando algunas de las dimensiones de las relaciones entre los géneros que atraviesan la profesión y sus relaciones interprofesionales, desde donde volveremos sobre la antes mencionada recurrente comparación de la situación de médicos y enfermeras que, en sus políticas comunicativas, utilizan importantes órganos de representación de la enfermería española como el CGE o el SATSE.

#### **4.2. Enfermeras, médicos y personal de enfermería.**

El dicho “las comparaciones son odiosas” resulta particularmente atinado para describir la tarea de analizar la realidad enfermera a nivel internacional. Sólo atendiendo, por ejemplo, a lo que sucede en un espacio cultural y geográficamente tan próximo como es Portugal o a las características del personal de enfermería en un país que, como Alemania, constituye uno de los principales destinos de las enfermeras emigrantes españolas, ¿cómo comparar la situación que se da en España, donde el personal de enfermería lo componen enfermeras tituladas y auxiliares de enfermería, con la realidad portuguesa, en la que sólo existen enfermeras tituladas? ¿Cómo analizar las especificidades y las similitudes entre una enfermería española que ha optado por grados universitarios de cuatro años y una enfermería alemana que lo ha hecho por grados de tres, al tiempo que en España las auxiliares se forman en dos años y en Alemania sólo en uno?

Veámos en el primer capítulo cómo, desde la etapa revisionista de la sociología de las profesiones, éstas son estudiadas como realidades inestables cuyas características

particulares remiten a la estructura del ecosistema profesional en el que se insertan. En concreto, Abbott hablaba de un *sistema de las profesiones* en el que la configuración adoptada por cada una de ellas sólo resultaría explicable atendiendo a las transformaciones que acontecen en el resto de las profesiones con las que se relaciona. En España, en términos mayoritarios, las enfermeras establecen relaciones interprofesionales con dos profesiones: los médicos y las auxiliares de enfermería. Según la Encuesta de Población Activa (en adelante EPA), estas tres profesiones son, además, las ocupaciones cuantitativamente más voluminosas del conjunto de las que operan en el sector sanitario español.

**Tabla 1. Ocupados en el sector sanitario español (CNO-2011, 3 dígitos)<sup>55</sup>. Año 2014.**

	<b>OCUPADOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Profesionales de enfermería y partería (matronas)</b>	213.100	22,6%
<b>Médicos</b>	173.300	18,4%
<b>Auxiliares de enfermería</b>	145.000	15,4%
<b>Otros profesionales de la salud</b>	65.300	6,9%
<b>Técnicos auxiliares de farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de los cuidados a las personas en servicios de salud</b>	55.500	5,9%
<b>Empleados administrativos con tareas de atención al público no clasificados bajo otros epígrafes</b>	49.400	5,2%
<b>Técnicos sanitarios de laboratorio, pruebas diagnósticas y prótesis</b>	40.000	4,3%
<b>Sociólogos, historiadores, psicólogos y otros profesionales en ciencias sociales</b>	26.300	2,8%
<b>Otros técnicos sanitarios</b>	22.200	2,4%
<b>Otros empleados administrativos sin tareas de atención al público</b>	17.800	1,9%
<b>Empleados de información y recepcionistas (excepto de hoteles)</b>	13.500	1,4%
<b>Asistentes administrativos y especializados</b>	13.200	1,4%
<b>Conductores de automóviles, taxis y furgonetas</b>	13.100	1,4%
<b>Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares</b>	13.100	1,4%
<b>Otros</b>	80.300	8,5%
<b>TOTAL</b>	941.000	100%

Fuente: Puig-Samper [2015]. Fuente original de los datos: EPA, IV Trimestre de 2014 (INE).

<sup>55</sup> En los títulos y comentarios de las tablas y gráficos que aparecen en la tesis hemos mantenido el criterio, explicado en la introducción, de utilizar la convención social que emplea el femenino *enfermeras* como genérico, usando en cambio la norma gramatical para referirnos a este colectivo a través del masculino genérico en expresiones como *los profesionales de la enfermería* o *los profesionales ocupados*. Cuando aparezcan denominaciones oficiales en las tablas y gráficos (como la de *Enfermero No Especializado* de la CNO o la situación contractual de *Enfermero Interno Residente*), mantendremos el genérico masculino que en ellas se emplea. Salvo que se explicita lo contrario, en todos los casos nos estaremos refiriendo a las mujeres y los varones que forman parte del colectivo enfermero en su conjunto. De este modo, cuando el género de los miembros de la profesión sea relevante en la exposición o en las tablas y gráficos, quedará claramente especificado para evitar confusiones.

Tanto por su volumen cuantitativo como por ser, junto con la profesión enfermera, parte del personal de enfermería empleado en España, no parece desatinado introducir en el análisis del sistema profesional de las enfermeras, además de a los médicos, a las auxiliares de enfermería. Sobre todo porque, de cara a llevar a cabo una comparativa internacional, aunque en la mayoría de los países existe una categoría profesional similar a la de auxiliar de enfermería, las formas y las denominaciones que adopta no son homogéneas, como menos aún lo son los sistemas sociosanitarios en los que se inserta y en los que, a su vez, la profesión enfermera tampoco tiene las mismas características que en España. De este modo, si en lugar de atender exclusivamente al número de enfermeras por habitante y a la proporción entre médicos y enfermeras, llevamos a cabo esas mismas operaciones en relación al personal de enfermería, la comparación entre España y la UE ofrece un contraste mucho más matizado.

**Tabla 2. Médicos, enfermeras tituladas, auxiliares de enfermería y personal de enfermería total en la UE y España (ocupados). Año 2014.**

		UE	ESPAÑA
<b>POBLACIÓN</b>		508.381.000	46.755.000
<b>MÉDICOS</b>		1.688.700	173.300
<b>PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>	<b>ENFERMERAS TITULADAS</b>	4.121.900	213.100
	<b>AUXILIARES DE ENFERMERÍA</b>	-	145.000
	<b>TOTAL PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>	-	358.100
<b>MÉDICOS por 100.000 habitantes</b>		332	370
<b>ENFERMERAS TITULADAS por 100.000 habitantes</b>		810	455
<b>TOTAL PERSONAL DE ENFERMERÍA por 100.000 habitantes</b>		-	765
<b>Proporción de MÉDICOS sobre la suma de MÉDICOS y ENFERMERAS TITULADAS (y a la inversa)</b>		29% (71%)	44% (56%)
<b>Proporción de MÉDICOS sobre la suma de MÉDICOS y TOTAL PERSONAL DE ENFERMERÍA (y a la inversa)</b>		-	32% (68%)
<b>Proporción de ENFERMERAS TITULADAS sobre la suma de ENFERMERAS TITULADAS y AUXILIARES DE ENFERMERÍA (y a la inversa)</b>		-	59% (41%)

Fuente: Elaboración propia a partir de Global Health Observatory data repository 2014 (OMS) y Puig-Samper [2015]. Fuente original de los datos de Puig-Samper [2015]: EPA, IV Trimestre de 2014 (INE).

Frente a las exiguas 455 enfermeras por 100.000 habitantes en España encontramos los 765 miembros del personal de enfermería, lo que, pese a seguir siendo una proporción más reducida, se aproxima bastante más a las 810 enfermeras por 100.000 habitantes de la UE. Por su parte, de la proporción de un 44% de médicos por un 56% de enfermeras en España (frente al 29% y el 71% respectivamente de la UE), pasamos a una proporción también considerablemente más próxima a la media europea cuando tomamos en consideración la existencia de un 32% de médicos por un 68% de personal de enfermería. Esta mayor proximidad a las medias europeas cuando, en lugar

de compararlas con los datos del número de enfermeras, lo hacemos con los del personal de enfermería, se explica por el importante peso que las auxiliares tienen en nuestro país, algo que no sucede en la UE, donde su volumen queda muy lejos del, según las cifras que ofrece la EPA para 2014, 41% del total del personal de enfermería empleado en España.

La afirmación precedente, sin embargo, no puede corroborarse a través de la Tabla número 2 que acabamos de presentar. ¿Por qué las celdas correspondientes a los datos de las auxiliares de enfermería de la UE han quedado vacías? La explicación se encuentra en la desigual estructura profesional del personal de enfermería que se da en el continente. Frente a la clara delimitación en las dos categorías existentes en España, la realidad europea se compone de situaciones extremadamente heterogéneas que impiden encontrar en las fuentes estadísticas con las que contamos una total equivalencia entre las categorías que, en cada país, componen su propio personal de enfermería. No se trata de una cuestión exclusivamente vinculada a que las denominaciones ocupacionales varíen, sino fundamentalmente a que se producen también notables disparidades tanto en la formación requerida como en el tipo de funciones que son desempeñadas por las múltiples categorías profesionales que conforman lo que, en cada Estado, se categoriza como personal de enfermería.

Una de las cautelas que han de adoptarse ante toda aproximación estadística a la realidad social es la de la validez de las mediciones manejadas, esto es, la de que éstas estén cuantificando realidades sociales equivalentes. Se trata de uno de los peajes a pagar cuando tratamos de analizar cualquier proceso o hecho social que, precisamente por su carácter social, nunca va a resultar aprehensible a través de ninguna experiencia inmediata. Esto obliga a asumir que toda descripción de cualquier objeto de estudio que estemos en disposición de realizar sirviéndonos de las fuentes estadísticas existentes (o de cualquier otro método de investigación, por otra parte) va a ser, necesariamente, una descripción parcial y aproximada del objeto de estudio en cuestión. Por lo tanto, las fuentes estadísticas que proporcionan información sobre la profesión enfermera van a ser empleadas como herramientas auxiliares de nuestra investigación, en la que no hemos tenido como objetivo primordial desarrollar una aproximación estadísticamente exhaustiva y fiel a las múltiples coyunturas temporales y contingencias de todo tipo que se han sucedido durante las últimas décadas en la enfermería española. El propósito ha sido, más bien, utilizar dichas fuentes estadísticas para apoyar la panorámica general que, a lo largo de la tesis, iremos construyendo por medio del análisis de algunas de las

principales dimensiones y procesos sociales que atraviesan la profesión enfermera en España.

Toda operación estadística arroja luz sobre ciertas dimensiones de la realidad social que está analizando, al tiempo que oculta otras facetas de la misma. Acabamos de servirnos de la exhaustiva explotación de los microdatos de la EPA del cuarto trimestre de 2014 elaborada por Puig-Samper [2015] para presentar las Tablas números 1 y 2. Más allá de los ineludibles efectos de coyuntura que estas tablas contienen, es necesario tener en cuenta otras dos advertencias. En primer lugar, que en la medida en que las ocupaciones se han abordado al más bajo de los niveles de desagregación que permiten dichos microdatos (tercer dígito de la CNO-2011), al disminuir la muestra, también se están disparando los márgenes de error de la medición. En segundo lugar, es preciso indicar también que, a este nivel de desagregación, es posible dar cuenta exclusivamente de la población ocupada, dejando fuera de foco a los profesionales desempleados. Y el desempleo, como veremos más adelante, supone uno de los hechos diferenciales de la enfermería española, pues mientras la mayoría de los países de nuestro entorno se caracterizan por una recurrente escasez de enfermeras, en España, incluso en los períodos de bonanza económica, se mantienen unas notables cifras de desempleo enfermero que permiten considerar que éste tiene un carácter estructural [Hernández Yáñez, 2015a].

Estas advertencias sobre las cautelas con las que vamos a utilizar los datos estadísticos no quitan para que la observación de la profesión enfermera a través de dicho prisma suponga una herramienta muy útil para el análisis de las características de nuestro objeto de investigación. Así, ante las dificultades anteriormente mencionados respecto a la comparación de la situación de enfermeras y personal de enfermería en España y en la UE, la aproximación realizada por Hernández Yáñez [2013b, 2014a y 2014b] proporciona una interpretación especialmente clarificadora\*.

En los microdatos de las estadísticas de la OMS, aparecen agrupadas en un mismo nivel clasificatorio las categorías de *nursing professionals* (enfermeras tituladas),

---

\* Los trabajos de Hernández Yáñez sobre la sanidad en España y, muy particularmente, sobre la profesión enfermera constituyen, a mi entender, una fuente ineludible para comprender e interpretar el sistema de las profesiones sanitarias españolas. Valga esta nota para señalar la importante contribución que sus publicaciones han tenido en el proceso de elaboración de esta tesis doctoral, así como para dejar constancia de la deuda que ésta tiene con la generosidad que supone la ingente cantidad de información, documentación y rigurosos análisis compartidos por Hernández Yáñez a través de sus blogs *Profesionalismo Siglo XXI* [<http://juherya.blogspot.com.es/>], *Enfermeras y otros animales* [<https://medium.com/enfermeras-y-otros-animales>] y el ya extinto *La enfermería frente al espejo* [<http://archivoefe.blogspot.com.es/>].

*nursing associate professionals* (que, por evitar confusiones, traduciremos como ayudantes de enfermería y no como auxiliares de enfermería) y *personal care workers* (trabajadores de cuidados personales). En países como Alemania, Reino Unido, Croacia, Austria o Grecia, el personal clasificado como ayudante de enfermería cuenta con una formación específica de un año. En lo relativo al contenido de su actividad, en la clasificación utilizada por la OMS los ayudantes de enfermería son descritos como los encargados de proporcionar cuidados personales básicos y cuidados de enfermería, trabajando generalmente bajo la supervisión o como apoyo de médicos, enfermeras u otros profesionales. Para el caso español, esta descripción se ajusta bastante a las coloquialmente conocidas como auxiliares de enfermería o auxiliares de clínica, cuya titulación oficial actual es la de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería [Fundación para la Formación y el Avance de la Enfermería, 2013: 47-77]. Sin embargo, estos profesionales no son clasificados en las estadísticas de la OMS como ayudantes de enfermería, sino como trabajadores de cuidados personales, pese a que, para poder ejercer en España, las auxiliares de enfermería han de contar con un título homologado de dos años de formación profesional de grado medio. De este modo, en las estadísticas de la OMS, los ayudantes de enfermería no encuentran correspondencia con ninguna de las categorías profesionales existentes en España, mientras que las auxiliares de enfermería españolas, a pesar de contar con una formación más prolongada que la de los ayudantes de enfermería de muchos de los países de la UE, son clasificadas junto a otras ocupaciones dedicadas a los cuidados personales para las que, en buena parte de ellas, no se requiere titulación específica alguna.

Esta paradójica situación evidencia que en la UE existen estructuras profesionales y educativas muy diversas que actúan en sectores sociosanitarios también heterogéneos. Esto, a su vez, se superpone con las particularidades de los sistemas de clasificación ocupacional de cada Estado y con la desigual calidad de sus servicios estadísticos. De esta forma, como hemos visto, la comparación del personal de enfermería y cuidados a escala europeo va a aportar necesariamente una visión muy mediada por los factores señalados. Sin embargo, como panorámica general orientativa, esta comparativa permite dar cuenta de algunas de las características singulares de la enfermería en España.

A través de la Tabla número 2 pudimos observar cómo las ratios profesionales españolas se aproximaban bastante a la media de la UE cuando, en lugar de considerar exclusivamente a las enfermeras, abordábamos a todo el personal de enfermería en su conjunto. Afirmábamos que esto se explicaba por la importante proporción que, sobre el

total del personal de enfermería, suponen en España las auxiliares. Sin embargo, si los datos de la Tabla número 2 no nos permitían corroborar que en Europa las auxiliares constituyen un porcentaje mucho más reducido que en nuestro país (donde suponen el 41% del total del personal de enfermería), tampoco la Tabla número 3 nos va a habilitar para cuantificar con exactitud la proporción que suponen las categorías que en la UE serían equiparables a la de auxiliar de enfermería en España.

**Tabla 3. Médicos, enfermeras tituladas, otro personal de enfermería y cuidados y total del personal de enfermería y cuidados en la UE y España (ocupados). Año 2012<sup>56</sup>.**

		UE	ESPAÑA
<b>POBLACIÓN</b>		505.993.700	46.657.400
<b>MÉDICOS</b>		1.811.680	185.000
<b>PERSONAL DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS</b>	<b>ENFERMERAS TITULADAS</b>	3.593.840	248.800
	<b>AYUDANTES DE ENFERMERÍA</b>	605.150	-
	<b>AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y PERSONAL DE CUIDADOS</b>	1.675.700	472.200
	<b>TOTAL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS</b>	5.874.700	721.000
<b>MÉDICOS por 100.000 habitantes</b>		358	396
<b>ENFERMERAS TITULADAS por 100.000 habitantes</b>		710	533
<b>TOTAL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS por 100.000 habitantes</b>		1.161	1.545
<b>Proporción de MÉDICOS sobre la suma de MÉDICOS y ENFERMERAS TITULADAS (y a la inversa)</b>		33% (67%)	42% (58%)
<b>Proporción de MÉDICOS sobre la suma de MÉDICOS y TOTAL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS (y a la inversa)</b>		23% (77%)	20% (80%)
<b>Proporción de ENFERMERAS TITULADAS sobre la suma de ENFERMERAS TITULADAS y OTRO PERSONAL DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS (y a la inversa)</b>		61% (39%)	34% (66%)

Fuente: Elaboración propia a partir de Hernández Yáñez [2014b]. Fuente original de los datos: European database of human and technical resources for health 2014 (OMS, Regional Office for Europe).

Como hemos señalado, la categoría que, en lo que a las tareas desempeñadas se refiere, más se asemeja en las estadísticas de la OMS a las auxiliares de enfermería españolas es la que hemos traducido como ayudantes de enfermería (*nursing associate professionals*). Pese a ello, no es en esta categoría en la que son clasificadas las auxiliares españolas, sino en la de trabajadores de cuidados personales (*personal care workers*). De este modo, la forma de construcción de las estadísticas de la OMS, así como la del resto de organismos internacionales que realizan comparativas similares, impide cuantificar con precisión el número de profesionales que en la UE conformarían

<sup>56</sup> Tomamos como referencia temporal el año 2012 porque es al que corresponden los datos sobre España. Para el cálculo de la media de la UE, los datos de los distintos países corresponden a años que van desde 2009 a 2012, pues no todos los Estados calculan y aportan la información que presenta la OMS con la misma periodicidad. Para el cálculo de las medias europeas, los datos de Grecia incluyen también a profesionales desempleados.

la categoría equivalente a las auxiliares de enfermería en España: en algunos casos, ocupaciones que cuentan con ciertas similitudes son contabilizadas como ayudantes de enfermería y, en otros, son clasificadas dentro del heterogéneo grupo de trabajadores de cuidados personales, en el que encontramos tanto a las auxiliares españolas y profesionales similares de otros países, como a casi cualquier otra categoría ocupacional dedicada a prestar algún tipo de servicios personales vinculados con la salud o las condiciones funcionales de las personas. No obstante, el ejercicio que nos ha traído hasta aquí sí que nos posibilita discernir algunos rasgos del ecosistema profesional en el que opera la enfermería española<sup>57</sup>.

Como hemos visto, en España la proporción de médicos por habitante es notablemente más elevada que en la UE (370 médicos por 100.000 habitantes frente a 332), mientras que la de enfermeras tituladas es considerablemente más reducida (455 frente a 810). Esta última diferencia queda muy matizada cuando, en lugar de analizar aisladamente las 455 enfermeras por 100.000 habitantes en España, tomamos en consideración los 765 miembros del personal de enfermería. No siendo posible, a través de las estadísticas existentes, obtener la cifra equivalente a las auxiliares españolas en la UE, la única comparación viable es la del total de miembros del personal de enfermería y cuidados por habitante. Y, en este caso, la ratio española es un 33% más elevada que la media europea (1.545 miembros del personal de enfermería y cuidados por 100.000 habitantes en España frente a 1.161 en la UE). De este modo, aunque no sea posible cuantificar en qué medida el bajo volumen de enfermeras tituladas por habitante existente en España se debe al hecho de que la cantidad proporcional de auxiliares es mucho mayor que en la UE, sí podemos observar cómo la proporción de enfermeras tituladas frente al resto del personal de enfermería y cuidados en España es abrumadoramente más reducida que la de la UE (un 34% frente a un 66% en España por un 61% frente a un 39% en la UE). Y esta particularidad hispánica está vinculada a la muy reducida presencia de enfermeras tituladas en los servicios sociosanitarios residenciales de larga estancia, un sector que en España cuenta con una escasa participación de los servicios públicos y con una estructura empresarial conformada por

---

<sup>57</sup> En el desarrollo argumentado de la comparativa que presentamos a continuación, cuando nos referimos a cifras que aparecen tanto en la Tabla número 2 como en la Tabla número 3, hemos empleado las primeras, por corresponder a un período más reciente. No obstante, tal como hemos enfatizado, los datos manejados por las instituciones internacionales que permiten elaborar este tipo de comparativas están sujetos a tantas contingencias que en absoluto resultan provechosas por su exactitud, sino más bien porque constituyen la única herramienta que, con todas sus imprecisiones, posibilita la elaboración de una panorámica aproximada a nivel agregado de la realidad enfermera existente a escala global y, particularmente, en la UE.

pequeños establecimientos en los que prima el empleo de personal con escasa cualificación [Colombo, Llena-Nozal, Mercier y Tjadens, 2011]. Su desarrollo, además, se ha visto escasamente favorecido por el modelo de cuidados familiares desde el que se ha desplegado la, ya de por sí escasamente dotada de recursos económicos, *Ley de Dependencia* [Tobío, Agulló, Gómez y Martín, 2010]. Así, según la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado, en 2013 las 13.095 camas en funcionamiento en establecimientos hospitalarios de media y larga estancia suponían el 9,4% de las existentes en el conjunto de los hospitales públicos y privados españoles<sup>58</sup>. Por su parte, los 81.810 pacientes ingresados en este tipo de establecimientos fueron el 1,5% del total de pacientes ingresados ese año en algún establecimiento hospitalario.

Comenzábamos el capítulo dando cuenta de cómo la alta proporción de médicos por habitante es uno de los argumentos recurrentemente utilizados por el CGE y otros órganos de representación de la enfermería española cuando denuncian la escasa dotación de enfermeras existente en el sector sociosanitario de nuestro país. A la luz de los datos que hemos presentado, ésta no parece ser la única y, con toda probabilidad, tampoco la más relevante de las razones que permiten explicar la radical disparidad que existe entre las 455 enfermeras tituladas por 100.000 habitantes en España frente a las 810 de la UE. De hecho, si objetivamente la enfermería española está cuantitativamente infradotada en comparación con la UE, no lo está tanto cuando dejamos de atender a la profesión enfermera de forma aislada y consideramos al personal de enfermería en su conjunto. La elevada proporción de auxiliares dentro del personal de enfermería español resulta un factor a tener especialmente en cuenta a la hora de comprender la, comparativamente con la UE, menor dotación cuantitativa de enfermeras tituladas. ¿Es, por tanto, la enfermería española en su conjunto una enfermería subcualificada en comparación con la enfermería europea? Atendiendo exclusivamente a las elevadas cifras de auxiliares sobre el total del personal de enfermería, la respuesta debería ser afirmativa. Sin embargo, al describir los microdatos de las estadísticas de la OMS, ya hemos advertido cómo las auxiliares de enfermería españolas cuentan con un nivel formativo más elevado que el de las ayudantes de enfermería de muchos países europeos. Por su parte, también hemos señalado que, actualmente, las enfermeras

---

<sup>58</sup> La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado es elaborada por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las Consejerías de Salud de las CCAA. Los establecimientos hospitalarios de media y larga estancia incluyen centros de rehabilitación psicofísica, hospitales leprológicos y/o dermatológicos y unidades de larga estancia y/o geriátricas. En 2016, los datos más actualizados proporcionados por esta estadística corresponden a 2013.

españolas se están formando a través de grados de cuatro años y no de tres, como sucede en otros Estados de la UE. Parece entonces necesario considerar que la profesión enfermera y el personal de enfermería en su conjunto conforman realidades no sólo cuantitativamente diferentes en cada país de la UE, sino también cualitativamente desiguales y que, por lo tanto, pueden ser empleadas en los servicios sociosanitarios de forma variable.

En esta tesis no hemos tratado de elaborar una exhaustiva aproximación comparada a las características diferenciales del personal de enfermería en la UE, aunque en el séptimo capítulo nos detendremos en cómo su heterogeneidad afecta a las migraciones de la enfermería española. Sin embargo, sin pretensión de ningún tipo de representatividad, valga aquí el testimonio de una enfermera española empleada en Bélgica para constatar cómo categorías ocupacionales con una denominación equivalente contienen realidades profesionales dispares:

“Eso que dicen de que somos las enfermeras mejor preparadas del mundo, yo no sé si será verdad o es por lo chulos que somos los españoles, ya sabes cómo somos, nos gusta mucho... Bueno, que somos muy chulos. Pero lo que sí puedo contarte es que aquí se nos rifican [a las enfermeras españolas]. [...] Yo cuando llegué de francés sabía el *je m'appelle* Teresa y no me sacabas de ahí. [...] Vale sí, estoy exagerando, pero lo que te quiero decir es que incluso cuando vine yo y sabía muy poco francés, yo veía que la supervisora tiraba mucho de mí. [...] Siempre dice que venimos muy bien preparadas, que sabemos hacer más cosas que las enfermeras belgas de nuestra edad. [...] Aquí lo que he notado es que las *aides-soignantes* saben menos... No, no es que sepan menos que las auxiliares en España, pero es como si fueran menos autónomas, que para muchas cosas que en España no tiene que haber una enfermera, aquí tenemos que estar con ellas o hacerlas nosotras” [Enfermera del Servicio de Oncología de un hospital público de Bélgica. 29 años. Contrato temporal. Formada como DUE].

La sucinta radiografía cuantitativa que acabamos de elaborar sobre el sistema profesional en el que se inserta la enfermería española nos ha situado ante una evidencia: las cifras correspondientes a unas u otras categorías profesionales, por sí solas, aportan una descripción muy parcial de la realidad que pretendemos analizar. Han aparecido ya algunas otras variables que es preciso considerar en la interpretación de dichas cifras, como la formación con la que cuenta cada ocupación o las características del sector sociosanitario en el que esas ocupaciones trabajan. Así, observar la enfermería desde el punto de vista de su formación va a permitirnos conocer las funciones productivas que puede desempeñar, es decir, va a situarnos sobre la pista de su *empleabilidad*. Por su parte, conocer las características del sistema sociosanitario

español aporta información sobre el espacio social en el que la profesión enfermera es *empleada* y ejecuta sus tareas. Una *empleabilidad* y un espacio para el *empleo* enfermeros que, como veremos en próximos capítulos, se ven modelados también por otros procesos de muy diversa índole: las transformaciones en los trabajos ejecutados por las enfermeras, su grado de especialización, las formas de gestión de su actividad productiva, las políticas y el gasto sociosanitarios, los modos de delimitación de las tareas que corresponde desempeñar a cada categoría profesional, las alianzas y las confrontaciones que éstas establecen entre sí, etc. Por el momento, prosigamos con el punto de observación que venimos considerando en este capítulo, esto es, el de las relaciones interprofesionales que mantienen las enfermeras con las dos profesiones con las que, de forma mayoritaria, han de coordinarse: los médicos y las auxiliares de enfermería.

### ***Fricciones interprofesionales en la delimitación de los mapas competenciales.***

Veámos en el capítulo anterior cómo entre las décadas de 1970 y 1980 la enfermería española construyó un referente ligado al *imaginario necesario* del cuidado desde el que la profesión ha tratado de dotarse de un espacio competencial propio no subordinado a la práctica médica y ha buscado influir en el desarrollo y las orientación de los servicios sociosanitarios. Desde entonces, la enfermería ha ido construyendo dicho espacio competencial a través de procesos que han operado en distintos planos de la realidad social: el formativo, el de la investigación en cuidados de enfermería, el de la protocolización de las intervenciones enfermeras, el de las redes internacionales desde las que la ciencia enfermera se articula globalmente, el de los medios de comunicación a través de los que trata de dar a conocer y legitimar sus aspiraciones, el de las acciones colectivas emprendidas como medida de presión ante los poderes públicos, etc. En el plano jurídico, el reconocimiento del espacio competencial propio de las enfermeras se ha producido por medio de diversas normativas, entre las que resulta especialmente relevante la *LOPS*<sup>59</sup> de 2003. En ella, la enfermería, al igual que la medicina y otras ocupaciones, es situada dentro del grupo de las *profesiones sanitarias tituladas*, correspondiéndole facultativamente «la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades» [BOE, 2003:

---

<sup>59</sup> Siglas, como ya indicamos anteriormente, que corresponden a la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*. Las citas literales a esta ley aparecerán referidas en la tesis como [BOE: 2003].

41.446]. Por su parte, las auxiliares de enfermería no son objeto de esta ley, en la que aparecen categorizadas no como *profesión sanitaria*, sino como *profesionales del área sanitaria de formación profesional*. Con respecto a ellas, la *LOPS* indica que «ejercerán su actividad profesional sanitaria de acuerdo con las normas reguladoras de la formación profesional [...], en el marco del respeto a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía propias de las profesiones sanitarias» [ibíd.: 41.444].

El reconocimiento legislativo de la enfermería como profesión sanitaria y facultativa ha sido uno de los tradicionales anhelos de sus órganos de representación. De hecho, sólo unos meses después de la aprobación de la *LOPS*, la Organización Colegial de Enfermería (formada por el CGE y los distintos Colegios provinciales), al transformar en revista su periódico *Enfermería Actualidad*, aprovechó para modificar su título por el de *Enfermería Facultativa*. Considerar a la enfermería profesión facultativa no sólo supone la sanción legal a la existencia de un espacio competencial bajo responsabilidad exclusiva de las enfermeras, sino que también implica delimitar la profesión desde su autonomía con respecto a la medicina. En palabras del presidente del Colegio de Enfermeros de Badajoz, el aval legal de la *LOPS* al carácter facultativo de la enfermería supuso, en lo que al plano jurídico se refiere, un punto de inflexión «por dos motivos: uno, porque la Profesión de Enfermero no es una actividad sujeta a indicación y supervisión del Médico, como la calificaba la anterior regulación; y dos, porque goza de plena autonomía técnica y científica, así como la de dirigir los cuidados de enfermería» [Tardío, 2013].

El proceso que ha llevado a la enfermería hasta su reconocimiento legal como profesión facultativa en los términos que lo hace la *LOPS* ha estado plagado de fricciones con la profesión médica. Por lo general, antes y después de la aprobación de la *LOPS*, la Organización Médica Colegial ha mostrado una actitud poco colaborativa, cuando no directamente beligerante, en relación al desarrollo profesional de la enfermería española. Una beligerancia que también se observa en la hostilidad que expresan ciertos médicos ante algunas de las aspiraciones de la enfermería, tal como describe, de nuevo, el presidente del Colegio de Enfermeros de Badajoz:

«Fíjense lo que escribe un médico en el *Diario Hoy*. Lo titula así: “Para los enfermeros LLORONES”: “Pero ¿qué les pasa a los enfermeros llorones?, vamos a ver para ser MÉDICO hay que ESTUDIAR MEDICINA y colegiarse. [...] Un enfermero puede ser médico y es tan fácil como solicitar plaza en Medicina y, si tiene nota, cursar los 6 años de carrera. Todo el mundo quiere asumir COMPETENCIAS DEL MÉDICO,

EXCLUSIVAS, los enfermeros con 3 años parecen ahora súper dioses y la realidad es que NO LO SON, simplemente son DUEs o ENFERMEROS. Los enfermeros quieren QUITAR a los médicos del 112 de las UMES<sup>60</sup>, total si con sus diagnósticos de enfermería ellos pueden salvar vidas... [...]. Ahora los enfermeritos quieren RECETAR, NOOOOO. ESO ES DEL MÉDICO, vete a la facultad y estudia medicina. [...] Es una especie de invasión de competencias la que quieren los enfermeros cuando muchos Profesionales de Enfermería hacen su trabajo estupendamente y luego los RADICALES de la enfermería que les gusta “jugar a los médicos” quieren más y más y más... Cualquier enfermero que quiera ser médico, que estudie medicina, todos los años se convocan plazas y si no, por favor, QUE NO JODA PORQUE ESTOY HARTO DE LO MISMO. Vaya usted a cualquier Centro de Salud y dígame al enfermo que hoy no lo ve un médico, que lo va a ver un enfermero que saben mucho en esos súper 3 años que hacen, él le va a realizar toda la historia y le va a recetar [...]. ESTAMOS TODOS LOCOS Y VAMOS A ACABAR LOCOS. [...] Yo cuando voy al MÉDICO, quiero que me atienda UN MÉDICO y no un enfermero que ahora están como locos buscando competencias porque a ellos se les ha agotado el pastelito tan cómodo de saco sangre, pilló un vía, no me molestes para nada más... A CURRAR COÑO y a DEJAR DE MOLESTAR A LOS MÉDICOS que bastantes problemas tienen como para que ahora les deis la coña”. Todo lo anterior es literal, no hemos quitado ni añadido nada, ni una sola coma. Después, obviamente, tuvo la respuesta oportuna, que versó en los siguientes términos. [...] En cuanto a los seis años en que se estructura el plan de estudio de la titulación de Licenciado en Medicina, debemos saber que eso es pura, simple y llana voluntad del Gobierno de turno [...]. ¿Y por qué el “Gobierno” lo hace así?: pues muy sencillo, porque obedece fielmente lo que las instituciones médicas quieren, igual que redactaron la Ley del Medicamento: ¡porque lo hicieron los médicos! [...]. Se refiere el citado señor médico que nos acusa de ser “llorones” a la prescripción, cuando debería estarse calladito al respecto, ya que, como decimos, la redacción de la Ley del Medicamento es obra personal de ese “grupito” de presión que ha conseguido una redacción que, constitucionalmente, no se sostiene. Pero como este País funciona así, el grupito ha conseguido esa redacción [...]. ¡Señor médico malhumorado!, no sabemos si usted tiene la preparación mínima, por suficiente, para llevar a cabo su trabajo, pero como dice el ex Presidente de determinado Colegio de Médicos, a nosotros nos parece que usted está dentro de ese 60% de médicos que no le da un palo al agua. ¡Y que conste que esto no lo decimos nosotros!, lo dice el señor Alfredo Milazzo, presidente del Colegio de Médicos de La Rioja [...] ¡Ah!, y como siga por ese camino, de insultos,

---

<sup>60</sup> Siglas correspondientes a Unidad Móvil de Emergencia Social.

como el de llamarnos “enfermeros llorones”, vamos a tener que comenzar a denunciar determinados casos, que salpicarán a todos» [Tardío, 2008].

Esta extensa cita ilustra algunas dimensiones particularmente relevantes de las relaciones entre las profesiones médica y enfermera en España. Junto a la virulencia de ciertos médicos ante el desarrollo competencial de la enfermería que expresan las palabras recogidas por Tardío, éste hace referencia también a otras posiciones autocríticas, mantenidas desde espacios de representación del propio colectivo médico, con algunos funcionamientos de los profesionales de la medicina. Unos profesionales cuyos planteamientos han contado con muchas vías de conexión con las autoridades públicas desde las que tratar de salir beneficiados frente a otros actores del mundo sanitario. Por su parte, la pretensión enfermera de asumir funciones tradicionalmente ejecutadas por los médicos es sentida por muchos de ellos como una «*invasión de competencias*» a cargo de enfermeras a las que «*les gusta “jugar a los médicos”*». Así, desde los argumentos que tratan de justificar la férrea adscripción de unas actividades a un tipo de trabajadores, resulta evidente que, para llevar a cabo tareas que siempre han ejecutado los médicos, la única vía es «*estudiar medicina y colegiarse*». Y en esta vehemente definición de los espacios competenciales que corresponderían en exclusividad a unos u otros profesionales, sus tiempos de formación diferenciales son situados como una importante clave: si «*los enfermeros con 3 años parecen ahora súper dioses y la realidad es que no lo son*», a tenor de los argumentos sostenidos por algunas voces de la profesión médica daría la impresión de que, para alcanzar dicha condición, las enfermeras deberían hacer algo «*tan fácil como solicitar plaza en Medicina y, si tienen nota, cursar los 6 años de carrera*».

El celo por preservar el espacio competencial propio no es, sin embargo, una característica exclusiva de la profesión médica. De hecho, la profesión enfermera actúa de forma muy similar con respecto a las auxiliares de enfermería. Así, al igual que la Organización Médica Colegial ha procurado que las especialidades de enfermería no constituyeran una amenaza para sus intereses corporativos, también los órganos de representación de la profesión enfermera suelen actuar procurando influir en las decisiones que afectan al período y los contenidos formativos de las auxiliares de enfermería. Por ejemplo, la Mesa de la Profesión Enfermera se expresaba de esta forma, en febrero de 2015, en relación a una propuesta legislativa de remodelación del plan de estudios de las auxiliares de enfermería:

«La Mesa de la Profesión Enfermera, compuesta por el Consejo General de Enfermería y el sindicato Satse, ha mostrado su rechazo al Real Decreto que regula el Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y sus enseñanzas mínimas. De este modo, ha presentado alegaciones por considerar que una regulación “precipitada” podría vulnerar el “contenido esencial” de la profesión de enfermero. Considera la entidad que esta norma no sólo provocaría un conflicto laboral en la sanidad pública sino que tendría repercusiones sobre la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente. Según la Mesa de la Profesión Enfermera, la enfermera puede delegar de manera puntual ciertos actos de los cuidados de enfermería, de menor calado, en los Técnicos Auxiliares de Enfermería, pero la enfermera siempre tiene que ser la que ostente la responsabilidad de dichos actos, ya que son de su competencia. En las reclamaciones presentadas se alerta de que hay aspectos en la norma que invaden competencias de los enfermeros o que, en todo caso, es necesario que se aclaren. En la competencia general del auxiliar se ha eliminado [...] la referencia “bajo la dependencia del diplomado de Enfermería” [...]. Se utiliza también [...] el término ‘responsable del plan de cuidados’ cuando el enfermero es el único responsable legal de este plan» [CGE, 2015b].

Las actuaciones de los órganos de representación de la enfermería española con vistas a evitar que cambios en la profesión de auxiliar de enfermería puedan «*vulnerar el “contenido esencial” de la profesión de enfermero*» no se restringen al espacio formativo, sino que se extienden a los diferentes planos de la realidad social en los que ambas profesiones toman forma. Sirva como ilustración la respuesta que, en marzo de 2016, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana planteó ante la creación de la figura del Coordinador de Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería en un hospital alicantino:

«El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) quiere denunciar la ambigüedad y la ilegalidad que supone la creación de la figura de coordinador en el colectivo de técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería (TCAE), anteriormente llamados auxiliares de Enfermería, en el Hospital Universitario Virgen de la Salud de Elda. Una medida que obedece más a una cesión política que a una adecuada gestión operativa que lo único que hace es fraccionar de manera innecesaria, no ajustada a la legalidad vigente, la Dirección de Enfermería que es la encargada de coordinar a todo este personal. [...] Los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería dependen orgánica y funcionalmente de la Dirección de Enfermería, algo que debemos recordar a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública y en ningún caso estamos

dispuestos a que se cuestione, aspecto este que podría dar lugar a interposición de acciones administrativas y/o judiciales [...]. Otro de los aspectos que llama la atención [...] es que si bien a Enfermería se le ha puesto todo tipo de trabas a la hora de ocupar algún cargo de gestión dentro del staff de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, se cree ahora, con toda ligereza, la figura de un coordinador para los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería que no tiene razón de ser, máxime cuando ese puesto no está creado legalmente [...]. Para el CECOVA la medida es un brindis al sol que está al margen de la legalidad vigente y que induce a los TCAE a cometer posibles delitos de intrusismo profesional y al enfrentamiento entre colectivos. Por último, queremos destacar que no tenemos nada en contra de los técnicos en cuidados auxiliares de Enfermería, pero tienen que asumir las competencias que les confieren su titulación y formación; no estamos en contra de su desarrollo profesional pero deben hacerlo sin asumir competencias ni roles que son propias de las enfermeras profesionales. Es necesario trabajar en equipo pero teniendo en cuenta que la legislación vigente otorga a estos colectivos distintos niveles de responsabilidad en función de su titulación y que es preciso observar en aras de una atención sin fisuras y de calidad» [CECOVA, 2016].

Como analizaremos en el sexto capítulo, cuando el colectivo médico trata de restringir los puestos de dirección que pueden asumir las enfermeras, éstas están lejos de considerar que las funciones directivas de la enfermería sean una forma de *«fraccionar de manera innecesaria»* la dirección del personal sanitario. Por regla general, en los discursos y las prácticas de los órganos colegiales y sindicales de la enfermería, la posición adoptada ante las aspiraciones de desarrollo profesional de las auxiliares es sustancialmente la misma que critican al dar cuenta de las barreras que despliega la profesión médica ante las enfermeras. La forma de narrarlo es, por el contrario, diferente. Así, cuando la legislación niega a la profesión enfermera la facultad de prescribir medicamentos, la razón es que *«obedece fielmente a lo que las instituciones médicas quieren»*, mientras que cuando las enfermeras tratan de impedir la creación de una figura de coordinación entre las auxiliares, lo hacen *«teniendo en cuenta que la legislación vigente otorga a estos colectivos distintos niveles de responsabilidad en función de su titulación y que es preciso observar en aras de una atención sin fisuras y de calidad»*. No es éste, sin embargo, el punto de vista expresado por representantes sindicales de las auxiliares, quienes también consideran que la capacidad de influencia de la profesión enfermera sobre los legisladores es una variable a considerar a la hora de interpretar la normativa que les afecta:

“Nuestro objetivo es el nivel 3. Para que me entiendas, el nivel 3 es lo que hay en la clasificación del Ministerio [de Educación]. De ahí nos han metido y nos han sacado como han querido, pero a lo que vamos es que lo que la auxiliar quiere, lo que pedimos nosotros como sindicato es formación profesional de grado superior [...]. Eso afectaría a las nuevas auxiliares, pero también a nosotras, también a las que estamos trabajando. Porque todo cambiaría, sería otra categoría, otro sueldo, pero sería para todos, no sólo para las nuevas [...]. No llega, y no sé si llegará algún día, la enfermería no quiere y la enfermería siempre ha tenido más amigos en donde se deciden estas cosas [...]. Yo creía que con los socialistas iba a cambiar y esto iba a desatascarse, pero está igual o peor que con la derecha. Y eso que la Villalobos [*ministra de Sanidad entre 2000 y 2002*] fue telita y quería mucho a los del Colegio [de Enfermería]. Pero qué va, igual nos va hasta peor. [...] Tendríamos que mirar todos por el servicio, mejor que cada uno por su categoría, pero con estas cosas al final todos barremos para lo nuestro, y ahí la auxiliar siempre pierde” [Auxiliar de enfermería del servicio de Aparato Digestivo de un hospital público de Castilla y León. 51 años. Delegada sindical de Comisiones Obreras. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad)].

### ***La imposible delimitación del contenido de los cuidados de enfermería.***

En un artículo sobre las fuentes legislativas que afectan a la enfermería, cuando el autor, enfermero y también licenciado en Derecho, evalúa la *LOPS*, señala que se trata de:

«Una norma a mi juicio ambigua, pues [dice que] “*corresponde a los Diplomados universitarios en enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería*”. [...] Pero, ¿cuáles son esos cuidados de enfermería?, no los define la norma, creando así una inseguridad jurídica que habrá de suplir con la costumbre, que si se acredita es fuente de derecho» [Castelló, 2007: 27].

La indefinición del contenido de los cuidados de enfermería en la norma que sanciona su condición de profesión facultativa es, precisamente, lo que permite, por ejemplo, que la enfermería dé la batalla por ver reconocida legalmente su facultad para prescribir fármacos. Una actividad, a priori, escasamente vinculada con el *imaginario necesario* del cuidado como actividad distanciada de las prácticas médicas de curar que, como vimos, conforma el principal referente identitario asentado en la enfermería española desde la década de 1980. Se trata, igualmente, de una indefinición que posibilita que las auxiliares traten de transformar su espacio competencial asumiendo nuevas funciones que las enfermeras consideran y defienden como de su exclusiva responsabilidad. El sector sanitario, como hemos visto, no supone una excepción a la maleabilidad constitutiva de la forma en la que son *empleadas* las profesiones en las

sociedades salariales, en el sentido de que el contenido de las actividades que deben desempeñarse, así como las características de los profesionales que se ocupan de llevarlas a cabo, no están definidos de una vez por todas. De hecho, la consustancial variabilidad de las actividades sanitarias y la imposibilidad de fijar estrictamente los colectivos encargados de implementar unas u otras funciones está reconocida en la propia *LOPS* cuando señala que:

«Existe la necesidad de resolver, con pactos interprofesionales previos a cualquier normativa reguladora, la cuestión de los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias manteniendo la voluntad de reconocer simultáneamente los crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente y los muy relevantes espacios específicos de cada profesión. Por ello en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones, y que las praxis cotidianas de los profesionales en organizaciones crecientemente multidisciplinares evolucionen de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente» [BOE, 2003: 41.443].

Como hemos constatado, la delimitación de los mapas competenciales en el sector sanitario y, en concreto, en lo que a enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería se refiere, está lejos de desarrollarse «*de forma no conflictiva, sino cooperativa y transparente*». No obstante, pese a beligerantes fricciones como las que hemos relatado, las relaciones interprofesionales en la sanidad española están plagadas también de acuerdos, negociaciones, cesiones y colaboraciones. La enfermería y las dos profesiones con las que, de forma mayoritaria, se relaciona están formadas por más de medio millón de profesionales ocupados, esto es, por más del 3% de la población ocupada en España<sup>61</sup>. En un colectivo de este volumen, con las múltiples especificidades que acontecen en las diferentes Comunidades Autónomas (en adelante CCAA) o en cada centro sanitario y con el dinamismo consustancial al ejercicio profesional en el sector sanitario, las relaciones interprofesionales no pueden sino estar atravesadas, en los distintos planos en los que se manifiestan, de fuertes ambivalencias, tal como ilustra el siguiente relato de una auxiliar de enfermería en referencia a sus tareas cotidianas:

---

<sup>61</sup> Se trata, claro está, de una cifra coyuntural que, de hecho, se ha visto considerablemente mermada por la crisis económica desencadenada en 2008. Por mantener una continuidad con los datos de las Tablas números 1 y 2, la fuente de los ahora utilizados es también la EPA, del cuarto trimestre de 2014. En dicho periodo, la suma de las enfermeras, las auxiliares de enfermería y los médicos ocupados es de 531.400 profesionales. Para un total de 17.569.100 ocupados, la proporción de estas tres categorías sobre el total de ocupados es, concretamente, del 3,02%.

“Hay una compañera en [el Servicio de] Trauma[tología] que dice que todas somos personal de enfermería, pero que ellas [las enfermeras] son la aristocracia y nosotras [las auxiliares de enfermería] las obreras. Y un poco es así. [...] Hay días que pones una cuña y por lo que sea cuando tienes que volver estás liada y a veces andas liada toda la mañana y no puedes volver. Y cuando vuelves, por allí han pasado las enfermeras, y hay alguna que si sabe cómo andas pues sí, pero lo que suele pasar es que cuando vuelves a última hora, ahí sigue la cuña. [...] No te digo que quiera que hagan mi trabajo, que las cuñas son más, pero luego ves cosas que te hacen gracia. [...] La [enfermera] que te digo siempre está con que los médicos mandan sondar enseguida, que no saben esperar cuando necesitan analíticas. Y siempre anda con que eso es agresivo y que sólo hay que sondar cuando es necesario de verdad [...]. Y ves que luego, ahí puede estar la cuña toda la mañana, y ella es de las que nunca, nunca, nunca la recoge, aunque pase mil veces por la habitación y sepa que estás liadísima. [...] Que no tiene que hacerlo, que yo no quiero que hagan mi trabajo, pero luego las escaras... Y una cuña ahí y el paciente mojado toda la mañana, pues no ayuda. [...] No, no te creas que aquí hay mucha tensión. Es una unidad con mucha colaboración de todos, yo he trabajado en cada sitio... Aquí hay muy buen rollo entre todos [...]. Se trabaja muy bien, yo me llevo muy bien con todo el mundo. Como compañeros, quiero decir, somos buenos compañeros, no porque seamos amigos. *[Al ser preguntada por la enfermera de la que hablaba anteriormente]* Sí, sí, ella también es buena compañera. Si luego con nosotras [las auxiliares] es de las que más delega. Al menos conmigo. Yo estoy bien cuando me toca con ella. [...] Es lo que pasa en el trabajo, que a veces hay problemas, supongo que yo también haré cosas que no les gustan a los demás” [Auxiliar de Enfermería del Servicio de Medicina Interna de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 46 años. Contrato estatutario de interinidad].

Al igual que sucedía con el punto de observación que posibilitan las fuentes estadísticas, analizar las relaciones interprofesionales de las enfermeras a través de su marco legislativo ofrece una perspectiva sociológicamente parcial. No puede ser de otra forma, pues el derecho no es más que uno de los espacios sociales desde los que se despliega la realidad profesional. Si el derecho constituye un importante factor de estructuración de las profesiones que operan en el sector sanitario, éstas no resultan aprehensibles observándolas unilateralmente desde el prisma de la normativa jurídica que les afecta. Más aún cuando la propia legislación que regula las relaciones entre las profesiones sanitarias en España señala que «el equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales» [BOE, 2003: 41.447], siendo posible «la delegación de actuaciones, siempre y cuando estén previamente establecidas dentro del equipo las condiciones conforme a las cuales dicha delegación o distribución de actuaciones pueda producirse» [ibíd.]. No obstante, desde

la parcialidad que ofrece esta perspectiva y a tenor de la aspereza que manifiestan los conflictos interprofesionales en los que está inmersa la enfermería, resulta pertinente considerar, como hemos visto que hace la propia *LOPS*, que una de las más relevantes características de la sanidad española de los últimos años pueda ser la existencia de «*crecientes espacios competenciales compartidos interprofesionalmente*» que son, al mismo tiempo, objeto de disputa por ser delimitados como «*muy relevantes espacios específicos de cada profesión*».

Estas competencias compartidas por varias profesiones evidencian, como constataremos a lo largo de la tesis, que en la sanidad española las posibilidades combinatorias entre puestos de trabajo y tipos de trabajadores se han multiplicado en las últimas décadas. Así, la utilización de las habilidades productivas de unas u otros profesionales por los servicios sociosanitarios que los emplean está permitiendo formas novedosas de articulación entre las funciones sanitarias que hay que cubrir y las características de los profesionales que se ocupan de ellas. En los próximos capítulos abordaremos diferentes planos de la realidad enfermera desde los que identificaremos algunos de los procesos sociales que están posibilitando que un número creciente de categorías profesionales pueda hacerse cargo de distintas funciones productivas: la protocolización de las tareas sanitarias, el aumento del nivel formativo de los profesionales, la creciente flexibilidad en las formas de gestión de los actividades laborales, etc. Como paso previo, nos detendremos sobre ciertos rasgos característicos de las condiciones de empleo de la profesión enfermera en España y de las relaciones entre los géneros que la atraviesan.

Los procesos sociales que analizaremos en los próximos capítulos nos permitirán corroborar cómo la profesión enfermera, al igual que cualquier otra profesión, no constituye una realidad estable, sino que se trata de un colectivo ocupacional cuyas características evolucionan a lo largo del tiempo, dando pie así a que su empleabilidad también se vea modificada. Estas transformaciones, que acontecen igualmente en las profesiones con las que la enfermería se relaciona, son fuente de conflictos interprofesionales en la delimitación de los espacios competenciales que corresponden a cada una de ellas. Las fricciones interprofesionales son, de hecho, parte constitutiva de la realidad profesional, pues en una sociedad salarial en la que los profesionales han de asegurar sus medios de vida empleándose en el mercado laboral, las categorías profesionales suponen un factor de primer orden en la delimitación y transformación de las posiciones existentes en dicho mercado de trabajo [Desrosières y Thévenot, 1988].

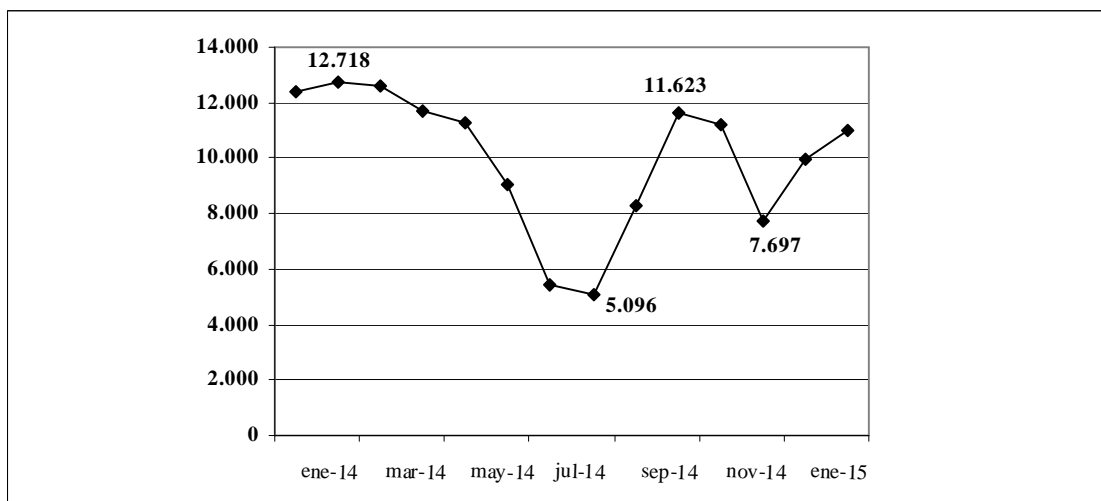
De este modo, la inestabilidad constitutiva del vínculo que une a las diferentes categorías profesionales con unas u otras funciones productivas, así como la competencia existente entre estas profesiones por ser empleadas en el mercado laboral, contribuyen a explicar el distinto posicionamiento de la profesión enfermera cuando es la medicina la que trata de impedir un desarrollo profesional enfermero que busca asumir mayores espacios de empleabilidad, en contraposición a cuando son otras las profesiones que pretenden llevar a cabo un proceso equivalente que podría amenazar el espacio de empleabilidad de las enfermeras. Lo que, en términos concretos, se traduce en que el presidente del Colegio de Enfermos de Badajoz pueda enfrentarse, como vimos, a la virulencia que ciertos médicos expresan ante el desarrollo competencial de la enfermería y sostenga que «en el mundo real la frontera entre “lo médico” y “lo enfermero” no existe, porque se trata de una frontera imaginaria que atenaza a muchos médicos y, lo que es peor, a muchas enfermeras» [Tardío, 2012a], sin que ello resulte un impedimento para que sea él mismo el que reafirme la frontera que legislativamente separa a las enfermeras de las auxiliares de enfermería y los técnicos sanitarios, enfatizando que:

«Tanto los Técnicos Especialistas como las Auxiliares de Enfermería no tienen campo competencial propio. Su actividad se limita a lo que le indique la Enfermera. [...] AHORA SE COLOCAN UN PIN QUE DICE: TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. [...] Una Auxiliar “de” Enfermería, a la que se le ha exigido título de formación profesional de primer grado, no tiene -ni puede tener- atribuido campo competencial, porque su trabajo depende exclusivamente de la Profesión Sanitaria, titulada, regulada y colegiada de Enfermero, que es la única responsable de los cuidados -de todos los cuidados- que se presten a una persona hospitalizada. No hay más interpretación; es literal. [...] UNA COSA ES EL “COMPAÑERISMO” Y OTRA EL “COMPADREO”. [...] La Auxiliar de Enfermería no puede verter esa expresión: “tú a lo tuyo y yo a lo mío”, por la sencilla razón de que la única Profesión responsable de lo que sucede en una unidad hospitalaria es la Enfermera; en ningún caso puede responder la Auxiliar de Enfermería, por la sencilla razón de que es eso, “auxiliar” de la Profesión Enfermero, que le indicará lo que tenga por conveniente, sin que por ello deje de ser la responsable de lo que pudiera sucederle al paciente ingresado» [Tardío, 2012b].

#### 4.3. Unos empleos de cuidado: una profesión estacional instalada en la eventualidad.

Una de las principales características de los servicios que cubre la profesión enfermera es su continuidad: la población precisa de los cuidados que prestan las enfermeras en todos los momentos del año y, de algunos de ellos, durante las 24 horas del día. Sin embargo, si desde el punto de vista de la perenne utilización del trabajo de las enfermeras su actividad puede ser considerada un *servicio continuo*, por el contrario, atendiendo a la forma que adopta en España el empleo enfermero en términos agregados, la enfermería habría de describirse, más bien, como una *profesión estacional*. Esta estacionalidad del empleo enfermero tiene dos causas principales: los periodos vacacionales, en los que se contrata personal para cubrir algunos de los puestos que quedan desatendidos, y los picos de actividad que suponen las enfermedades invernales, cuando también aumenta la contratación de enfermeras para hacer frente al incremento en la demanda de sus servicios. Esto tiene su reflejo en la bajada de las cifras de desempleo enfermero en los meses de verano y de comienzos del invierno, como se aprecia en la evolución del paro registrado a lo largo de un año<sup>62</sup>.

**Gráfico 1. Número de parados registrados solicitantes de empleo como Enfermero No Especializado (grupo primario CNO-2011). Año 2014.**



Fuente: Elaboración propia a partir del Observatorio de las Ocupaciones del Servicio Público de Empleo Estatal.

<sup>62</sup> Hemos escogido 2014 para ilustrar la evolución del desempleo enfermero a lo largo de un año por mantener una continuidad con las cifras recogidas en las Tablas número 1 y 2, así como con datos también referidos a ese mismo año que utilizaremos más adelante.

Los datos que recoge el Gráfico número 1 están necesariamente afectados por la coyuntura existente en 2014, un año de profunda crisis económica precedido por más de un lustro de fuerte destrucción de empleo enfermero. No obstante, el escarpado perfil que recoge el gráfico es una constante que se mantiene, con escasas alteraciones, año tras año en la enfermería española, independientemente de la situación económica que atraviese el país. Es decir, las cifras de paro registrado cambian a lo largo de los años, pero es persistente la repetición anual de dos momentos valle, siendo el del periodo estival especialmente acentuado. La mayor demanda de enfermeras en verano e invierno es algo que acontece igualmente en los países de nuestro entorno socioeconómico. Sin embargo, la norma en la mayoría de estos países no es tanto la constante oscilación estacional de las cifras de desempleo, sino una persistente escasez de enfermeras en sus mercados de trabajo. De hecho, a nivel global la enfermería se ha caracterizado tradicionalmente por ser una profesión contracíclica, es decir, una profesión que aumenta sus tasas de actividad y empleo en los periodos de recesión económica. Esto se debe, principalmente, a la forma que adopta la vida laboral de un volumen importante de enfermeras, muy mediada por su género, su estructura familiar y sus condiciones de trabajo. Estas últimas, en absoluto sencillas y menos aún en lo que a la conciliación de horarios entre vida laboral y familiar se refiere, han favorecido que un importante volumen de enfermeras (en este caso, sí específicamente mujeres), al formar una familia, opten por el trabajo a tiempo parcial o por abandonar temporal o definitivamente su carrera profesional. Y dado que la enfermería es una profesión en la que, por la pertinaz escasez de enfermeras en el mercado laboral de muchos países, también en periodos de crisis suelen ofertarse más puestos de trabajo que en otras ocupaciones, cuando las parejas de las enfermeras pierden su empleo, éstas pasan a trabajar a jornada completa o se reincorporan al mercado laboral para sacar adelante la economía familiar [Duchaine, 1993; Jacobs, 1993; Verwaest, 1993; Pacolet, Hedeboew, Versieck y Bouten, 1995; Versieck, 1996].

Esta pauta, que con sus especificidades se ha repetido también en la última crisis económica desencadenada en 2008, contrasta con la situación española, cuyo hecho diferencial, según los estudios elaborados por el Consejo Internacional de Enfermeras, radica en que:

«Mientras que la mayoría de los países de Europa Occidental cuentan con escasez de enfermeras, algunos como España no tienen suficientes puestos de trabajo para dar

empleo a todas las enfermeras tituladas. Por ello, muchas enfermeras abandonan España para trabajar en otros países en los que pueden obtener experiencia profesional, a menudo con la intención de regresar a España en el futuro» [Spetz, 2011: 34].

La singularidad española en cuanto a la contumaz existencia de desempleo en la profesión enfermera, más allá de sus contingencias coyunturales ligadas a los ciclos económicos, no es sólo un factor estacional, sino que constituye un hecho estructural desde el que se sostiene la forma crecientemente eventual que, desde la década de 1990, viene adoptando el empleo de las enfermeras en España. Esta particularidad hispánica se aprecia hasta en los términos ligados al desempleo enfermero que se utilizan en las comparativas internacionales, e incluso en el significado de dichos términos:

«Mientras que en España *unemployed* [equivale a] desempleadas (en paro) y *subemployed* [equivale a] subempleadas (que tienen que trabajar sirviendo copas, por ejemplo, para sobrevivir) fuera de nuestras fronteras *unemployed* significa “no quieren trabajar” y *underemployed* significa “trabajan (voluntariamente) a tiempo parcial”, es decir, menos horas de las que podrían. Lo que en el resto del mundo civilizado es *no quiero*, en Españistán es *no puedo*» [Hernández Yáñez, 2015a].

### ***Desempleo estructural y creciente eventualidad en el empleo enfermero desde la década de 1990.***

Dado que las fuentes estadísticas oficiales que ofrecen información sobre la profesión enfermera construyen sus datos de tal forma que resulta escasamente operativo partir de ellos para desplegar una visión de conjunto sobre el empleo de las enfermeras en España<sup>63</sup>, hemos recurrido a dos estudios referidos a 1998 [CGE, 1998;

---

<sup>63</sup> Las tres principales fuentes estadísticas oficiales que ofrecen información sobre el empleo enfermero en España son la Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados, el paro registrado en el Servicio Público de Empleo Estatal (en adelante SEPE) y la EPA. La Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados es un registro que aporta información orientativa sobre el volumen de enfermeras existente, pero no discrimina sobre su situación de empleo. El paro registrado deja fuera a aquellas enfermeras desempleadas que no se han apuntado como demandantes de empleo en el SEPE. A pesar de que para poder ser contratado por los servicios sanitarios públicos (principales empleadores de las enfermeras) es preciso estar registrado en el SEPE, la distancia entre el paro registrado y el desempleo enfermero cuantificable por otras vías es muy significativo. Así, por ejemplo, en 2014 las cifras de paro registrado oscilan entre las 12.718 enfermeras de febrero y las 5.096 de agosto, mientras que según la encuesta de Hernández Yáñez [2014c] el desempleo enfermero de ese año se sitúa en las 43.000 enfermeras. En el caso de la EPA, para acceder a datos específicos sobre la ocupación enfermera es necesario descender al tercer dígito de desagregación de la CNO, pudiéndose entonces obtener información de cierta fiabilidad estadística exclusivamente acerca de las enfermeras ocupadas, pero no sobre su tipo de contrato ni sobre la población desempleada cuya última ocupación hubiera sido la de enfermera. Las periodicidades de los datos de estos dos registros y esta encuesta son diferentes: anual para la Encuesta de Profesionales Sanitarios Colegiados, mensual para el paro registrado y trimestral para la EPA. Esta desigual periodicidad, la parcialidad de los datos que ofrecen estas fuentes y el hecho de que

SATSE, 1999] y uno del año 2014 [Hernández Yáñez, 2014c] para sustentar empíricamente el argumento de que, desde la década de 1990, las características del empleo enfermero se vienen orquestando a través de la articulación de un desempleo estructural con una tendencial eventualidad del empleo existente. Se trata de investigaciones realizadas con dieciséis años de diferencia y en dos coyunturas económicas radicalmente diferentes, lo que, aunque sea sólo en cierta medida y por contraposición, permite sortear aquellos aspectos del empleo de las enfermeras vinculados exclusivamente con el ciclo económico<sup>64</sup>. Además su metodología y la forma de elaborar alguna de sus preguntas posibilitan observar con especial claridad el fenómeno señalado<sup>65</sup>. En lo relativo a lo que aquí nos ocupa, resulta particularmente relevante la información que estos estudios ofrecen acerca de si las enfermeras han estado ocupadas o desempleadas *todo el año o en algún momento del año*. De este modo, al conocerse también la duración de cada uno de los periodos en los que las enfermeras han estado desempleadas, es posible calcular la probabilidad de que se encontraran ocupadas o paradas *en un momento dado del año*<sup>66</sup>.

---

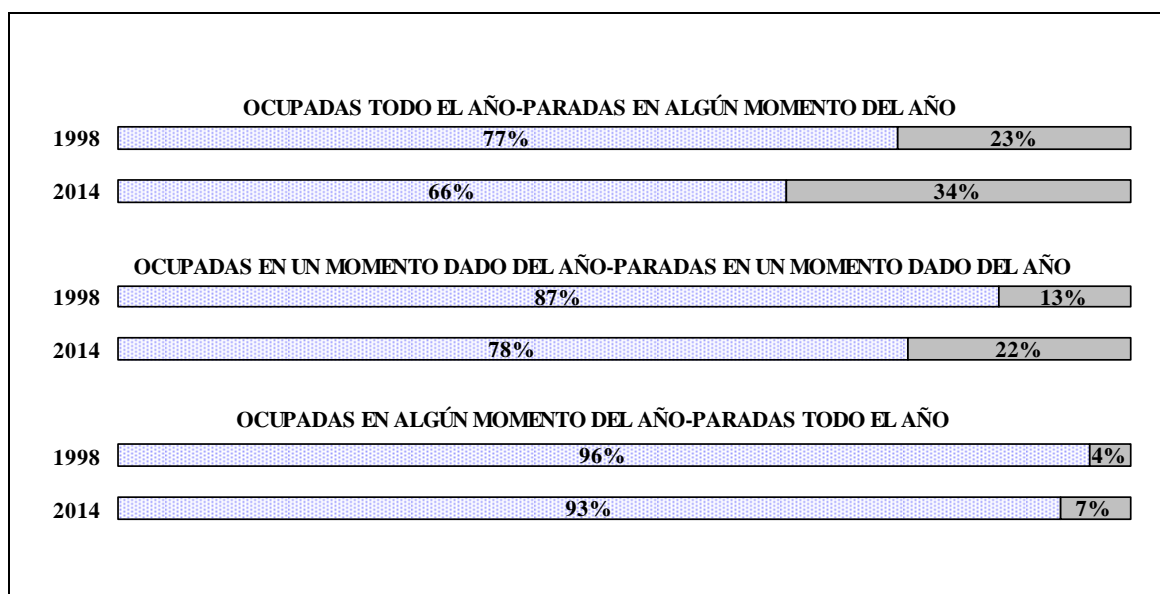
cada una de ellas construya sus datos con metodologías radicalmente dispares dificultan sobremanera analizar globalmente el empleo y el desempleo en la enfermería española utilizando exclusivamente las fuentes oficiales.

<sup>64</sup> En 1998 la crisis financiera global desencadenada el año anterior en el sudeste asiático sólo acababa de estallar y sus consecuencias apenas eran apreciables en España, donde finalmente resultaron sustancialmente menos agresivas que las de la crisis de 2008. Además, pese a los incipientes efectos que sobre la economía española de 1998 empezaba a tener la crisis financiera global, en aquel año nuestro país vivía una coyuntura expansiva sostenida sobre el consumo interior que estaba permitiendo una notable creación de empleo [Consejo Económico y Social, 1999].

<sup>65</sup> El estudio del CGE [1998] es el resultado de una encuesta telefónica realizada del 16 al 31 de julio y del 13 al 15 de septiembre de 1997. Toma como muestra 897 entrevistas aplicadas sobre el universo de enfermeras colegiadas, situándose el margen de error en el  $\pm 0,33\%$  para un nivel de confianza del 95,5%. El del SATSE [1999] se compone del análisis de diversas fuentes estadísticas y de la explotación de los datos de la encuesta elaborada por el CGE un año antes. Al haber sido dirigido por Hernández Yáñez, este estudio resulta particularmente útil por contar con operaciones estadísticas que también se realizan en su estudio de 2014. Este último combina un examen crítico de las estadísticas oficiales con los resultados de un cuestionario online a una muestra de 1.929 encuestas válidas, aplicado sobre el universo de enfermeras tituladas trabajando o con intención de trabajar en España durante la semana del 5 al 11 de mayo de 2014. El margen de error se sitúa en el  $\pm 2,22\%$  para un nivel de confianza del 95,5%.

<sup>66</sup> La operación que determina la situación de empleo *en un momento dado del año* hace referencia «al número de profesionales que encontraríamos en una situación laboral determinada (ocupados, inactivos, desocupados...) si realizáramos un recuento en un momento concreto (un día) aleatorio del año. Debe entenderse en términos de probabilidad, dado que no todos los días del año existe el mismo volumen total de empleo (estacionalidad por vacaciones, por ejemplo) y que una situación determinada (por ejemplo, una jubilación) puede producirse cualquier día del año» [SATSE, 1999: 27]. Para este cálculo se parte de la contabilización de la duración de los periodos de desempleo declarados por las enfermeras entrevistadas y se distribuyen proporcionalmente a lo largo de todos los días del año.

**Gráfico 2. Enfermeras ocupadas y paradas todo el año, en algún momento del año y en un momento dado del año (tasas sobre el total de enfermeras en activo). Años 1998 y 2014.**



Fuente: Hernández Yáñez [2014d]. Fuentes originales de los datos: CGE [1998] y Hernández Yáñez [2014c].

Observar el empleo en términos probabilísticos, y no a través de fotos fijas como suele ser habitual, supone una aproximación mucho más fiel al funcionamiento real del mercado de trabajo, que se asemeja más a un flujo que a una sucesión de escenas. Más aún en un caso como el de la enfermería española, donde el tránsito entre las situaciones de paro y ocupación es, como refleja el Gráfico número 2, especialmente intenso. Así, el desempleo afectaba durante todo el año al 4% de las enfermeras activas en 1998 y al 7% de las activas en 2014. Por su parte, la tasa de paro enfermero en algún momento del año era del 23% en 1998 y del 34% en 2014. Estas disparidades hacen que resulte oportuno el cálculo del porcentaje de enfermeras ocupadas y paradas en un momento dado del año a través de la consideración hipotética de que el empleo se repartiera proporcionalmente a lo largo de todos los días del año. Algo que, claro está, no sucede así en el mercado de trabajo de las enfermeras, pero resulta permisible a efectos de cálculos estadísticos. De este modo, la tasa de paro enfermero en un momento dado del año 1998 era del 13%, frente al 22% en 2014. Unos datos que, analizados en su conjunto, posibilitan radiografiar los principales rasgos del empleo enfermero y cómo la eventualidad que los preside se ha acentuado intensamente desde 1998.

La característica primordial del paro en enfermería radica en que no constituye una situación completamente contrapuesta a la ocupación. Las cifras de enfermeras paradas todo el año son relativamente bajas, aunque resulta significativo que hayan

pasado de un 4% a un 7% en dieciséis años. La principal característica del desempleo enfermero radica en que éste forma parte del funcionamiento *normal* de los servicios sanitarios que emplean a las enfermeras en España. Lo era para casi una de cada cuatro enfermeras (23%) desempleadas en algún momento de un año de bonanza económica como 1998, y lo es para más de una de cada tres (34%) en 2014.

Cuando anteriormente afirmábamos que el paro en la enfermería española no es sólo estacional sino también estructural no nos referíamos a que para las enfermeras resulte imposible estar ocupadas en algún momento del año (aunque esto, como hemos visto, ya sucedía para un 4% en 1998 y en 2014 esta realidad ha aumentado hasta el 7%). La condición estructural del desempleo en España estriba, más bien, en su articulación con el alto y tendencialmente creciente volumen de eventualidad en el empleo de las enfermeras. De hecho, si ya de por sí las cifras de empleo con una estabilidad menor de un año en 1998 eran altas (las enfermeras con este tipo de empleo suponían un 19% del total de enfermeras ocupadas en algún momento de ese año), esta realidad no ha hecho sino agravarse desde entonces, hasta situarse en el 27% en 2014<sup>67</sup>.

Como hemos observado, el volumen de enfermeras en paro durante todo el año no es abrumadoramente elevado en España, lo que hace que en los momentos de fuerte demanda de enfermeras (los valles del Gráfico número 1) a muchas de ellas no les resulte excesivamente complejo acceder al empleo. De hecho, de no ser por la fuerte destrucción de empleo enfermero que ha acontecido en el contexto de la crisis económica de 2008, ante la merma de enfermeras egresadas que supuso el aumento de un año en su tiempo de formación con el paso de la diplomatura al grado, probablemente en 2012 y en alguno de los años sucesivos en España se hubiera experimentado, en determinados momentos del año, una situación de escasez de efectivos similar a la que es habitual en los países de nuestro entorno [Hernández Yáñez, 2013c y 2013d].

De este modo, el empleo de las enfermeras está apoyándose en una utilización fuertemente flexible de la mano de obra enfermera como mecanismo de ajuste a unos vaivenes en su demanda que no resultan exclusivamente inducidos por efectos estacionales. Si en 1998 las enfermeras ocupadas todo el año eran el 77% del total de las activas, en 2014 esta cifra ha descendido hasta el 66%. Es decir, a día de hoy un tercio

---

<sup>67</sup> Las cifras del 19% y el 24% de empleos con una estabilidad menor de un año en 1998 y 2014 respectivamente corresponden a la diferencia entre las enfermeras paradas en algún momento del año y las enfermeras paradas todo el año.

de la enfermería española forma parte de lo que Hernández Yáñez [2015a] ha denominado *los desempleados*, esto es, una población enfermera que fluctúa con intensidad entre el paro y la ocupación.

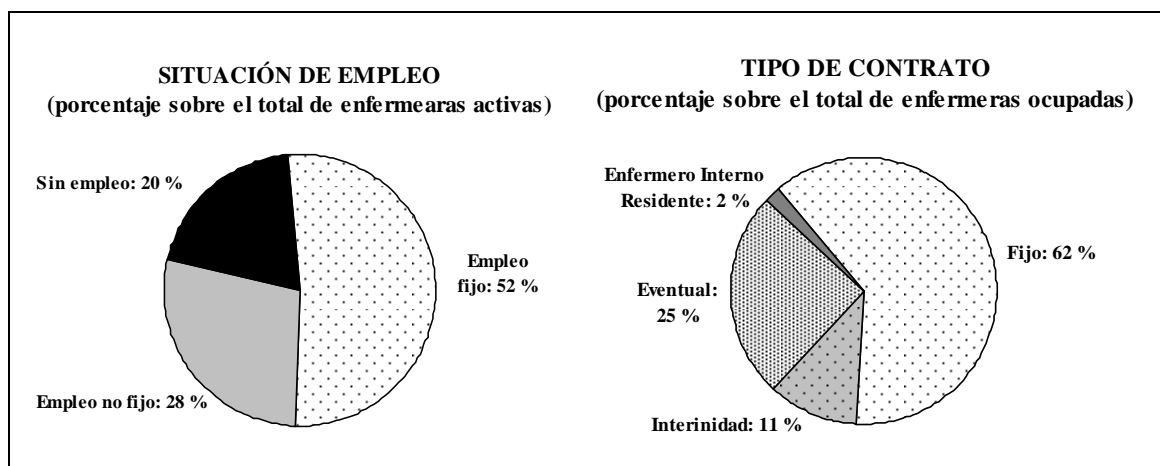
Esta situación contrasta profundamente con la que se vivía en la enfermería española de la década de 1980. De hecho, el mercado de trabajo al que se enfrentaron las primeras enfermeras universitarias resultaba especialmente atractivo por la estabilidad que proporcionaban sus empleos, tal como relata una de ellas:

“Había pensado estudiar Biología, pero justo en mi último año de instituto mi padre tuvo un accidente en el taller y tuvo que dejar de trabajar porque se quedó en silla de ruedas. [...] La carrera de enfermería eran tres años y había mucho trabajo, no como ahora, que está mucho peor. [...] En mi casa las cosas estaban... digamos complicadas. Pero para mí no fue un drama, también había pensado antes del accidente estudiar enfermería, también lo había pensado antes. [...] Nadie me dijo nada, fui yo. Si mi padre me insistía en que estudiara lo que yo quería y mi madre decía que ella podía echar más horas [extras en su trabajo]. Pero enfermería a mí también me gustaba y era una carrera con mucha salida. En el 83 cuando yo terminé [la carrera], salías y te colocabas nada más salir. Yo sabía que iba a encontrar trabajo fijo, y con lo que había pasado en mi casa... [...]. Sacabas la plaza muy pronto, yo creo que tardé un año, o dos, la verdad es que ni me acuerdo, pero no tenía nada que ver con lo de ahora. Yo hasta que saqué la plaza estuve trabajando siempre, y en el mismo sitio. [...] En [el hospital madrileño] La Paz, en Neurología. Terminé la carrera y hasta que saqué mi plaza, sólo trabajé en ese servicio. [...] Veo a las chicas que vienen ahora recién salidas [de la universidad] y pienso, ¿pero qué vida van a tener estas criaturas? Si están un día aquí y otro día ya no están, yo no sé qué vida se puede llevar así. [Al ser preguntada si volvería a optar por estudiar enfermería si estuviera en el instituto y el accidente de su padre hubiera acontecido en el momento de la entrevista] No sé qué decirte. Tampoco las cosas están tan fáciles ahora en otros sitios para que te hagan fija, y dentro de lo que cabe en enfermería no está tan mal. [...] Las oposiciones tardan en salir pero terminan saliendo, aunque saquen muchas menos plazas, muchas menos de las que se necesitan. [...] No lo tendría tan claro, eso sí que seguro” [Enfermera del Servicio de Urología de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 42 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como DUE].

La crisis global desencadenada en 2008 no ha hecho sino acentuar la creciente eventualidad en el empleo enfermero que se relata en la cita precedente, extraída de una entrevista realizada en un momento de expansión económica como el que atravesaba España en 2003. El aumento en la eventualidad del empleo enfermero empieza a desarrollarse con intensidad durante la década de 1990. De hecho, en un ambicioso estudio de 1992 cofinanciado por el Ministerio de Sanidad y el CGE, entre las muchas dimensiones de la enfermería que se abordan (formación, condiciones de trabajo,

promoción y desarrollo profesional, política sanitaria, objeción de conciencia ante el aborto, etc.), la cuestión del empleo ocupa un espacio marginal y en absoluto se identifican tensiones derivadas de su escasez o falta de calidad [CGE, 1992]. Hasta ese momento, como ilustra la cita anterior, la enfermería había sido una vía de acceso a un empleo con mucha estabilidad a través de una formación relativamente corta. En la década de 1980 resultaba por ello un nicho laboral que, en comparación con otras profesiones fuertemente feminizadas, contaba con unas condiciones de empleo más favorables que las habituales entre las mujeres ocupadas en España [OCDE, 1998: 145-180]. Desde la década de 1990 estas características del empleo enfermero se han visto ampliamente trastocadas, lo que se ha producido en paralelo a cambios en las formas de gestión pública de la sanidad y de un progresivo deslizamiento de un importante volumen de la actividad sanitaria desde el sector público hacia centros de titularidad privada que operan como proveedores de servicios financiados por las CCAA. En el próximo capítulo nos detendremos con más detalle en estos procesos. Baste, por el momento, con ilustrar, ahora sí a través de una foto fija de 2014, algunos rasgos adicionales de las características de los empleo de las enfermeras en la actualidad.

**Gráfico 3. Situación de empleo y tipo de contrato de las enfermeras. Año 2014.**



Fuente: Hernández Yáñez [2014f]. Fuente original de los datos: Hernández Yáñez [2014c].

Con un 20% de enfermeras desempleadas y un 28% con empleos no fijos sobre el total de enfermeras en activo, aquellas que cuentan con un empleo fijo son poco más de la mitad: un 52%. Esta cifra asciende hasta el 62% cuando se toma en consideración exclusivamente a las enfermeras ocupadas. Entre el resto de ocupadas, el 2% está formándose como Enfermero Interno Residente, el 11% cuenta con un contrato de interinidad y el 25% con uno eventual. Si, por sus características especiales,

exceptuamos a los Enfermeros Internos Residentes del cálculo de las enfermeras sin contrato fijo, la suma de interinas y eventuales (un 36% del total de ocupadas) es de 61.900. Si tomamos en consideración exclusivamente al 25% de eventuales, en esta situación encontramos a 43.000 enfermeras. En ambos casos, cifras abrumadoramente más elevadas que las atribuibles a la contratación estacional en el momento de mayor descenso del paro registrado. Si volvemos sobre el Gráfico número 1, podemos observar cómo en 2014 la distancia entre el mes con mayor paro registrado (febrero, con 12.718 enfermeras registradas en el SEPE) y el que tiene un dato más reducido (agosto, con 5.096) es de 7.622 enfermeras. Una cifra muy alejada de las 43.000 enfermeras eventuales y más aún de las 61.900 eventuales e interinas<sup>68</sup>. Parece, por lo tanto, incuestionable que la eventualidad del empleo enfermero se ha instalado en la profesión como algo no exclusivamente ligado a la estacionalidad de las vacaciones veraniegas y los picos de enfermedades propias del invierno. Con sólo un 52% de empleo fijo sobre el total de las enfermeras activas y un 62% sobre el total de las enfermeras ocupadas, resulta pertinente considerar que la articulación entre paro y eventualidad constituye, a día de hoy, no sólo una forma de afrontar situaciones estacionales o contingentes sobrevenidas (como las bajas por enfermedad, por ejemplo), sino también un mecanismo en el que apoyar la organización flexible del trabajo enfermero y, al mismo tiempo, una vía de implementación de las medidas de contención del gasto público que vienen presidiendo la política sanitaria desde la década de 1990.

Las características de la eventualidad del empleo enfermero en 2014 evidencian una notable precarización en las formas de contratación temporal de las enfermeras. Así, si en 1998 la duración media de las situaciones de desempleo era de 5,6 meses, en 2014 es de 7,9. Entre las enfermeras sin empleo como enfermera en 2014, un 7% tenía un trabajo sanitario de inferior categoría o trabajaba en una actividad que nada tenía que

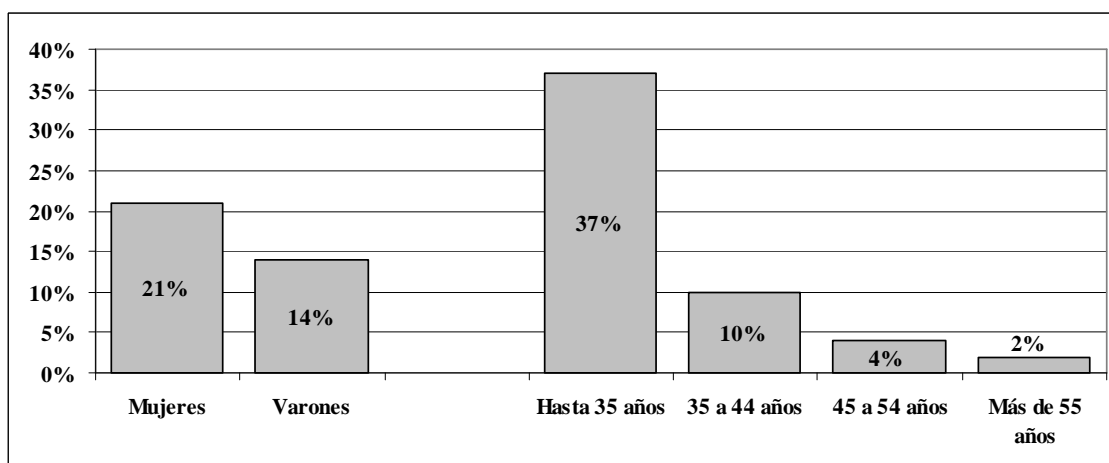
---

<sup>68</sup> Los datos absolutos presentados toman como referencia las estimaciones del estudio de Hernández Yáñez [2014c] del que hemos extraído las características del empleo enfermero que estamos comentando. Según este estudio, las enfermeras activas en España en 2014 se sitúan entre las 205.000 y las 225.000. Para las operaciones estadísticas realizadas hemos empleado la media de ambas cifras, es decir, una estimación de 215.000 enfermeras activas. Así, con un 20% de paro en la profesión, las enfermeras ocupadas serían 172.000 y las paradas 43.000. Estas cifras absolutas son sustancialmente menores que las estimadas por Puig-Samper [2015] para el mismo año a través del análisis de los microdatos de la EPA. Como refleja la Tabla número 1, dichos microdatos (en los que los márgenes de error de la EPA se multiplican) sitúan en 213.100 el número de enfermeras ocupadas en 2014. Estas disparidades ratifican, una vez más, el valor meramente orientativo que cabe otorgar a las cifras estadísticas de las que disponemos. En cualquier caso, teniendo en cuenta que las estimaciones de Puig-Samper proponen una cantidad más elevada de enfermeras ocupadas, utilizarlas para corroborar la distancia existente entre el descenso del paro registrado por motivos estacionales y el volumen de eventualidad en el empleo enfermero en España no haría sino ratificar de una forma aún más acentuada dicha distancia.

ver con lo sanitario, por lo que a este colectivo puede calificársele como enfermeras subempleadas. El 22% de las desempleadas y el 23% de las subempleadas no habían trabajado nunca como enfermeras y el 82% de las primeras y el 77% de las segundas llevaba más de un año en situación de desempleo o subempleo. Entre aquellas desempleadas que al menos una vez en su vida habían sido empleadas como enfermeras, el 60% del tiempo de su biografía laboral en el que hubieran podido trabajar como profesionales de la enfermería lo habían pasado en el paro u ocupadas en otras actividades. De las enfermeras que habían estado desempleadas en algún momento del año, la duración media de su último contrato fue de 3,8 meses. Del total de contratos firmados por este colectivo, el 43% tuvo una duración inferior a 15 días, el 59% inferior a un mes y sólo el 13% de los contratos tuvo una duración de más de seis meses. Un 16% de las enfermeras que habían trabajado alguna vez en los últimos doce meses firmó más de cinco contratos sucesivos y un 10% más de diez.

Finalmente, si el desempleo puede considerarse la forma más extrema de la precariedad que ha ido adoptando el empleo enfermero en España, es reseñable que en 2014 esta situación afectara a un 20% de las enfermeras en activo, esto es, a 43.000 enfermeras. La coyuntura económica de 2014 y los años de fuerte destrucción de empleo en la enfermería española que le han precedido son una de las causas de esta elevada cifra, pero no la única. Ya desde antes de la crisis e incluso en una etapa como la de los primeros años del siglo XXI, en la que varias CCAA pusieron en funcionamiento numerosos nuevos centros de salud y hospitales, la sanidad española, con un promedio de 4.000 enfermeras jubiladas anualmente, no estaba siendo capaz de absorber a las aproximadamente 10.000 enfermeras que cada año se incorporan al mercado de trabajo al finalizar sus estudios [Hernández Yáñez, 2015a]. Esta situación ha generado una clara estratificación generacional del desempleo enfermero.

**Gráfico 4. Tasa de desempleo en enfermería por sexo y grupos de edad. Año 2014.**



Fuente: Hernández Yáñez [2014e]. Fuente original de los datos: Hernández Yáñez [2014c].

La evolución de las características del empleo en enfermería ha provocado que el paro se concentre entre las enfermeras menores de 35 años, quienes cuentan con una tasa de desempleo del 37%. Se observa igualmente una mayor tasa de paro entre las mujeres, pero esta situación encuentra buena parte de su explicación en la menor concentración de varones en las cohortes de menos edad. Dado que el paro desciende según avanza la edad de los profesionales de la enfermería, en la medida en que la proporción de enfermeros es menor entre las generaciones más jóvenes, la variable edad contribuye a explicar las menores tasas de desempleo masculino. De este modo, la distancia entre las tasas de paro de las mujeres y los varones en la enfermería española está vinculada a la constante feminización que viene experimentando la profesión desde finales de la década de 1970, cuando, como veremos en el próximo apartado, ya era una profesión fuertemente feminizada.

#### **4.4. El género en los puestos de representación de la profesión enfermera.**

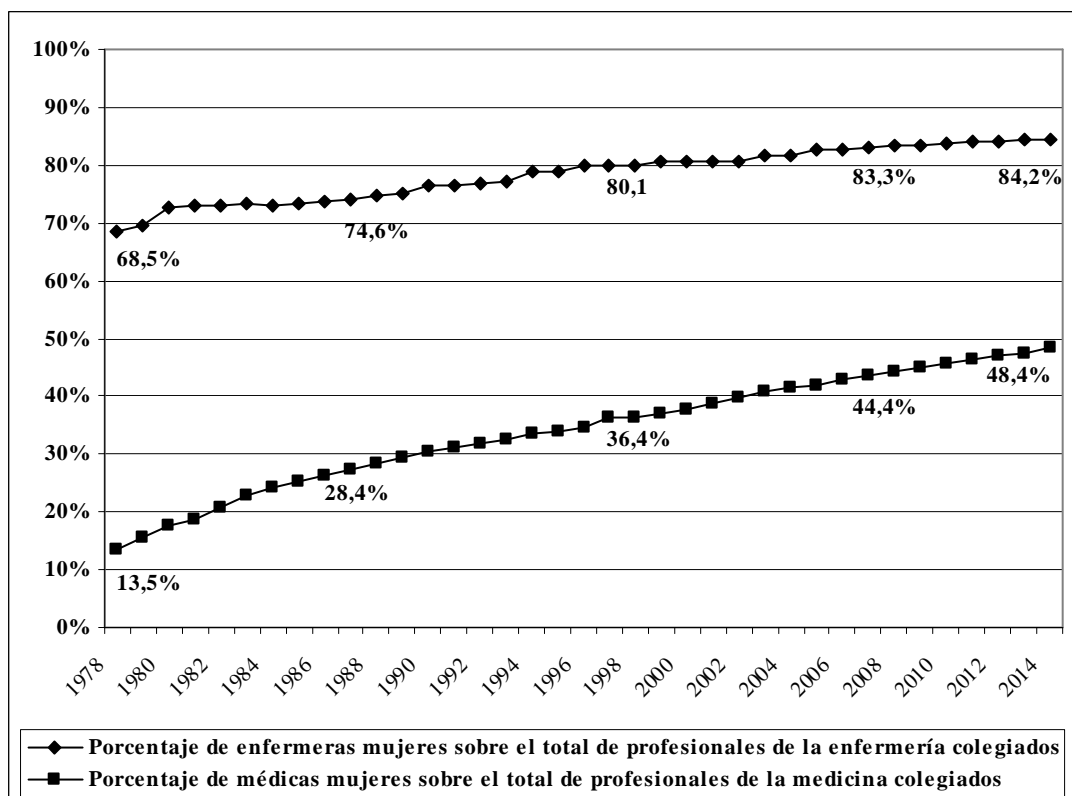
En el día a día de los servicios sanitarios, las fricciones entre médicos y enfermeras son frecuentes. La *Factoría Cuidando*, uno de los blogs de enfermería más seguidos en España, ilustra así una de las habituales formas de resolución de esas controversias cotidianas entre profesionales de la medicina y de la enfermería:

«Las “peleícas” entre médicas y enfermeros [...]. Un día normal, en una planta de hospitalización de un hospital del “mundo mundial”... Javier (enfermero) se dispone a curar la herida de José, paciente ingresado en la planta por una herida crónica que se ha complicado. Al revisar las órdenes de tratamiento de José, observa que Dulce (médica

especialista) ha prescrito un medicamento para aplicar sobre la herida, que según los últimos resultados de investigación a los que ha podido acceder, no debería aplicarse. Comenta el caso con Dulce y ella le dice, textualmente: “Muy bien, pero quiero que lo cures con lo que yo te he dicho”» [Fernández-Salazar, 2013].

Al describir los conflictos cotidianos en torno a cómo se toman ciertas decisiones clínicas como «las “peleicas” entre médicas y enfermeros», Fernández-Salazar está acentuando el peso que en estas controversias tienen las jerarquías profesionales, independientemente de si se apoyan o no en las jerarquías de género que tradicionalmente han acompañado las relaciones entre una masculinizada medicina y una feminizada enfermería. Durante los últimos cuarenta años, en la sanidad española se ha vivido una profunda alteración de esta tradicional articulación. El factor que más ha influido ha sido la ininterrumpida incorporación de mujeres a la profesión médica. En lo que respecta a la profesión enfermera, por su parte, también la proporción de varones ha experimentado un constante retroceso.

**Gráfico 5. Porcentaje de mujeres sobre el total de profesionales de la enfermería y de la medicina colegiados. Años 1978 a 2014.**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados.

Desde que la enfermería se transformó en una titulación universitaria a finales de la década de 1970, el porcentaje de mujeres ha pasado del 68,5% en 1978 al 84,2% en 2014, es decir, la feminización de la profesión ha aumentado en casi 16 puntos porcentuales. La medicina también ha vivido una todavía más acusada feminización, al incrementarse en casi 35 puntos porcentuales la proporción de mujeres. Proviendo ambas profesiones de situaciones muy diferentes, a día de hoy la medicina es una profesión en la que el número de mujeres colegiadas es prácticamente el mismo que el de varones, mientras que estos últimos apenas suponen poco más del 15% del total de profesionales de la enfermería.

La feminización de las profesiones sanitarias ha sido interpretada como un fenómeno con una fuerte ambivalencia. Si, por un lado, se ha vinculado con un reforzamiento de la división sexual del trabajo desde el que las mujeres permanecerían adscritas a sus seculares funciones de atención hacia el otro, también se ha evidenciado cómo el peso que en muchos países tiene el empleo público en el sector sanitario lo convertirían en un campo que favorece que las mujeres puedan, hasta cierto punto, sortear las barreras de género que atraviesan el mercado laboral [Aïach, Cèbe, Cresson y Philippe, 2001].

En un extenso estudio sobre las trayectorias laborales de las médicas en Cataluña se constata que «las discriminaciones por razón de género tradicionalmente existentes en el mercado de trabajo están experimentando un proceso de transformación [que] se da, principalmente, en la medida que disminuyen las discriminaciones directas y se consolidan las discriminaciones indirectas» [Pastor, 2008: 8]. Así, pese a la fuerte feminización de la profesión médica durante las últimas décadas, la mayoría de los puestos de responsabilidad siguen estando ocupados por varones.

### ***Varones en puestos de responsabilidad de una profesión feminizada.***

En el caso de la enfermería, esta misma situación se repite en el SATSE y en la Organización Colegial de Enfermería. Estos dos órganos componen la Mesa de la Profesión Enfermera, que realiza las funciones de interlocución entre las enfermeras y los poderes públicos. Señalábamos en el capítulo anterior cómo en la década de 1980 el espacio universitario fue el lugar desde el que muchas mujeres accedieron a cierto poder institucional del que, en esa misma época, quedaron marginadas cuando algunos varones de la profesión crearon el SATSE y se hicieron con la mayoría de los puestos de responsabilidad de los colegios profesionales. Se produjo así una distribución de

estos espacios de poder marcada por el género, dedicándose las mujeres a educar y los varones a mandar. En nuestros días, la sobrerrepresentación de los varones entre los dirigentes de los órganos colegiales y el SATSE sigue siendo manifiesta.

**Tabla 4. Proporción de varones en los puestos ejecutivos de la Organización Colegial de Enfermería y el SATSE. Año 2010.**

		Porcentaje de varones
<b>Profesionales colegiados</b>		<b>16%</b>
<b>Organización Colegial de Enfermería</b>	<b>Presidentes de Colegios Provinciales</b>	<b>62%</b>
	<b>Presidentes de Consejos Autonómicos</b>	<b>71%</b>
	<b>Comisión Ejecutiva del CGE</b>	<b>88%</b>
<b>SATSE</b>	<b>Secretarios Provinciales</b>	<b>44%</b>
	<b>Secretarios Generales Autonómicos</b>	<b>53%</b>
	<b>Secretariado Permanente del Comité Ejecutivo Estatal</b>	<b>43%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados y Hernández Yáñez [2010: 35].

A nivel provincial no existe una total homogeneidad en las características sociodemográficas de quienes ocupan las funciones ejecutivas recogidas en la Tabla número 4. Sobresale, sin embargo, la figura de varón de edad avanzada y con muchos años en el puesto. Es el caso de los propios presidentes del CGE y el SATSE, quienes mantienen sus cargos desde la década de 1980. Las características generacionales y las vinculadas con la disparidad entre el género que predomina en la profesión y el que prevalece en los órganos ejecutivos de estos dos importante órganos de representación de la enfermería española ayudan a interpretar ciertas particularidades ligadas con sus denominaciones.

En 1986 los ATS, fundamentalmente varones, que estaban siendo expulsados de los servicios centrales hospitalarios al ser sustituidos por técnicos especialistas, crearon el Sindicato de Ayudantes Técnicos Sanitarios de España, al que se le empezó a nombrar por medios de la siglas SATSE. De ser un pequeño sindicato en 1986, en poco tiempo pasó a convertirse en el sindicato hegemónico de la enfermería española (según datos del propio SATSE, en 2016 la cifra de afiliados alcanza casi los 100.000). En 1989, ante la creciente afiliación de un perfil más diversificado de profesionales compuesto por antiguos ATS y jóvenes DUE, se modificó el nombre por el de Sindicato de Enfermería. Sin embargo, se mantuvo SATSE como acrónimo para mantener la continuidad con su corta historia, por la identidad que dichas siglas había generado en parte de las bases que en aquellos años componían la profesión (unas bases compuestas mayormente de enfermeras con formación de ATS, muchas de las cuales todavía no

habían convalidado su título con el de DUE) y, probablemente, también como reflejo de quienes estaban, y en gran medida siguen estando, al mando del sindicato.

Por su parte, la denominación de los colegios profesionales de las enfermeras españolas contrasta con lo que sucede en otras profesiones. La mayoría de los colegios profesionales en España manifiestan su carácter de asociación de pares utilizando en su denominación el nombre de quienes las ejercen. Encontramos así, por ejemplo, el Colegio de Médicos, el Colegio de Abogados, el Colegio de Farmacéuticos, etc. En la enfermería española, en cambio, 46 de sus 52 de sus colegios provinciales no hacen referencia en su denominación a los profesionales que en ellos están colegiados. Las excepciones son los Colegios de Enfermeros de Badajoz y Tenerife, los Col·legis d'Infermeres i Infermers de Barcelona, Lleida y Tarragona y el Col·legi d'Infermers/eres de Girona. La denominación mayoritaria es la de Colegio de Enfermería que, al asexualizar y borrar las referencias al género, evidencia el androcentrismo de quienes ostentan el poder en sus órganos colegiales, quienes por esta vía parecen pretender invisibilizar su sobrerrepresentación y, por tanto, su posición de dominio [Hernández Yáñez, 2015b y 2015c].

### ***El desplazamiento de las fronteras de las desigualdades de género.***

Las políticas comunicativas de la Organización Colegial de Enfermería y el SATSE mantienen un punto de particular coincidencia con la enfermería docente: sus posicionamientos discursivos ante la profesión médica. Veíamos en el capítulo anterior cómo el papel de las enfermeras empleadas en el ámbito universitario ha sido especialmente relevante en la socialización de las nuevas promociones de estudiantes en una profesión enfermera definida alrededor del cuidado y en exclusión frente a las actividades médicas. Finalizando el siglo XX, desde esa enfermería docente se expresaba que «en la actualidad, superadas en gran parte las trabas de la dependencia, del autoritarismo hoy fuera de juego, hemos de recuperar el diálogo con nuestro principal compañero de proyecto: el médico» [Antón Nardiz, 1998: xiv]. Casi dos décadas después cuando, en el estudio al que nos referíamos al inicio de este capítulo, el CGE denuncia la situación del empleo en enfermería durante la crisis, lo hace señalando que «hasta casi 9 enfermeras por cada médico han llegado a ir al paro» [CGE, 2015a: 41]. Al igual que hemos analizado con respecto a las ratios profesionales, esta afirmación refleja una realidad: el paro ha afectado más tarde y con menor intensidad a la medicina que a la enfermería. Pero como sucedía con los argumentos que denunciaban una radical

disparidad entre las ratios de médicos y enfermeras en España y Europa, en este caso también se obvian otras dimensiones relevantes de la situación que se está describiendo, básicamente el hecho de que las condiciones de empleo en la profesión médica vienen sufriendo, con sus propias particularidades, una degradación y una creciente eventualidad que tienen muchos puntos en común con la acontecida en la profesión enfermera [Organización Médica Colegial, 2014, 2015 y 2016].

Saliba [1994] utiliza la distinción elaborada por Strauss [1957] entre sociología *de* la medicina y sociología *en* la medicina para destacar que la participación de la perspectiva sociológica *en* las instituciones y organizaciones sanitarias resulta, comparativamente con el desarrollo de la sociología que exclusivamente las estudia, mucho más modesta. Esta mirada fundamentalmente exterior habría favorecido el desarrollo de una sociología crítica de la medicina que ha permitido dar cuenta de toda una serie de aspectos perniciosos ligados a una sociedad crecientemente medicalizada [Aïach y Delanoë, 1998]. Illich [1975] representa uno de los exponentes paradigmáticos de esta perspectiva sociológica crítica con el cruce de intereses que existiría entre la práctica médica y la industria farmacológica, la yatrogenia que estas dinámicas llevarían asociadas y la expropiación de la salud que supondría una sanidad asentada sobre un modelo biomédico. Esta perspectiva sociológica está especialmente presente en la enfermería docente. Durante muchos años las enfermeras que han tratado de desarrollarse profesionalmente en la universidad se han visto obligadas a complementar, como vía de acceso al doctorado, su diplomatura de tres años con otra licenciatura. En la mayoría de los casos, estas formaciones complementarias han estado vinculadas al área de las ciencias sociales, lo que ha favorecido su socialización en una forma de entender la enfermería que toma cierta distancia con las prácticas propiamente médicas. Algo que desde otros espacios de la profesión resulta mucho más matizado, como evidencia el contraste en los discursos de dos enfermeras en ejercicio que también son estudiantes de otras carreras: antropología y medicina. Así se expresaba la primera:

“[Estudiar antropología] me ha servido para entender mucho de lo que vives en el hospital [...]. [La medicina y la enfermería] tenemos formas de entender la sanidad diferentes, y eso no sólo porque lo veas en las tradiciones de las que venimos, sino es que lo ves en cómo hacemos las cosas, en cómo te relacionas con los pacientes. [...] No debería ser todo medicar, en España se medica por todo y muchas veces más de la cuenta. Ahí la enfermería tiene mucho que decir, pero no la dejan” [Enfermera del Servicio de Endocrinología y Nutrición de un hospital público de

gestión privada de la Comunidad de Madrid. 25 años. Contrato laboral temporal. Formada como DUE].

Por su parte, así se manifestaba la enfermera y estudiante de medicina:

“La enfermería es una profesión preciosa, preciosa. Yo no estoy estudiando medicina porque no me guste ser enfermera. Pero a veces me da la impresión de que la enfermería quiere ser lo que no es [...]. Yo no veo que seamos tan diferentes las enfermeras de los médicos, cada uno tenemos nuestras funciones. [...] Para mí, en muchas cosas tengo más que ver con los que trabajo en Oftalmología que con muchas enfermeras. Con todos, con los médicos y con las auxiliares, lo que hacemos en Oftalmología nos hace tener muchas cosas en común, más que... ¿qué se yo?, que las que puedo tener con las enfermeras de Nefrología o de Primaria” [Enfermera del Servicio de Oftalmología de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 27 años. Contrato estatutario de interinidad. Formada como DUE].

En este capítulo hemos analizado cómo la enfermería española, a lo largo de su desarrollo profesional, ha mantenido relaciones conflictivas con la medicina y con otras profesiones. Las profesiones no son realidades estables, por lo que al transformarse y alterar sus espacios de empleabilidad, entran en competencia con otros colectivos profesionales. Así, si como señalaba el presidente del Colegio de Enfermeros de Badajoz, *«en el mundo real la frontera entre “lo médico” y “lo enfermero” no existe, porque se trata de una frontera imaginaria»*, esto no implica que esa frontera deje de utilizarse discursivamente por la profesión si es útil para argumentar sus reivindicaciones. Más aún cuando esta frontera se apoya en el referente identitario asentado en la profesión desde la década de 1980, lo que probablemente favorezca que pueda ser rentabilizada por quienes la utilizan. Lo cual no quita para que, en otros planos de las relaciones interprofesionales, médicos y enfermeras lleven a cabo estrategias conjuntas. Así sucede, por ejemplo, con sus colaboraciones cotidianas en los centros de trabajo, con sus vínculos en espacios de desarrollo asistencial compartidos o con la estrategia sindical coordinada que, desde 1987 y a través de la no exenta de tensiones Convergencia Estatal de Médicos y de Enfermería, mantiene el SATSE con la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.

Como vimos en el capítulo anterior a raíz de la rueda de prensa exclusivamente protagonizada por médicos una vez que la auxiliar de enfermería Teresa Romero superó su infección de ébola, en el espacio laboral de la salud la centralidad de la práctica médica sigue situando en un segundo plano la visibilidad del resto de profesiones que trabajan a su lado. No por anecdótico deja de ser significativo que uno de los más

relevantes estudios que se han hecho en España sobre las barreras que encuentran las mujeres dentro de la profesión médica se titule *Mujeres en la sanidad: trayectorias profesionales y acceso a cargos de responsabilidad* [Pastor, 2008]. Parecería que también en la sociología con perspectiva de género se mantuviera la habitual identificación entre medicina y sanidad. Sin embargo, a lo largo del capítulo hemos constatado que, pese a la centralidad de la medicina en la sanidad española, hay otras muchas variables que influyen en el volumen y las formas que ha ido adoptando el empleo en enfermería. A día de hoy, la realidad que se vive en los centros sanitarios españoles se asemeja poco a la descripción que hacía Bourdieu de unos espacios en los que «*el jefe de servicio, casi siempre un hombre, ejerce una autoridad paternalista, basada en la envoltura afectiva o la seducción, y, a la vez sobrecargado de trabajo y asumiendo todo lo que ocurre en la institución, ofrece una protección generalizada a un personal subalterno fundamentalmente femenino*». Analizar las relaciones entre los géneros desde el prisma del empleo nos ha permitido evitar así «hacer un inventario miserabilista y estático [cuando] los mecanismos en juego no son tanto del orden de la reproducción social, sino sobre todo del de la construcción social. Estudiamos unas relaciones sociales, no un estado o una “condición”» [Maruani, 2000b: 16]. De este modo, hemos observado cómo la baja proporción de enfermeras existente en España en comparación con Europa está estrechamente vinculada con una estructura del personal de enfermería en la que, junto a las enfermeras, encontramos un volumen inusitado en la UE de auxiliares de enfermería. Por su parte, la feminización en la profesión médica ha alterado sustancialmente la tradicional articulación entre las jerarquías de género y las jerarquías profesionales de la sanidad. En este contexto, junto a una clara segmentación generacional en las condiciones de empleo de las enfermeras españolas, una importante frontera de la desigualdad entre los géneros se ha instalado en el interior de la profesión, lo que parece confirmar la tesis de que «si bien la brecha masculino/femenino sigue siendo una de las bases de hormigón sobre las cuales se erige el marco del mercado laboral, las modalidades de dichas diferenciaciones se modifican continuamente. Las fronteras no se borran, sino que se desplazan» [ibíd.].

## **5. EL TRABAJO ENFERMERO: NORMALIZACIÓN, ORGANIZACIÓN FLEXIBLE Y ENTORNO LABORAL.**

### **5.1. Modelos teóricos, procesos de enfermería e intervenciones normalizadas.**

Desde el punto de vista de las actividades concretas que desempeñan las enfermeras, su trabajo es sumamente diverso. Las tareas realizadas en, por ejemplo, una unidad de Hemodiálisis, una consulta de Atención Primaria o un servicio de Urgencias, aún compartiendo procedimientos comunes, se caracterizan por su heterogeneidad. Pese a esta heterogeneidad, en la configuración de las distintas actividades laborales de las enfermeras se solapan diferentes planos comunes a todas ellas. Comenzaremos, pues, aproximándonos al trabajo enfermero deteniéndonos en tres de esos planos desde los que la profesión está dando forma a su actividad: el de sus *modelos teóricos y conceptuales*, el de los *procesos de enfermería* y el de la *normalización* de sus intervenciones.

Analizábamos en el tercer capítulo cómo, a raíz de la creación del título de DUE en 1977, la enfermería española estableció el terreno del cuidado como el espacio laboral genuino de las enfermeras, procurando desvincularse de este modo de la figura auxiliar de la medicina que habrían representado los ATS. Así, para concebir y desarrollar los saberes propios y las competencias específicas de su actividad, la profesión enfermera ha elaborado sus correspondientes *modelos teóricos y conceptuales*. Este plano teórico y conceptual es empleado por las enfermeras para delimitar su campo de actuación, sus pautas de orientación y los principios rectores de su actividad, esto es, para racionalizar intelectualmente qué es la enfermería y qué lugar ocupa en el espacio laboral de la salud. Se apoya para ello en definiciones que han adquirido la condición de clásicos de referencia para las enfermeras de todo el mundo, como la elaborada en 1955 por la norteamericana Virginia Henderson, según la cual:

«La función propia de la enfermería consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en el momento de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esa misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible. Esta necesidad de evaluar los requerimientos inmediatos del individuo en cuanto a los cuidados materiales, el apoyo

emocional y la reeducación hace que la enfermería sea un servicio de los más importantes» [Henderson, 1966: 7].

Partiendo de estas definiciones generales, los manuales utilizados durante el período de formación de las enfermeras españolas señalan que los «modelos conceptuales de enfermería [incluyen] aspectos de la existencia humana, su entorno y la salud» [Marriner-Tomey, 1995: 9]. Estos modelos son variados y están compuestos por «métodos desarrollados sistemáticamente [que] guían el pensamiento crítico y la toma de decisiones [...] porque organizan más rápidamente los datos del paciente, deciden qué acción enfermera es necesaria y suministran el cuidado con una expectativa de resultados» [Allgood, 2011: 13]. En la década de 1990 un sucinto balance de los modelos teóricos utilizados en la enfermería mostraba la siguiente evolución:

«Los primeros eruditos estudiaron la filosofía, la definición y el arte de la enfermería. Durante la década de los 60, las comunicaciones interpersonales recibieron una atención considerable. Al final de esta década, el centro de atención se había desplazado a la ciencia de la enfermería. El binomio humanismo y enfermería como arte y como ciencia ganó popularidad durante los años 80. [...] Están surgiendo teorías de nivel medio y microteorías destinadas a guiar el ejercicio de nuestra profesión. A medida que desarrollamos teorías generalizables acerca del humanismo, otras disciplinas han comenzado a tomar prestados fundamentos teóricos de la enfermería, del mismo modo que nosotros nos apropiamos de teorías pertenecientes a otras disciplinas» [Marriner-Tomey, 1995: 13-14].

Vimos, igualmente en el tercer capítulo, cómo la enfermería española ha construido su identidad profesional y ha delimitado la especificidad de su actividad apoyándose en el «*binomio humanismo y enfermería*». Era en ese sentido en el que, también en la década de 1990, una de las madres fundadoras contraponía el modelo biomédico al del cuidado, teniendo este último como meta «*desarrollar una especial sensibilidad hacia las necesidades del Otro, hacia todo lo que favorezca la evolución armoniosa de lo humano*». Desde entonces, los modelos teóricos que, bajo el paraguas conceptual del cuidado, dan forma a las actividades productivas de las enfermeras han ido desligándose de la consideración de la «*enfermería como arte*» para acentuar las prácticas orientadas al desarrollo de la «*ciencia de la enfermería*». Así lo expresa otro de los manuales empleados en la formación de las enfermeras españolas:

«La aplicación del conocimiento enfermero en la práctica es un criterio actualmente en vanguardia, poniendo énfasis en la contabilidad de la práctica enfermera, en la práctica enfermera basada en la teoría, en el reconocimiento creciente de que la teoría intermedia es importante para la práctica profesional enfermera, [...] para analizar de manera crítica las situaciones del paciente, tomar decisiones clínicas, planificar los cuidados y proponer intervenciones enfermeras adecuadas, además de predecir los resultados del paciente y de evaluar la eficacia de los cuidados» [Alligood, 2014:11].

Partiendo de la base aportada por sus modelos teóricos y conceptuales, un segundo nivel desde el que se moldean las actividades productivas de las enfermeras lo encontramos en los *procesos de enfermería*, también denominados *procesos de atención de enfermería* o *planes de cuidados*. En ellos, y tal como se expone en los textos con lo que se forman las enfermeras, las distintas actuaciones asistenciales en las que éstas intervienen aparecen descritas como conjuntos de procedimientos de cuya coordinación han de responsabilizarse las propias enfermeras:

«El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados *eficaces* y *eficientes* orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados –*valoración, diagnóstico, planificación, ejecución* y *evaluación*– en los cuales usted realiza acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo. Está caracterizado por su *humanidad* porque el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de tal forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él reciban la mayor consideración. El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de *eficiencia* y el grado de *satisfacción* y *progreso* del paciente. El proceso de enfermería, tal y como se describe en esta obra, se basa en principios y reglas que se han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente. Si dedica el tiempo necesario a aprender y aplicar estos principios en las situaciones de la vida diaria, mejorará su capacidad para solucionar los problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades y recursos» [Alfaro-LeFevre, 2002: 3].

Al situar la actividad enfermera en un marco que va desde la valoración inicial y el diagnóstico hasta la evaluación de los resultados obtenidos, los procesos de enfermería conciben el trabajo enfermero como un procedimiento integral y reflexivo que sitúa en el centro de sus preocupaciones la adaptación de los tratamientos a las particularidades de cada individuo. De este modo, la actividad enfermera se delimita y

se representa tomando distancia con la imagen de una enfermería que básicamente ejecutaría tareas parceladas, pautadas por los médicos o dictadas por las tecnologías y la farmacología empleadas. No es que estas tareas estén desapareciendo de la labor enfermera, sino que, por la vía de los procesos de enfermería, son situadas en un marco más amplio presidido por el propio juicio clínico de las enfermeras.

### ***La normalización de la actividad enfermera.***

Para esta labor la profesión enfermera se está sirviendo de una acentuada *normalización* de sus actuaciones. Esta normalización supone homogeneizar varias dimensiones de su actividad: en primer lugar, la manera de nombrar las distintas situaciones clínicas a las que se enfrenta la enfermería; en segundo lugar, la protocolización de las intervenciones asistenciales con las que se afrontan dichas situaciones; finalmente, la evaluación y el cálculo de los resultados obtenidos. A nivel global, las últimas cuatro décadas han supuesto una intensificación en el desarrollo de esas metodologías y lenguajes comunes con los que, contando con la participación de enfermeras de todo el mundo, se ha ido articulando la normalización del trabajo enfermero [Gordon, 2000; Sánchez y Sans, 2001]. Destacan, por su amplia difusión a nivel internacional, la taxonomía de diagnósticos en enfermería NANDA-I, la clasificación de intervenciones de enfermería NIC y la clasificación de resultados de enfermería NOC<sup>69</sup>. De hecho, desde 2010 y según quedó regulado en el *RD 1093/2010*, en España todos los informes clínicos de las enfermeras utilizados en los centros y dispositivos informáticos del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS) han de emplear en sus registros el lenguaje de estas tres taxonomías.

Sus modelos teóricos y conceptuales, sus procesos de enfermería y la normalización de sus actuaciones constituyen instrumentos con los que la enfermería española está tratando de distanciarse de un modelo profesional que ha legitimado sus actuaciones en la *experiencia*, para sustituirlo por un proyecto de desarrollo profesional que ha sido calificado como la *enfermería basada en la evidencia* [Alonso *et al.*, 2004; Alcolea, Oter y Martín, 2011]. En palabras de la directora de una Escuela de Enfermería:

---

<sup>69</sup> Las siglas NANDA-I, NIC y NOC corresponden, respectivamente, a *North American Nursing Diagnosis Association-International* (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería-Internacional), *Nursing Intervention Classification* (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) y *Nursing Outcomes Classification* (Clasificación de Resultados de Enfermería).

«El principio que sostiene la práctica basada en la evidencia es que los resultados de la investigación, la experiencia profesional, las preferencias de los pacientes y los recursos disponibles vienen a sustituir a las actuaciones fundamentadas en la tradición, las opiniones o la intuición de los profesionales que se consideran a sí mismos como supuestos expertos» [Pedraz, 2004].

En un estudio de 2012 sobre la implantación de la terminología NANDA-I, NIC y NOC en los registros y en los protocolos de actuación de las enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos (en adelante UCI) se señala que sus efectos contienen «dos caras de la misma moneda. [...] Las enfermeras refieren sentir la imposición conceptual de un determinado lenguaje. [...] Aún así, el lenguaje estandarizado es vivido como una oportunidad de desarrollo profesional» [Cachón, Álvarez y Palacios, 2012: 68].

El sentimiento de «*imposición conceptual de un determinado lenguaje*» remite a que, como todo trabajo prescrito, los protocolos pautados han de adaptarse a la variabilidad que imponen las particularidades y contingencias de cada contexto y cada paciente, más aún cuando el trabajo enfermero actúa sobre realidades tan diversas y multicausales como son la salud y los procesos vitales de las personas. La adaptación de los instrumentos de normalización a las intervenciones cotidianas de las enfermeras obliga, por tanto, a un trabajo de reflexión y de confrontación entre lo pautado y la realidad asistencial del día a día, lo que no es vivido de forma homogénea entre todos los miembros de la profesión. De hecho, la apropiación de estos lenguajes y el seguimiento de los protocolos por las enfermeras está mediada por diversos factores, como la mayor o menor adaptación de los mismos a las diferentes áreas de intervención enfermera, los esfuerzos de los centros asistenciales para adecuarlos a sus particularidades, la desigual socialización que las distintas generaciones de enfermeras han vivido en estas dinámicas de transformación de sus tareas, etc.

Por su parte, la «*oportunidad de desarrollo profesional*» está vinculada con la construcción de un cuerpo doctrinal y competencial propio. Con el apoyo del lenguaje estandarizado, la enfermería se está dotando de instrumentos de medición de su propia actividad. Mediciones que, por un lado, son utilizadas para evaluar la eficiencia de las diferentes maneras de abordar una misma situación asistencial y, en función de las evaluaciones obtenidas, proponer la idoneidad de unas u otras. Por otro lado, esas mediciones posibilitan traducir el trabajo enfermero al lenguaje de los *resultados en salud* cuantificables y en cuya definición participan las propias enfermeras. Constituyen,

de este modo, instrumentos con los que, al tiempo que se trata de incidir en la forma de llevar a cabo la actividad enfermera, se está también buscando valorizar y legitimar la especificidad y el carácter científico de su actividad equiparándola, por la vía de los resultados en salud, a la del resto de profesionales sanitarios. Esta información es también empleada como base desde la que sostener sus propuestas a la hora de orientar políticas sanitarias, reorganizar la división del trabajo y delimitar espacios competenciales en el competitivo ecosistema de las profesiones sanitarias. De ahí la importancia que, desde el blog de enfermería *Factoría Cuidando*, se atribuye a que las enfermeras españolas se doten de herramientas de medición que permitan objetivar los resultados obtenidos con sus intervenciones:

«Si no sabemos los resultados desconoceremos, por ejemplo, el nivel de satisfacción de las personas en relación a los cuidados que prestamos o tampoco podríamos saber el alcance de nuestras intervenciones para mejorar el nivel de ansiedad de una persona que va a ser intervenida. [...] Creo que tenemos la imperiosa necesidad de saber cuál es el impacto en la salud de las personas respecto de los cuidados que ofrecemos. Con esto, ¿qué quiero decir?, que para medir necesitamos instrumentos, herramientas, cuestionarios, lo que sea, que nos permitan medir esos resultados. Me da igual que sea la NOC, la escala EVA<sup>70</sup> para el Dolor, o el Test de Aldrete. Necesitamos saber cuál es el verdadero impacto de lo que hacemos, primero para que las personas que cuidamos conozcan los resultados de lo que hacemos. Segundo, porque necesitamos generar pruebas y de esta manera implementar prácticas clínicas basadas en la evidencia. Y por último, ofrecer resultados de nuestras intervenciones que contribuyan al desarrollo de la disciplina enfermera. Y aunque suene patético... para poder mostrar a las administraciones el impacto de nuestras intervenciones, el valor de nuestro trabajo, el porqué somos imprescindibles y el porqué se debe apostar por nosotros y por nuestro trabajo» [Fernández-Salazar, 2011b]

De esta forma, el proyecto de desarrollo profesional que queda sintetizado bajo el calificativo de enfermería basada en la evidencia ha colocado las tareas de investigación en un lugar privilegiado a la hora de validar y transformar la actividad asistencial. A diferencia de la investigación médica, que está mayormente orientada hacia el conocimiento de las causas biológicas de la salud y las enfermedades y que se apoya en la experimentación y en los ensayos clínicos, la investigación enfermera opera

---

<sup>70</sup> Siglas correspondientes a la Escala Visual Análoga, un método empleado para la evaluación del dolor.

fundamentalmente analizando prácticas asistenciales ya constituidas. Así, en cierta medida puede señalarse que «si en el campo médico el saber preexiste a la acción, en el campo enfermero la acción preexiste al saber» [Féroni, 1992b: 732], al menos en el sentido de que la investigación en enfermería otorga un papel muy relevante a la recopilación, comparación y evaluación de los procesos asistenciales que ya se están llevando a cabo [Pedraz, 2004; Company, 2008; Abad, González y Moreno, 2014]. Esto no quita para que existan también, aunque en un volumen menor, investigaciones que recurren a la puesta en marcha de actuaciones experimentales que se comparan con grupos de control.

Estas tareas de investigación enfermera empezaron a desarrollarse sistemáticamente en España en la década de 1980, viéndose impulsadas por los cambios en las políticas del Fondo de Inversión Sanitaria que, a partir de 1987, posibilitaron que las enfermeras pudieran encabezar las solicitudes de ayudas para proyectos de investigación. Desde entonces, la investigación enfermera ha ido desplegándose tanto en el ámbito universitario como en el asistencial, así como a través de organismos específicamente constituidos a tal efecto. Uno de estos organismos es la Unidad de Investigación en Cuidados en Salud Investén<sup>71</sup>, creada en 1996 y perteneciente al Instituto de Salud Carlos III, que originariamente estaba adscrito al Ministerio de Sanidad y actualmente lo está al de Economía y Competitividad. Se trata de un organismo que tiene por finalidad fomentar y coordinar la investigación enfermera, centralizar sus resultados, establecer colaboraciones a nivel internacional, generar foros y encuentros, asesorar a las enfermeras en materia de investigación y poner a su disposición guías de buenas prácticas en enfermería elaboradas en España o en otros países. Estas actuaciones están sirviendo para organizar los conocimientos de la profesión bajo la forma de una ciencia enfermera con vocación de que sus aportaciones sirvan para aumentar la uniformidad de sus prácticas asistenciales y, con ello, incidir en que su calidad no dependa básicamente de la pericia o el esfuerzo individual de cada enfermera. Se trata, por tanto, de producir el conocimiento enfermero de tal forma que resulte accesible para la enfermera media, favoreciendo así que la enfermería de calidad no dependa exclusivamente de la existencia de enfermeras excepcionales o altamente

---

<sup>71</sup> La unidad mantiene el nombre de Investén, que corresponde al acrónimo de su denominación original: Unidad de Coordinación y Desarrollo de la Investigación en Enfermería. En 2011 esta denominación fue sustituida por la de Unidad de Investigación de Cuidados en Salud.

experimentadas. Las palabras de una enfermera que ha tenido una dilatada vinculación con Investén ilustran este objetivo:

“No es innovar por innovar, a veces parece que esto de investigar sea algo superior, pero es sobre todo intentar asegurarte de que lo estás haciendo lo mejor posible [...] Es que no puede ser que al final al paciente se le atienda diferente según la enfermera que le toque. Eso es injusto, si no lo afrontamos contribuimos a que haya una atención desigual. Sé que siempre sienta mal cuando digo esto, pero somos también las enfermeras las que estamos generando desigualdades en las atenciones que reciben los pacientes. [...] Si tienes investigaciones que te muestran qué intervenciones dan mejor resultado y luego tú eso lo puedes transmitir y se tiene en cuenta, pues es menos aleatorio. [...] La enfermería no puede ser un arte, como decían antes, y todavía lo oyes a veces. Tenemos que salir de ahí haciendo un esfuerzo por ser más ciencia que arte. [...] Unificas porque sabes lo que da más resultado, no porque quites autonomía, pero tienes pautas que has comprobado, que sabes que funcionan mejor que otras. [...] Si en un servicio adoptas estas dinámicas, pues es mejor para todos, ya has creado la rutina de cuestionarte si lo que llevas haciendo toda la vida puede hacerse de otra manera” [Enfermera del servicio de Nefrología de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 38 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como DUE].

A través de estas labores de investigación la profesión busca desvincularse del empirismo práctico que tradicionalmente ha caracterizado sus actuaciones para pasar a modelar, pautar y legitimar su trabajo en base a saberes sistematizados según los parámetros delimitados por el cuerpo doctrinal propio de la ciencia enfermera. En torno a esta finalidad giran buena parte de las actuaciones de las sociedades científicas enfermeras. En el caso español, éstas se han multiplicado durante los últimos cuarenta años, organizándose básicamente alrededor de tareas altamente especializadas (como la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia, la Asociación Española Especializada en Lesión Medular Espinal, la Asociación Española de Perfusionistas, el Grupo Nacional para el Estudio y el Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, etc.) y, sobre todo, en torno a grandes áreas de trabajo (como la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria, la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la Asociación Española de Enfermería Quirúrgica, la Sociedad Española de Enfermería Neonatal, etc.).

Para estas labores, como indicábamos anteriormente, la profesión recurre a metodologías y lenguajes normalizados. En España, la normalización de la actividad enfermera vivió un importante impulso cuando, en el año 2000, se puso en marcha el

proyecto de Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (en adelante proyecto NIPE), fruto de un convenio entre el Ministerio de Sanidad y el CGE. En el proyecto participaron alrededor de 2.500 enfermeras de más de 140 centros sanitarios reunidas en 100 grupos de trabajo que validaron 486 intervenciones clínicas, establecieron las normas, definiciones y terminología vinculadas a cada una de ellas y desarrollaron sus guías de aplicación por unidades y equipos de enfermería. Estos eran algunos de los objetivos del proyecto:

«En un entorno marcado por el significativo proceso de transformación de los sistemas sanitarios, Enfermería tiene la necesidad de definir el alcance de su trabajo y la aportación que realiza como profesión a la mejora de la salud de la población, mostrando el impacto de su trabajo en el sistema de prestación de cuidados sanitarios. Una de las claves para mostrar y demostrar la aportación de la profesión es poder medir y establecer los resultados obtenidos en el individuo, la familia y la comunidad bajo la responsabilidad de los cuidados enfermeros. Para ello, entre otras cuestiones, es necesario que Enfermería disponga de un lenguaje común, por lo que, siguiendo las premisas establecidas anteriormente, la normalización es un instrumento imprescindible. Para conseguir un lenguaje común enfermero, la profesión debe desarrollar identificaciones, comprobaciones y la aplicación de términos y medidas comunes para la designación de los problemas de salud de los pacientes que pueden ser detectados y tratados por las/los enfermeras/os, es decir, los diagnósticos enfermeros, para las intervenciones que realizan las/los enfermeras/os, para resolver dichos problemas y para los resultados obtenidos en los pacientes por la acción enfermera. [...] Los procesos de asistencia enfermera pueden provenir de dos ámbitos diferentes: aquellos que se producen en el ámbito del juicio clínico enfermero y los que se derivan del juicio clínico de otros profesionales, que requieren la intervención enfermera para poder desarrollarse íntegramente. Enfermería debe normalizar sus actuaciones en los dos ámbitos y no sólo en el que le es exclusivo, ya que es competente y responsable de las intervenciones que comprenden su actividad en ambos casos. La normalización de los procesos de asistencia enfermera permitirá reducir la variabilidad de la misma, dando consistencia a la producción del servicio y aportando imparcialidad en el cuidado de distintos pacientes, así como aumentando la eficiencia de los resultados» [Rivero *et al.*, 2002: 58].

El carácter preceptivo que manifiestan los objetivos de un proyecto puesto en marcha en el año 2000 pone de manifiesto la relativa juventud de las prácticas de normalización en la enfermería española. De hecho, la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería se había creado sólo cuatro

años antes, en 1996. Una de las participantes en el proyecto expresa cómo éste resultó útil para empezar a tejer una red de enfermeras interesadas en impulsar la normalización en España, una práctica que, no obstante, ha interpelado de manera desigual al conjunto de la profesión:

“En esto [del proyecto NIPE] ha habido mucho mamoneo. Más de una enfermera lo ha aprovechado para colgarse medallas y yo creo que la normalización les importa bien poco. Pero ha sido algo importante, ha sido un impulso, aquí no hay cultura de trabajar así y es importante lo que se ha generado, que nos hayamos puesto a ello, que nos hayamos conocido. [...] Si de verdad nos creemos que la enfermería tiene que basarse en evidencias y no es sólo porque queda bien decirlo, si nos creemos que la enfermería tiene que evolucionar, tenemos que medir lo que hacemos, tenemos que poder comprobar que lo que hacemos es efectivo y tiene sentido. Porque yo puedo decir ‘estos cuidados de enfermería benefician al paciente’ pero luego vienes tú y dices que no, que tienes datos que dicen que no está claro y que mejor no tocar nada, ¿y por qué voy a llevar yo razón? Pues tendré que demostrar que la llevo, ¿no? [...]. Hace unos años la enfermería progresó mucho, pero hay que reconocer que llevamos muchos años que nada cambia, que aquí lo único que hacemos es decir que no nos hacen caso, pero para que nos hagan caso, tendremos que creérnoslo primero las enfermeras, ¿no? Habrá que decir ‘pues sí, esto hay que hacerlo así porque aquí te lo demuestro, con esta investigación y con estos datos y tal y tal’. Que no va a ser fácil, pero si no nos lo creemos, pues así vamos a estar toda la vida. Y no te creas, que hay a muchas enfermeras que no les importa, que esto también es más trabajo y con lo que ya tenemos tampoco te lo ponen fácil. Pero de ahí a las compañeras que pasan olímpicamente de todo esto...” [Enfermera del Servicio de Alergología de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 39 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como DUE].

Si hemos calificado como *proyecto* a la enfermería basada en la evidencia es porque los rasgos que hemos empleado para caracterizarla constituyen más una tendencia apreciable en algunas de las prácticas profesionales de las enfermeras que un proceso completamente asentado y claramente delimitado. Entre los indicadores que permiten constatar la impronta que sobre el trabajo asistencial ha tenido la orientación que supone la enfermería basada en la evidencia, probablemente uno de los más claros sea la proliferación de guías que orientan las intervenciones enfermera. Estas guías, que se han ido apoyando en metodologías y lenguajes normalizados, adoptan diferentes formas y denominaciones: procedimientos enfermeros, planes de cuidados estandarizados, mapas y rutas de cuidados, vías clínicas, protocolos de actuación conjuntos, protocolos farmacoterapéuticos, guías de práctica clínica, etc. Son elaboradas desde ámbitos diversos, como las sociedades científicas especializadas, las unidades hospitalarias o las áreas asistenciales. Algunas de ellas son desarrolladas por las

enfermeras de forma independiente y otras en colaboración con otros profesionales [Domingo, 2014].

Se ha producido igualmente una progresiva implantación de herramientas informáticas en las que las enfermeras registran sus actuaciones, como los programas GACELA<sup>72</sup> y OMI-AP<sup>73</sup>, que sin ser los únicos soportes utilizados en todas las CCAA, son los más empleados en el ámbito hospitalario y en atención primaria respectivamente. Estos registros constituyen una importante fuente de información para la elaboración de investigaciones comparativas sobre la eficiencia de unas u otras intervenciones. De este modo, y aunque el grado de cumplimentación de los registros sigue siendo relativamente bajo en muchos centros sanitarios y se constatan diferencias territoriales en cuanto al seguimiento de los protocolos pautados [Domingo, 2013], en los últimos años todas las CCAA han desarrollado fórmulas para profundizar en la normalización del trabajo enfermero, apoyándose para ello en distintas aplicaciones informáticas que incluyen módulos de cuidados estandarizados [Domingo, 2011a]. Procedimientos que, tal como revela un exhaustivo estudio en un hospital alicantino [Domingo, 2011a], si bien en algunos casos no han aportado evidencia suficiente de estar mejorando los resultados en salud esperables [Domingo, 2011b], en otros están siendo determinantes para «visualizar los cuidados y sus prescritos, dejando atrás el concepto de invisibilidad del cuidado y delimitando la aportación a la mejora de la salud de los pacientes» [Domingo, 2014].

Por su parte, en los análisis evaluativos sobre hasta qué punto en España el trabajo enfermero está adecuándose al proyecto que supone la enfermería basada en la evidencia, los diagnósticos plantean recurrentemente que «en todo nuevo paradigma aparecen barreras o dificultades, que están principalmente relacionadas con los profesionales de enfermería que deben ponerlas en práctica y con las políticas internas de las organizaciones de salud» [Orellana y Paravik, 2007: 22]. Entre estas barreras suelen destacarse el déficit de formación metodológica de muchos miembros de la profesión para llevar a cabo labores de investigación, la fuerte presión asistencial que dificulta implementar dichas labores durante la jornada laboral, el escaso apoyo organizacional para introducir cambios en los procesos de trabajo, la falta de colaboración de otros profesionales, el desinterés de muchas enfermeras por participar en las actividades vinculadas con esta orientación y los pocos incentivos que existen al

---

<sup>72</sup> Siglas correspondientes a Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería Línea Abierta.

<sup>73</sup> Siglas correspondientes a Oficina Médica Informatizada para Atención Primaria.

respecto [Martínez Riera, 2003; Gálvez, 2007; Oltra *et al.*, 2007; Varela, Sanjurjo y Blanco, 2012; Abad, González y Moreno, 2014; Orts, 2014; Tíscar, 2015].

Estas situaciones provocan que aquellas enfermeras que consideran estar “*haciendo un esfuerzo por ser más ciencia que arte*” y que reconocen que a su lado existe un importante volumen de “*compañeras que pasan olímpicamente de todo esto*” perciban que las transformaciones por las que están apostando han de operar en un contexto que no resulta especialmente favorable para sus aspiraciones. La panorámica dibujada en la presentación de un congreso de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería celebrado en 2014 refleja dicho posicionamiento:

«Parafraseando la canción de Lluís Llach, podríamos decir “*¿No veis la estaca donde estamos todos atados? ¡Si no podemos deshacernos de ella, nunca podremos caminar!*”. Esa “estaca” es la acomodación, la rutina y el abandono en modelos pasados en los que en ocasiones nos sitúan o nos posicionamos. [...] Cada ponencia y comunicación presentada en este simposium supone un “pequeño gran paso” en un camino que debemos recorrer los profesionales enfermeros, en el reencuentro de nuestra propia identidad, y que nos libere del inmovilismo, de esa “estaca” en la que a veces vemos amarrada la profesión. Por ello nuestro agradecimiento a tanto esfuerzo, a tanto conocimiento, a tantas horas de dedicación y esfuerzo individual como se evidencia en los trabajos presentados. Conscientes del sacrificio que le cuesta a las enfermeras y enfermeros recorrer el camino de la investigación propia. Y aunque el acicate, frecuentemente sea el provecho personal, estamos convencidos de que el estudio y la generalización de las taxonomías es un inmenso beneficio con trascendencia para la generalidad de los profesionales enfermeros. Por lo que debemos difundir en todos los ámbitos de la sociedad, y del colectivo enfermero, los esfuerzos que todos estáis realizando. El conocimiento y la investigación, esencialmente el lenguaje propio y unificado, no es únicamente el marchamo de la calidad, sino la senda de la libertad para un ejercicio autónomo e independiente de la profesión en aquellos espacios que así lo requieren» [Porcel y Quero, 2014: 11].

Con lo apuntado hasta ahora, puede constatarse cómo la enfermería española está inmersa en un proceso de desarrollo profesional vinculado, por un lado, a la constitución de un cuerpo doctrinal y de conocimientos propio organizado bajo la forma de ciencia enfermera y, por otro, a la adaptación de sus procesos de trabajo a las pautas marcadas por las evidencias contrastadas por la vía de la investigación. Los segmentos

de la profesión que están protagonizando este proceso a través del asociacionismo científico se perciben a sí mismos como habiendo emprendido *«la senda de la libertad para un ejercicio autónomo e independiente de la profesión en aquellos espacios que así lo requieren»*. En esa senda, ese mismo segmento profesional identifica una *«“estaca” en la que a veces vemos amarrada la profesión»*, algo que suele explicarse porque *«en todo nuevo paradigma aparecen barreras o dificultades, que están principalmente relacionadas con los profesionales de enfermería que deben ponerlas en práctica y con las políticas internas de las organizaciones de salud»*. Pasemos, por tanto, a analizar cómo están afectando las características de esas *«políticas internas de las organizaciones de salud»* a los procesos analizados hasta el momento.

## **5.2. La organización flexible del trabajo enfermero.**

Hasta ahora hemos observado cómo los procesos de normalización de la actividad enfermera constituyen, a un tiempo, un mecanismo desde el que incidir sobre la forma en la que las enfermeras llevan a cabo su trabajo y una estrategia de valorización profesional. Era en este sentido en el que el proyecto NIPE señalaba que *«una de las claves para mostrar y demostrar la aportación de la profesión es poder medir y establecer los resultados obtenidos en el individuo, la familia y la comunidad bajo la responsabilidad de los cuidados enfermeros»*. No obstante, estos procesos de medición no posibilitan exclusivamente evaluar los resultados en salud vinculados a las tareas desempeñadas por las enfermeras, sino también cuantificar y tratar de propiciar la rentabilidad económica de dichas tareas. El presidente del CGE lo expresaba del siguiente modo:

«Dos ejes definieron el proyecto NIPE desde su gestación. Por un lado, el proyecto debía cumplir uno de los principales objetivos de la profesión como es el establecimiento de un lenguaje común para la práctica de la Enfermería, mediante la elaboración de normas. Por otro, debía permitir un control de los costes generados por la enfermería, demostrando su aportación al sistema sanitario» [González Jurado, 2002: 19].

Habida cuenta de las connotaciones positivas que los términos *cuidados* y *profesión* contienen, introducir en el análisis de los cuidados de los profesionales de la enfermería los aspectos económicos que contribuyen a moldearlos supone perturbar la imagen intuitiva que dichos términos evocan. No hacerlo implica, sin embargo, eludir

una dimensión crucial del trabajo enfermero, pues su condición de factor de producción que la gestión trata de rentabilizar opera tanto constriñendo a la profesión como posibilitando su activación productiva. Se trata, por lo tanto, de un elemento constitutivo de la enfermería al que resulta oportuno atender a la hora de interpretar sus transformaciones. De ahí que actuaciones como las del proyecto NIPE, a través de las cuales se interviene en la optimización y estandarización de los procesos de trabajo enfermeros de forma colaborativa y en red, hayan de ser observadas en relación a las políticas de gestión sanitaria a las que, durante su fase de implantación, se refería la entonces ministra de Sanidad y Consumo:

«Hoy en día nadie se cuestiona que en cualquier ámbito de actividad y con mayor incidencia en el sanitario, la información es el eje sobre el que gravita cualquier proceso de mejora de la calidad. Es necesario referirse a las políticas de Contención del Gasto de la Unión Europea que hacen referencia a que los modelos de gestión sanitaria se orienten hacia la calidad en la gestión. Para ello, un modelo de gestión sanitaria basado en la rentabilidad de los recursos y en la calidad, en su amplia aceptación incluida la información, es sobre el que deben basarse los Sistemas de Información Sanitaria. [...] Desde su origen, el proyecto NIPE se ha alineado con estas directrices al desarrollar un instrumento de mejora continua de la calidad de los cuidados que presta la enfermería a la población, y posibilitando cuantificar el consumo de los recursos que la sociedad ha puesto en manos de los profesionales enfermeros, esto permitirá una gestión más eficiente de los mismos. Se estima que entre un 30 y un 40% del presupuesto se gasta en cuidados de Enfermería pero, hasta el momento, nunca se ha podido saber cuál es el consumo real de los recursos que la profesión utiliza en su quehacer diario. Su conocimiento permitirá mostrar el alcance de la actividad enfermera en el sistema sanitario, favoreciendo con ello el desarrollo de la profesión» [Villalobos, 2002: 13].

En España, ese «*modelo de gestión sanitaria basado en la rentabilidad de los recursos y en la calidad*» hace referencia a una serie de transformaciones que empiezan a desplegarse en la década de 1980 y que resultan especialmente evidentes a partir de la década siguiente. La *Ley General de Sanidad* de 1986 sentó las bases para el tránsito desde un modelo de Seguridad Social a un SNS. Por medio de un conjunto de medidas legislativas que, en términos generales, culminan a finales de la década de 1990, la sanidad pública fue dejando de depender de las cotizaciones sociales para pasar a financiarse a través del sistema impositivo. Por su parte, la población con derecho a la

cobertura sanitaria del SNS fue extendiéndose hasta cubrir, de facto a partir de 1989, al conjunto de los residentes en España.

En 1990, el Congreso de los Diputados encargó a una comisión de expertos la elaboración de un diagnóstico sobre cómo habían afectado los cambios de la década anterior a la equidad, la eficiencia y la calidad del SNS. Sus conclusiones se presentaron un año después en el conocido como *Informe Abril*<sup>74</sup>, donde se alerta sobre el progresivo aumento de los costes económicos del SNS y se proponen una serie de recomendaciones en materia de organización y gestión sanitaria. El informe fue duramente criticado, tanto en el campo político como entre los profesionales sanitarios, por lo que, en un principio, sus propuestas fueron rechazadas. Sin embargo, dicho informe suele considerarse un adelanto de lo que ha sucedido en los años posteriores. Así, existe cierto consenso en que, desde el *Informe Abril*, el control del gasto sanitario público ha constituido el principal vector de las transformaciones acontecidas en el sector sanitario. De hecho, se ha señalado que «la filosofía que guía las reformas no ha sido mejorar el servicio público sin que se descontrolen (mucho) los costes, sino más bien al contrario, controlar los costes sin que se deteriore (mucho) el servicio público» [Hernández Yáñez, 2009: 102].

Muchas de sus recomendaciones del *Informe Abril* han terminado por ser adoptadas a través de las conocidas como *nuevas formas de gestión pública de la sanidad*, por medio de las cuales se ha dotado a la Administración y a los centros sanitarios de herramientas originarias de la gestión empresarial del sector privado [Costas, 1998; Martín Martín, 2003; Pastor, 2006; Meseguer, 2008; Cortázar, 2015]. Si hasta la década de 1990 la sanidad pública en España se administraba, fundamentalmente, a través de la gestión directa de centros de titularidad pública sin personalidad jurídica propia, a partir de entonces se han multiplicado otras formas de gestión alternativas. Éstas pueden clasificarse en dos grandes categorías. Por un lado, la gestión directa de centros públicos a los que se les ha dotado de personalidad jurídica y que actúan como suministradores de servicios de la Administración que los financia. Por otro, la gestión indirecta por la vía de fórmulas concertadas con proveedores privados, que pueden tener o no ánimo de lucro. Dentro de estas dos categorías, las formas jurídicas y de gestión concretas son extremadamente diversas (entes de derecho

---

<sup>74</sup> El coloquialmente conocido como *Informe Abril* debe su nombre al presidente de la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS encargada de su elaboración, Fernando Abril, quien fuera vicepresidente del Gobierno entre 1977 y 1980

público, consorcios, fundaciones públicas sanitarias, entidades de bases asociativas, partenariados público-privado, iniciativas de financiación privada, etc.) y, a través de ellas, el sector público y el privado han ido hibridándose en sus contribuciones a la prestación de los servicios del SNS. En la consolidación de este proceso, la *Ley 15/1997 sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del SNS* supuso una base legislativa especialmente significativa, pero ya antes varias de estas fórmulas habían comenzado a ponerse en práctica en algunas de las CCAA pioneras en la asunción de las competencias sanitarias<sup>75</sup>. Además, desde 1992 habían empezado a introducirse en el conjunto del Estado los contratos programa con los centros públicos, una fórmula contractual que separa las funciones de financiación y de provisión de los servicios sanitarios. Permaneciendo la financiación en manos de la Administración y corriendo a cargo de los centros sanitarios la provisión de los servicios, se posibilitaba así una relación en términos de cliente y proveedor en la que, por medio de una gestión por objetivos, se pacta con las instituciones sanitarias las metas y los recursos disponibles para alcanzarlas, teniendo después cada institución un amplio margen de maniobra para organizar sus actividades asistenciales.

### ***Deslizamientos de funciones entre profesiones observados a través de dos servicios hospitalarios.***

Estos procesos han afectado sustancialmente a la organización de los procesos laborales en la sanidad española. Para conocer sus efectos sobre el trabajo enfermero, comenzaremos exponiendo lo relatado por las enfermeras de la unidad de Hospitalización del servicio de Cardiología de un hospital público madrileño y por las del servicio de Urgencias de otro hospital, también público, castellanoleonés.

En el hospital madrileño, la unidad de Hospitalización del servicio de Cardiología tiene fama de contar con una carga de trabajo muy llevadera. Sin embargo, desde mediados de la década de 1990 la decisión de acortar el tiempo de estancia de los pacientes en el hospital en general, y en la Unidad de Vigilancia Intensiva (en adelante UVI) en particular, supuso una intensificación de las condiciones de trabajo en la unidad estudiada:

“En esta unidad es gente que lleva bastante tiempo. [...] Aquí hay mucho personal fijo, porque es una planta pues muy apetecible para la gente. Y la gente que está aquí, pues es gente que lleva

---

<sup>75</sup> El proceso de transferencia de las competencias sanitarias desde el ámbito estatal al autonómico se inició en 1981 y culminó en 2002, cuando las últimas diez CCAA que hasta entonces no habían asumido la gestión de sus servicios de salud se hicieron cargo de ellos.

pues mucho tiempo en el hospital y muchas de ellas llevan mucho tiempo en la unidad. [...] Hay una idea, así en el hospital, que la unidad de Cardiología es una unidad en la que se trabaja con mucho relax, que hay poco trabajo, poca carga física. Que yo no la encuentro muy acertada, porque la situación de los pacientes ha cambiado y ya no es como antes. Probablemente hace unos años sí que era mucho más relajada, pero ahora mismo ya no, por la dinámica del hospital y de la gestión. Y de la forma de llevar a los pacientes, ya no es tan relajada. [...] Pues por ejemplo la estancia media. Antes un paciente estaba, pues a lo mejor bajaba de estar cuatro días en la UVI, que estaba ya muy estable, pues a lo mejor estaba ocho o nueve días. Ahora baja, si su situación lo permite, baja a las 24 o 48 horas de haber estado en la UVI. Viene aquí y está cuatro o cinco días. Es decir, el tiempo que está en el hospital es durante la fase más aguda. En el momento en el que están estables, se van a su casa. [...] Antes, el tiempo que estaban permitía tenerlos estables más tiempo aquí, con lo cual eso te aligera. Ahora, cuando los tenemos aquí es el tiempo justo, en el que ellos necesitan mucha atención. En cuanto dejan de necesitar mucha atención, se van a sus casas. Entonces, claro, si antes tenías treinta pacientes y, de esos treinta, quince en el quinto o sexto día de estancia en el hospital, pues ya estaban muy bien. De hecho, ahora en ese momento ya se van a su casa. Entonces eso te permitía trabajar con más relax. No tenías a los quince en una fase muy aguda, entonces eso sobrecarga un poco. [...] Eso es porque el avance de la ciencia, de la gestión hospitalaria, del enfoque de lo que es un hospital y de la atención que presta un hospital, pues va cambiando poco a poco. Se tiende a que el paciente esté en el hospital el mínimo tiempo posible, que en el momento en el que sus condiciones lo permiten, derivarlo a un área ambulatoria. [...] Yo creo que les beneficia, yo creo que es beneficioso. Yo creo que el hospital es un medio hostil para al paciente, está fuera de su casa. [...] Pero para nosotras las enfermeras ha supuesto más trabajo” [Enfermera supervisora del Servicio de Cardiología de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 31 años. Contrato estatutario de interinidad. Formada como DUE].

Las enfermeras que llevan más tiempo en la unidad relatan que esa intensificación de sus condiciones de trabajo ha alterado unas pautas organizativas asentadas desde la década de 1980. Hasta ese momento, la única enfermera que tenía una relación directa con los médicos era la supervisora, quien se encargaba cada día de distribuir entre las enfermeras de la unidad las tareas que cada una de ellas debía llevar a cabo. Esta *organización del trabajo por tareas* implicaba que cada enfermera tenía un conjunto de funciones asignadas (distribución de la medicación, preparación del carro de curas, toma de las constantes vitales, ejecución de las curas, etc.) diferente a las de sus otras compañeras. En la década de 1980 se introduce la *organización del trabajo por procesos*, que supuso que cada enfermera se responsabilizara, junto con el personal auxiliar a su cargo, de la totalidad de los procedimientos asistenciales que es preciso aplicar sobre un número dado de pacientes. Además, las enfermeras empezaron a

desarrollar de una forma más autónoma sus propios planes de cuidados, lo que transformó tanto el contenido de su actividad como sus relaciones con los médicos:

“Antes la enfermera únicamente se dedicaba a lo que quisieran los médicos, por eso la profesión médica era una profesión un poco, no enfrentada pero... porque la enfermería era una profesión muy subyugada a los médicos. Entonces era únicamente cumplir órdenes, que además te daba la supervisora, porque los médicos con nosotras apenas hablaban. La enfermera no tenía ninguna independencia. [...] Ahora tienes algunas actividades que son conjuntas y entonces el médico necesita de nosotras porque somos las que estamos todo el día con los enfermos, no como antes que sólo hablaba con la supervisora. Y además ahora tú identificas como enfermera otra serie de problemas que tiene el paciente que son única y exclusivamente de enfermería. [...] Tú identificas una úlcera y tienes que proteger los talones, hidratarle la piel, que le va mejor esto que esto, que esta postura es no sé qué. ¿Qué el enfermo tiene dificultades respiratorias? Pues aparte de los aerosoles y la medicación pautaada, tú le vas a levantar, le enseñas a toser y a respirar. Todo eso entra dentro del plan de cuidados de enfermería que tú elaboras como enfermera, eso no existía cuando yo empecé a trabajar” [Enfermera del Servicio de Cardiología de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 57 años. Contrato estatutario de fijo (plaza en propiedad). Formada como ATS].

Con el acortamiento de los tiempos de estancia de los enfermos en el hospital, algunos de esos planes de cuidados ya no pueden ejecutarse en la misma unidad, pasando a ser responsabilidad de las enfermeras que atienden a los pacientes en régimen ambulatorio:

“Los planes de cuidados, de eso hace muchos años. Bueno, desde que empecé la carrera en el año 82 se hablaba del plan, donde tú identificas los problemas del paciente, tú tienes unas necesidades básicas, alimentación, respiración, tatatá. En cuanto a eso, tú identificas unos problemas reales o potenciales, estableces unos objetivos a cumplir, elaboras un plan de cuidados con respecto a eso y luego valoras los objetivos que te habías planteado. [...] Eso ha sido, si quieres, la panacea de la enfermería. Y aquí antes podíamos hacer muchas de esas cosas con los pacientes. [...] Pues cosas de educación para que no tuvieran otro infarto, enseñarles cómo detectarlos, hablarles de la alimentación y todo eso, pero ahora como cada vez están menos tiempo en planta y en seguida les mandan para casa, pues todo eso ya no lo podemos hacer aquí. [...] Eso ahora lo tienen que ver cuando vengan a consulta al hospital o ya en su centro de salud, con la enfermera de su centro de salud” [Enfermera del Servicio de Cardiología de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 42 años. Contrato estatutario de fijo (plaza en propiedad). Formada como DUE].

Favorecer esa coordinación entre los diferentes niveles asistenciales es una de las razones que esgrimen desde la Dirección de Enfermería del hospital para explicar la

informatización de los registros, una medida que empieza a implantarse en el centro a mediados de la década de 1990. Las enfermeras de la unidad de Hospitalización del servicio de Cardiología expresan su ambivalencia ante esta medida: apreciando que cumple la doble función de orientar las tareas a ejecutar y de dotar de visibilidad a la actividad enfermera, el efecto más inmediato que han percibido es el aumento en su carga de trabajo; algo que, además, limita el tiempo que pueden pasar junto a los pacientes, lo que provoca que algunas de sus funciones sean asumidas por las auxiliares:

“El plan de cuidados del paciente que tenemos ahora, es que está muy bien. [...] Entonces ahora todo lo tienes que dejar registrado en el ordenador. [...] Antes tomabas las constantes y a lo mejor tenías un papel o una gráfica y lo apuntabas, ahora es por ordenador. [...] A nivel profesional creo que es una cosa positiva, porque queda reflejado todo lo que es tu trabajo. Y eso todo el mundo así puede saberlo, desde la gerencia hasta los médicos, hasta la gente de la calle. [...] Tú ahora te molestas en hacer un acto de enfermería, donde hay unos cuidados, donde se ve cuál ha sido el trabajo de la enfermera, donde hay unos diagnósticos de enfermería, que tú has valorado si se han cumplido o no se han cumplido, con unos objetivos, que son muchísimos. Entonces todo eso no figuraba antes en ningún sitio. Entonces ahora por lo menos está informatizado, y te ingresa un paciente y cargas un plan de cuidados según el diagnóstico que tiene, y ahí salen un montón de cosas que hay que hacer. [...] Entonces ahora pasamos también más tiempo en el ordenador, mucho tiempo, que yo nunca me imaginé esto. [...] Aquí hay muchas discrepancias, unas estamos pues, hombre, depende, a favor. Estás a favor siempre y cuando no te quite tiempo con el paciente, y el problema es que hay poco personal, y entonces las auxiliares ahora tienen que hacer más funciones, porque si tú estás con esto pues no puedes a veces estar para levantar al paciente o para hacer alguna cura, que ahora hay muchas auxiliares que lo hacen solas. Y es que el problema es que hay poco personal, pero como en todo” [Enfermera del Servicio de Cardiología de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 41 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como DUE].

Este deslizamiento de funciones entre diferentes categorías profesionales también se observa en una medida organizativa adoptada en el servicio de Urgencias del hospital castellanoleonés. Entrevistamos al personal de dicho servicio a comienzos de 2008. Seis años antes, las enfermeras habían asumido una nueva función: la recepción, acogida y clasificación de los pacientes, tarea coloquialmente conocida como triaje. La tarea consiste en que, una vez que los pacientes han sido registrados en el servicio de Admisión, son llamados a una sala en la que son sometidos a un proceso de valoración clínica básica que permite clasificarlos en función del grado de celeridad que reclama su sintomatología, de tal forma que puedan ser atendidos prioritariamente aquellos que más lo necesiten. En la sala de triaje las enfermeras realizan una serie de preguntas

relativas al motivo de la consulta para tratar de determinar la gravedad del cuadro y, si es preciso, llevan a cabo una inspección del estado general del paciente y le toman determinadas constantes vitales. Esta información se introduce en un programa informático de gestión y ayuda a la decisión clínica en el triaje que incluye 32 categorías sintomáticas y 14 subcategorías que agrupan 578 motivos clínicos de consulta. En base a esto, el paciente es clasificado en uno de los cinco niveles existentes según la prioridad asistencial que reclama su situación. Una vez clasificado, la enfermera le indica el tiempo aproximado que tardará en ser atendido y es trasladado por un celador a la sala de espera o de exploración que le corresponde. Así cuenta una de las enfermeras del servicio cómo fue el proceso que les llevó a hacerse cargo de esta función:

“Yo prefiero que no me toque triaje porque no me gusta mucho, pero también estoy orgullosa y creo que todas estamos muy orgullosas del triaje, porque es algo que hemos logrado nosotras. Dijimos que el triaje lo podíamos asumir nosotras, las enfermeras digo, y al final pues ahí lo tienes, es nuestro logro. [...] Aquí antes [el triaje] lo hacían los médicos, o los médicos con una enfermera a veces, pero en otros hospitales ya lo hacían sólo las enfermeras y según contaban lo estaban haciendo estupendamente. [...] Lo empezamos a hablar entre nosotras y entonces se lo propusimos a las supervisoras y al jefe de servicio y a la Dirección de Enfermería. [...] A algunos médicos del hospital sí que les daba desconfianza, pero es que en Urgencias muchos de los médicos que están aquí son los residentes, y el triaje lo terminaban haciendo los R1 [*se refiere a los médicos internos residentes que están cursando su primer año de especialización*]. Y el jefe de servicio, el de aquí, el de Urgencias, yo creo que tenía claro que al final en Urgencias las enfermeras tenemos más experiencia para saber qué es una urgencia que los residentes. [...] Unas cuantas [enfermeras del servicio] nos pusimos a buscar si en otros hospitales tenían informes de cómo [las enfermeras] hacían sus triajes y con eso nos fuimos a Dirección de Enfermería. [...] Y luego hubo reuniones y mucho papeleo y al final dijeron que íbamos a probar tres o cuatro meses a ver cómo iba, y si iba bien ya se quedaba así. [...] Y se vio que se clasificaba y se apuntaba todo lo necesario igual que antes y que no se había producido ninguna situación peligrosa por un mal triaje. Y también que las encuestas de los pacientes salían bien. Porque también se hicieron encuestas a los pacientes y no es que saliera que estaban contentos, porque aquí en Urgencias siempre hay muy malos resultados de satisfacción en esto, porque a nadie le gusta esperar, todo el mundo quiere llegar y que le atiendan el primero, aunque no tenga nada. Pero los resultados no cambiaron para peor en esos meses, así que dijeron que el triaje lo iba a llevar enfermería. Y mira, hasta ahora, y sin ningún problema” [Enfermera del servicio de Urgencias de un hospital público de Castilla y León. 39 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como DUE].

Si las enfermeras del servicio de Urgencias valoran muy positivamente haberse responsabilizado del triaje, su opinión es justo la contraria cuando analizan otra medida organizativa puesta en funcionamiento en el hospital en la misma época: la desaparición de un equipo de enfermeras y auxiliares dedicado en exclusividad a cubrir las incidencias cotidianas. Este personal no tenía asignado un servicio fijo, sino que se dedicaba a cubrir las bajas sobrevenidas o a reforzar aquellos servicios en los que, en un momento dado, se producen picos de trabajo. La supresión de este personal responde a una política, emprendida desde la Gerencia del hospital y puesta en práctica por la Dirección de Enfermería, que busca cubrir los picos de trabajo de un servicio determinado bien con enfermeras de otros servicios en los que en ese momento la carga laboral es menor, bien recurriendo a la contratación eventual. Esta medida ha afectado especialmente al servicio de Urgencias, pues la propia naturaleza de las actividades que en él se desarrollan provoca que se produzcan fuertes oscilaciones en su carga de trabajo:

“Urgencias tiene su programación, pero no es una programación como en el resto del hospital porque aquí dependemos de lo que pase cada día. Y hay días más normales y hay días de muchísima presión. [...] Por los enfermos que van llegando pero también porque dependemos de las camas libres que hay en planta. Y entonces hay casos que tendrías que subir a planta pero como no tienen cama, los pacientes se quedan aquí en una sala que le llamamos pasillo. [...] No, no es que les tengamos en un pasillo como a veces sale en la tele que les tienen en otros hospitales. Nosotros llamamos pasillo a unas salas grandes donde los pacientes esperan antes de subir a planta o hasta que se les dé el alta. Porque también hay pacientes que se quedan aquí en Urgencias hasta que tienen el alta. [...] Cuando hay mucha presión, cubrir todo con el personal de Urgencias no es suficiente, así que tienes que llamar a Dirección de Enfermería y pedir que te manden las enfermeras y las auxiliares que te hacen falta. [...] Antes había un equipo de incidencias, así le llamábamos, de incidencias, que eran compañeras que estaban para suplir lo que en cada momento hacía falta, aquí en Urgencias o en cualquier otro servicio, iban allí donde les llamaban. [...] Y ese personal de incidencias estaba muy bien, porque como nosotros tenemos incidencias cada dos por tres, pues eran enfermeras que eran siempre las mismas, que ya se sabían cómo se funciona en Urgencias y podías contar con ellas, no igual que con las enfermeras de aquí, pero casi. [...] Ahora ese personal de incidencias ya no existe, lo han suprimido. Si ahora llamas a Dirección de Enfermería porque necesitas que te manden alguna enfermera o algún auxiliar, ahora las sacan de otros servicios. [...] Como [la Dirección de Enfermería] sabe muy bien en qué servicios están más libres, tiran de enfermeras de esos servicios. Y aunque puedan ser compañeras muy competentes, no es lo mismo, porque cada vez viene gente distinta que no conoce el servicio [de Urgencias], y entonces no puedes contar con ellas de la misma manera que cuando tenías el equipo de incidencias. [...] Y tú sabes que le estás

robando, entre comillas, personal a otro servicio, que a veces te lo dicen: ‘si supieras cómo he dejado mi servicio, no veas’. Pero es lo que mandan de Dirección, que lo organizan así según van viendo la carga que hay en cada sitio. [...] Pero también te da reparo a veces cuando te dicen eso, porque sabes que en todas las unidades cuando falta una enfermera ese hueco se nota. [...] Si lo que pasa es que necesitas que te manden personal porque hay enfermeras de baja, como ahora que hay dos bajas en el turno de tarde, lo que se hace es contratar a gente de fuera y eso es como la ruleta rusa, porque suelen ser chicas muy jóvenes, que algunas se adaptan bien y otras menos bien. O no se adaptan. [...] Que pasa a veces que ni siquiera conocen bien los nombres del instrumental que usamos aquí, y eso complica mucho la vida a quienes tenemos que organizar el servicio. [...] Seguro que en otros aspectos están muy bien preparadas, pero yo necesito que empiecen a manejarse rápido, y así no se puede. [...] Y para los pacientes y para dar un buen servicio, ni te cuento” [Enfermera supervisora del servicio de Urgencias de un hospital público de Castilla y León. 37 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como DUE].

Tal como indicábamos anteriormente, las actividades que desempeñan las enfermeras son tan sumamente diversas que lo observado en un servicio determinado difícilmente puede ser generalizable al conjunto de la profesión. Por lo tanto, lo relatado sobre la unidad de Hospitalización del servicio de Cardiología y el servicio de Urgencias no tiene vocación representativa de las muchas particularidades que atraviesan los diferentes trabajos concretos efectuados por las enfermeras en España. La pertinencia de haber empleado estos someros ejemplos radica en su utilidad para ilustrar cómo han afectado algunas dinámicas organizativas de los centros sanitarios españoles al trabajo enfermero durante las últimas cuatro décadas.

Durante el franquismo, la coordinación de las funciones del personal sanitario recaía básicamente en la jerarquía médica, a la que se le atribuía una alta capacidad de decisión sobre la forma de prestar sus servicios y de organizar el trabajo del resto de profesionales. En este contexto, los incrementos en la demanda sanitaria y en las cargas de trabajo solían solucionarse aumentando el personal de las diferentes categorías profesionales por servicio y el número de servicios. Con la expansión de la cobertura sanitaria pública de la década de 1980, los primeros gobiernos socialistas trataron de desarticular el poder de esa jerarquía médica y, con ello, dotar a la Administración de instrumentos para fijar por sí misma sus propios criterios organizativos. Muchos médicos mantenían, además, un conflicto de intereses entre su trabajo en la sanidad pública y su actividad profesional en el ámbito privado, lo que se abordó instaurando importantes restricciones a estas situaciones a través de la *Ley 53/1984 de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas*. Por su

parte, una de las vías para desactivar la hegemonía médica en la toma de decisiones organizativas fue la creación, en 1986, de las Direcciones de Enfermería en los hospitales, situándolas al mismo nivel orgánico que las Direcciones Médicas y dependiendo ambas directamente de la Gerencia del hospital. Esta medida, que se toma justo un año después de que en Atención Primaria se dieran los primeros pasos para la implantación de las consultas de enfermería, desligó orgánicamente a las enfermeras del mando directo de los médicos. De esta forma, las enfermeras dejaron de constituir formalmente un recurso dependiente de la organización instaurada por los médicos en cada uno de los servicios del hospital para constituirse como un agente profesional orgánicamente dependiente de las Direcciones de Enfermería. Una dependencia orgánica que ha favorecido que, en caso de necesidad, se produzca una la movilidad horizontal entre servicios por parte las enfermeras.

«La dirección de enfermería distribuye los recursos humanos que tiene a su cargo entre los distintos servicios a diferencia de la dirección médica, en donde la forma de organización tiene su origen en los servicios; es decir, los médicos cubrirían el nivel vertical mientras que las enfermeras cubrirían el nivel horizontal, representando las profesiones sanitarias dos planos opuestos: los médicos la especialidad, las enfermeras la transversalidad. En la organización de los centros sanitarios los recursos humanos en enfermería se distribuyen en relación a las necesidades de los servicios, y habida cuenta de que éstas pueden ser variables, se deriva una situación en la que este personal de enfermería, que tiene un alto grado de autonomía profesional, con un amplio margen para la toma de decisiones, está limitado por una movilidad horizontal que puede ser decidida por la dirección, y que supone un recorte de las posibilidades de especialización en el puesto de trabajo» [Otaegui y Blanco, 1995: 59].

### ***Las enfermeras en el campo de la dirección y la gestión sanitaria.***

Durante la década de 1980 el campo de la gestión sanitaria empezó a constituir un espacio de desarrollo profesional para las enfermeras desde el que incluso, cuando en 1987 se planificaron sus especialidades formativas, llegó a diseñarse la de Gerencia y Administración de Enfermería, una especialidad poco habitual en una carrera universitaria de la rama sanitaria. Finalmente ésta fue una de las cinco especialidades, de las siete previstas por el *RD 99/1987*, que nunca se pusieron en funcionamiento. Pese a ello, las enfermeras vinculadas con las labores directivas fueron consolidando su posición de intermediación entre la gestión sanitaria y la enfermería asistencial por medio de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, de su revista *Tesela*, de

la participación en jornadas y congresos de enfermeras gestoras, etc. Un trabajo cuya calidad, para este segmento profesional, viene delimitada por medio de indicadores que ponen en relación los costes y la eficiencia de las tareas desempeñadas, tal como expresan los textos que orientan la labor de las Direcciones de Enfermería:

«Un enfoque coherente sería considerar la unidad de enfermería dentro de la filosofía cliente-proveedor, como una unidad funcional que ofrece servicios a dos tipos de clientes: clientes externos (enfermos, usuarios y familias) y clientes internos (servicios médicos y otros profesionales). [...] La aplicación de este modelo dentro del marco de los contratos programa capacita a los hospitales y a sus profesionales para afrontar el futuro de la gestión sanitaria con posibilidades de mejora. [...] Obliga a definir el producto enfermero de forma clara y concisa. Es imprescindible un esfuerzo en este sentido, para lograr establecer unidades de medida que hagan posible definir y medir con exactitud el producto de las unidades de enfermería, distribuyendo éste de acuerdo con el consumo de recursos que lleve implícito en cada caso. [...] Posibilita la planificación de objetivos que abarque no sólo aspectos de calidad, sino también de optimización de recursos. La mejor forma que tienen los profesionales de enfermería de conocer la suficiencia/insuficiencia de la financiación es disponer de un análisis claro y objetivo de los costes del producto de enfermería. [...] Permite iniciar un análisis de productividad y rentabilidad del servicio mediante el cruce de esta información de carácter económico con la medida de producción que se utilice. El manejo de estas herramientas posibilita la comparación entre unidades similares y el desarrollo de análisis evolutivos de la propia unidad. [...] De la calidad de los cuidados que la enfermería proporciona depende en gran medida que el enfermo sea dado de alta antes o después. Por ejemplo, una correcta manipulación de un catéter para evitar una infección, movilizar a un paciente para prevenir las úlceras por presión, fomentar su autonomía o proporcionarle la información que necesite para disminuir su ansiedad tienen efectos sobre la salud que son cuantificables monetariamente» [Yarritu y Bohigas, 2001: 132-133].

Si durante las dos últimas décadas del siglo XX la cobertura y las prestaciones sanitarias del SNS no dejaron de ampliarse, no lo hizo en menor medida la preocupación de los encargados de gestionar los centros sanitarios por encontrar fórmulas de contención del gasto. Irigoyen describe la década de 1990 como el momento en el que se instala en el sector sanitario español «un nuevo paradigma tecnoproductivo que genera una transformación organizativa radical [cuyo] indicador más elocuente es la explosión de la gestión, portadora de un nuevo proyecto y una

nueva gubernamentalidad» [Irigoyen, 2011: 277]. Este proyecto ha supuesto la imposición de unos estándares de rendimiento a unos profesionales cuya actividad ha pasado a estar crecientemente monitorizada por la vía de la normalización y la programación informatizada.

Por estas vías se ha ido instaurando una racionalización creciente del trabajo sanitario en la que, apoyándose en la estandarización de los procedimientos, la gestión busca controlar el gasto y procura que se ejecuten exclusivamente las actividades que, habiendo probado su eficacia, hayan sido consideradas también como las más rentables. Desde la gestión se ha impuesto así una definición de la inutilidad terapéutica, según la cual toda actividad sanitaria no justificada en función de sus resultados en salud «debe ser considerada como un acto de complacencia, confort o manifiesta incompetencia de un prescriptor al que hay que llamar al orden» [Ogien, 2000: 143]. En este sentido, la influencia de la gestión sobre la ejecución del trabajo de médicos, enfermeras y otro personal sanitario se desarrolla por medio de su comparación con estándares de calidad que, teniendo en cuenta tanto indicadores en salud como variables económicas, pautan los objetivos asistenciales esperables. Son estos procesos de evaluación de la calidad de las actividades sanitarias los que, a día de hoy, constituyen uno de los principales campos de juego desde los que se dirimen de forma disputada la carga de trabajo y los resultados exigidos a las unidades asistenciales, así como la asignación de los recursos que les corresponden. Son, al mismo tiempo, una de las vías empleadas por la gestión para tratar de inducir aumentos en la productividad del trabajo sanitario por medio de diferentes intervenciones: puesta en marcha de tratamientos muy ajustados al estado de los pacientes, disminución de su tiempo de estancia en los hospitales, empleo intensivo de tecnologías y fármacos, aumento de la especialización de las unidades, ajustes de plantilla, etc.

Veámos cómo la reducción del tiempo de estancia de los pacientes en la UVI provocó una intensificación del trabajo en la unidad de Hospitalización. Tuvo, además, otro efecto: toda una serie de cuidados asociados a la recuperación del enfermo y la promoción de la autonomía del paciente mediante, por ejemplo, a la prevención de nuevos episodios cardiacos dejaron de poder realizarse en la misma unidad para pasar a ser desempeñados por las enfermeras que atienden a los pacientes en régimen ambulatorio. El ejemplo ilustra cómo el marco que dota de sentido al trabajo de las enfermeras es el de la cadena global de prestación sanitaria en la que se inserta, resultando por tanto dependiente de los procesos organizativos instaurados en esa

cadena global. Dembinski conceptualiza esos procesos organizativos como el resultado de «medidas organizacionales neotayloristas y medidas de tipo “participativo”» [Dembinski, 2000: 48]. Así, por un lado, se han centralizado las decisiones que tienen que ver con la programación de la actividad que hay que desarrollar, imponiéndose, como hemos visto en los ejemplos expuestos, una intensificación de los procesos de trabajo. Por otro, se posibilita y se alienta a las enfermeras a que introduzcan cambios en sus propios procesos laborales, como sucedía en el servicio de Urgencias cuando las enfermeras propusieron y consiguieron hacerse cargo del triaje, una función anteriormente en manos de los médicos. De esta forma, la creciente estandarización de los procedimientos está posibilitando que la frontera móvil entre los distintos profesionales de la salud se vea sometida a diferentes deslizamientos de funciones entre unos y otros, como también señalaban las enfermeras de la unidad de Hospitalización cuando comentaban que las auxiliares estaban asumiendo tareas hasta entonces ejecutadas por las enfermeras.

De este modo, las actuaciones de quienes gestionan los centros sanitarios no afectan directamente a la manera específica en la que el trabajo enfermero es ejecutado (ámbito el que cada unidad goza de cierto margen de maniobra), sino más bien de forma indirecta a través de la fijación de los objetivos asistenciales que han de cubrirse. Todo esto se ha producido de forma paralela e interrelacionada con iniciativas que calculan los costes y la efectividad de las actividades enfermeras, imputan los gastos que se derivan de ellas y miden el volumen del trabajo desempeñado por los profesionales de la enfermería [Stone, Lee, Giannini y Bakken, 2004; Kautz y Van Horn, 2008; Cordova, Lucero, Hyun, Price y Stone, 2010; Domingo, 2011c].

El trabajo de las enfermeras españolas de las últimas décadas se ha visto así transformado por lo que se ha descrito como «la emergencia de la organización flexible ligada al desarrollo e implantación de tecnologías científico-técnicas y de la información» [Martín Carballo, 2006: 1]. Antaño organizada prácticamente de forma autónoma desde el interior de los servicios, la actividad de las enfermeras es ahora planificada, programada y distribuida a nivel de cada centro sanitario. Estas operaciones se apoyan en la normalización alcanzada por la actividad enfermera y en la relativa uniformidad de algunas de sus intervenciones. Junto a las múltiples tareas enfermeras que reclaman un alto grado de especialización y que son específicas de la unidad asistencial específica en la que se desarrollan, otras muchas son comunes a la mayoría de los servicios al estar vinculadas al manejo de información codificada, al trato

protocolizado con los pacientes, al registro estandarizado de su estado, a la administración pautada de fármacos, etc. Esto habilita a quienes gestionan el trabajo enfermero a utilizar con cierta flexibilidad la adscripción de las enfermeras a unos u otros puestos dentro de un mismo centro sanitario. Tal como ilustrábamos con la desaparición del equipo de incidencias en el hospital castellanoleonés, la intercambiabilidad y la rotación del personal entre servicios se han convertido así en prácticas organizativas habituales que se emplean para ajustar al máximo las plantillas a las necesidades de la producción existentes en cada momento, para hacer frente a las contingencias cotidianas y para administrar el importante y creciente volumen de empleo temporal existente en la enfermería española que analizábamos en el capítulo anterior.

El compromiso de las direcciones de enfermería con estos objetivos vinculados a la rentabilización económica de la actividad sanitaria provoca que, en muchos casos, las bases asistenciales consideren que este segmento profesional actúa más en defensa de la lógica de optimización de recursos propia de los responsables de la gestión que de la forma en la que dichas bases entienden la calidad de la labor enfermera. Esto no quita para que esas mismas bases suelen defender la posición adquirida por las enfermeras en los ámbitos de gestión y dirección, sobre todo ante la constatación de que la profesión médica tiende a adoptar una actitud beligerante con la equiparación de enfermeras y médicos en esos espacios. De hecho, en muchos hospitales se ha creado, por encima de la Dirección Médica y de la Dirección de Enfermería, la figura de la Dirección Asistencial, que generalmente es ocupada por un médico. También en los centros de Atención Primaria la profesión médica se ha mostrado hostil ante el protagonismo de las enfermeras en tareas directivas. Así, por ejemplo, cuando en 2010 la reordenación de las áreas sanitarias en la Comunidad de Madrid explicitó la posibilidad de que las enfermeras ejercieran como directoras de los centros de salud, la Asociación Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria, la Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria y el Colegio de Médicos de Madrid impugnaron judicialmente este aspecto de la medida. Así se refiere a este episodio una enfermera supervisora que anteriormente había ejercido como directora de enfermería en un hospital cuando, desde su posición, describe las relaciones entre la enfermería asistencial y las direcciones de enfermería:

“[Cuando era directora] tenía que estar todo el día negociando con unos y con otros, ahora [como supervisora] me toca intentar que la dirección actual tenga en cuenta lo que necesitamos en mi servicio. Pedir, más que otra cosa, porque tal como está la situación muy poco nos pueden dar, casi es pedir para que nos quedemos como estamos. [Al ser preguntada por cómo se vive la relación con las enfermeras del hospital cuando se ejerce como directora de enfermería] Yo sé que se te ve como una especie de traidora, como si estuvieses más preocupada de que cuadren las cuentas que de lo que se necesita en las unidades. Pero a mí me gustaba pensar que lo que hacía era traducir, traducir lo que se necesitaba en cada servicio y ver lo que costaba y luego negociar para conseguirlo. [...] No es una labor fácil, y menos con todo lo que se ha recortado estos años. Para mí ahora es mucho más tranquilo estar donde estoy, al menos me llevo menos sofocos, que también me los llevo, no te pienses. [...] Pero aunque cuando estás de directora seas un poco la mala, al final todas las enfermeras saben que hay que estar ahí. Luego hay quien lo hace mejor y peor, pero hay que estar ahí. Porque cada recurso hay que pelearlo, ir con papeles y números que lo justifican. Y no sólo con los gestores, mira lo que ha pasado en [Atención] Primaria. Ahora el [Tribunal] Supremo va y da la razón al Colegio de Médicos y dice que las enfermeras no podemos ser directoras en los centros de salud. Esto viene de hace tiempo, y lo más fuerte es que las enfermeras que estaban de directoras es porque en sus centros no había ningún médico que quería serlo. [...] Con todos los recortes, como las direcciones de enfermería no estén fuertes, mal vamos. Si siempre ha sido difícil, ahora más” [Enfermera supervisora del servicio de Neurología de un hospital público de gestión privada de la Comunidad de Madrid. 53 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como DUE].

Comenzábamos el capítulo señalando que íbamos a dedicarlo al *trabajo* enfermero. En el análisis propuesto se han priorizado dos vectores para interpretar lo que ha acontecido con las actividades productivas desempeñadas por las enfermeras en España a lo largo de los últimos cuarenta años. En primer lugar, en el apartado anterior hemos dado cuenta de cómo la enfermería se ha dotado de un cuerpo doctrinal propio desde el que teorizar sobre su actividad, transformarla y evaluar la efectividad de sus intervenciones. En segundo lugar, hemos observado cómo la protocolización y los registros informatizados de sus actividades han dotado a la gestión de herramientas para intervenir en el trabajo de las enfermeras desde una escala superior a las unidades asistenciales. Estos dos vectores no sólo han transformado el *trabajo* enfermero, sino que también lo han hecho con el *colectivo de enfermeras*. En concreto, hemos señalado cómo dentro de la profesión ha surgido un importante asociacionismo científico y un influyente colectivo de enfermeras vinculadas a tareas de gestión.

Cuando en el segundo capítulo planteábamos que resultaba analíticamente productivo tratar de observar la enfermería como un *trabajo* y como un *colectivo social* buscábamos situar el foco en cómo la forma en la que el trabajo enfermero está siendo

ejecutado supone un importante factor constitutivo de los actores en los que toma forma la profesión. Actores que, por un lado, están dotándose de instrumentos de medición de sus intervenciones para, a través de los resultados en salud evidenciados, tratar de influir en la división del trabajo sanitario. Actores que, por otro lado, ponen en relación esos resultados en salud con indicadores económicos para, desde las Direcciones de Enfermería, tratar de actuar en un contexto sanitario que tiende a invalidar toda actuación terapéutica que no haya probado su eficiencia y en el que la *«la filosofía que guía las reformas no ha sido mejorar el servicio público sin que se descontrolen (mucho) los costes, sino más bien al contrario, controlar los costes sin que se deteriore (mucho) el servicio público»*. Algo que, a tenor de lo que veremos a continuación, parece no haberse alcanzado en toda su plenitud.

### **5.3. Condiciones de trabajo y clima laboral en la enfermería española.**

En abril de 2009 se detectaron en México las primeras muertes provocadas por la variante H1N1 del influenzavirus A. Popularmente bautizado como la gripe A, es el resultado de la mutación de un virus con material genético de dos cepas porcinas, una aviar y otra humana que había dado un salto entre especies (de los cerdos a los humanos) para después contagiarse de persona a persona. Ese mismo mes aparecen en España personas infectadas. Ante la alarma desatada y con el propósito de evitar su acopio y un uso indebido, el Ministerio de Sanidad retira de las farmacias los antivirales existentes. En junio la OMS declara el nivel de alerta seis, esto es, la existencia de una pandemia en curso extendida a nivel global. Varias personas mueren y con la llegada del invierno la entonces ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, anuncia la compra de 37 millones de dosis de la vacuna, con las que se podría vacunar al 40% de la población residente en España. Se hace una reserva adicional que posibilitaría incrementar la cifra en un 20%. En el momento en el que esta compra es anunciada, en los medios especializados sólo algunas voces minoritarias cuestionan la medida. Esto apenas sucede en los medios generalistas, donde se aplaude la actitud preventiva de las autoridades. Más adelante, cuando los efectos de la gripe A terminaron por resultar mucho menos agresivos y letales de lo que se había pronosticado, la compra de las vacunas es ampliamente criticada, generalizándose los reproches sobre cómo habían gestionado la situación la OMS, la UE y de las autoridades nacionales. Por su parte, a los laboratorios farmacéuticos se les reprocha haber alentado la alarma alrededor de la pandemia en su propio provecho.

En España, la primera víctima mortal de la gripe A se produce el 30 de junio. Se trata de Dalila Mimouni. Embarazada y tras haber acudido cuatro veces a unas urgencias hospitalarias madrileñas con dificultades respiratorias y habersele recetado paracetamol y antibiótico, en su quinta visita es ingresada y diagnosticada como infectada por del virus H1N1. Después de quince días en la UCI, se le practica una cesárea que permite salvar la vida de su hijo Ryan pero tras la que Dalila Mimouni muere. Trece días más tarde, en su primer día en la UCI de neonatos, una enfermera confunde los conductos y en lugar de inyectar un preparado lácteo por la sonda nasogástrica lo hace por vía intravenosa. El contacto de la leche con la sangre provoca una embolia a Ryan, que muere a las quince horas. Meses después la enfermera será declarada culpable de un delito de homicidio por imprudencia grave y condenada a seis meses de cárcel y a una pena de inhabilitación especial para el ejercicio de su profesión durante año y medio. Cuando se conoce la muerte de Ryan, la entonces presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, declara que *“en los hospitales y centros de salud de la región se realizan 90 millones de actos sanitarios al año, la inmensa mayoría de ellos muy bien, pero somos humanos y podemos cometer errores”*<sup>76</sup>.

### ***El “alma mística” y el “cuerpo sufriente” de la enfermería española.***

La gestión política de la gripe A ilustra cómo la realidad sanitaria está atravesada por procesos sociales que exceden con mucho el espacio de lo estrictamente asistencial. Por su parte, el fallecimiento de Dalila Mimouni y de su hijo Ryan provocó que, aunque fuera fugazmente, los focos mediáticos se situaran sobre las condiciones en las que están ejerciendo su trabajo asistencial las enfermeras en España. La enfermería es una de las muchas profesiones que raramente ocupan espacio en los medios de comunicación generalistas. Las pocas veces que lo hace, suele ser cuando la prensa local da cuenta de algún acontecimiento trágico como el que acabamos de relatar. El caso de Ryan, sin embargo, tuvo una amplia repercusión mediática en toda España, probablemente por tratarse de un recién nacido, por el contexto de alarma social que se había creado en torno a la gripe A y por producirse en Madrid, sede de gran parte de la prensa de tirada nacional. Aparte de los reportajes que se realizaron aquellos días, los periódicos publicaron múltiples cartas al director firmadas por enfermeras. En una de esas cartas, una enfermera expresa el sentimiento que provoca entre los profesionales de la enfermería enfrentarse a situaciones como la muerte de Ryan:

---

<sup>76</sup> Fuente: periódico *El País*, 15-07-2009.

«Las enfermeras elegimos nuestra profesión porque queremos salvar vidas, curar y reducir el dolor y el sufrimiento de los enfermos. Pero somos humanas. Y cuando cometemos un trágico error, al dolor por la muerte de Ryan, al indescriptible sufrimiento de Mohamed<sup>77</sup> y de toda su familia, se suma la oscuridad y la confusión de nuestra vida profesional y personal. La absurda y terrible contradicción de haber generado un daño irreparable cuando trabajábamos por ayudar a crecer a Ryan y que pudiera ser la alegría y el consuelo de su familia. Somos humanas, y aunque eso no te consuele, necesitaba decírtelo» [Fuente: periódico *El País*, 16-07-2009].

En otra de estas cartas al director, un enfermero trata de contextualizar el error humano en un marco más amplio:

«Acostumbrados los profesionales sanitarios españoles, como estamos últimamente, a emplear la epidemiología para analizar los hábitos saludables de la población, para que así hagan cambios hacia estilos de vida más beneficiosos con el fin de eliminar las conductas de riesgo que atentan contra la salud, no se nos ocurre nunca emplear esa misma epidemiología al analizar el interior de nuestro propio sistema sanitario; quizá porque presuponemos que es verdad lo que nos dicen los medios de comunicación: que es uno de los mejores del mundo (¡en investigación sobre células madre y en trasplantes!). Porque lo más grave del fallecimiento de Dalila Mimouni y de su hijo Ryan se deduce de un análisis epidemiológico del caso. En efecto: si no debiera ser nunca probable errar un diagnóstico, ni equivocarse en un centro sanitario la vía de administración nasogástrica con la intravenosa, lo que tendría que ser siempre imposible es que ambos errores coincidan –en el corto espacio de 13 días– en dos miembros de una misma familia y en dos lugares distintos de un gran centro hospitalario. Pues entonces la epidemiología nos dice que el porcentaje de errores del sistema es, lógicamente, tan enorme que sólo salen a la luz los que acaban en tragedia estando bajo el foco de la opinión pública (una inmensa minoría), mientras que, desde el interior de ese mismo sistema, todos los sectores y casi todos los actores implicados estamos acostumbrados siempre a mirar hacia otro lado en todos los demás casos. El mayor problema de salud que tenemos en nuestro país es nuestro propio sistema sanitario asistencial» [Fuente: periódico *El País*, 20-07-2009].

Estas dos formas de reaccionar ante la situación que provocó la muerte de Ryan coinciden con las dos actitudes básicas ante el ejercicio profesional que, bajo la forma de tipos ideales, Hernández Yáñez identifica en la enfermería española y que caracteriza

---

<sup>77</sup> Se refiere al padre de Ryan y marido de Dalila Mimouni.

como el *alma mística* y *el cuerpo sufriente*. Bajo el calificativo de *alma mística* agrupa a «aquellos profesionales que ponen por encima de todo los aspectos vocacionales y hallan en su desempeño relacional su principal fuente de satisfacción» [Hernández Yáñez, 2013a: 84]. En cuanto al *cuerpo sufriente*, «estaría conformado por los profesionales [...] para quienes las condiciones de trabajo y las relaciones laborales y profesionales constituyen su principal fuente de insatisfacción» [ibíd.]. Para ilustrar la figura del alma mística, Hernández Yáñez emplea el fragmento de un texto firmado por la directora de una Escuela de Enfermería:

«Puede que uno de los apartados más importantes de la Enfermería para lograr la idoneidad como profesional sea saber crear una óptima relación cuidadora paciente-enfermera. Su comienzo tiene lugar con “el encuentro”, modo de relación interpersonal que presupone una determinada comprensión de la existencia humana, transformándose en un acto de mutua presencia, creándose un espacio de relación mutua. El hombre es un ámbito, no un mero objeto, y se desarrolla como persona creando nuevos ámbitos a través del encuentro. El encuentro es una fuente de luz y de sentido, pero no es algo que el hombre pueda tener estáticamente, como un objeto, sino que lo adquiere y lo posee dinámicamente al entrar en relación creadora con otras realidades. En el encuentro, la relación está constituida por dos libertades en ejercicio. Por eso ha podido escribirse con razón que en el encuentro “nos hacemos ser el uno al otro”» [Matesanz, 2009: 255].

Por su parte, para ejemplificar la figura del cuerpo sufriente recurre a los comentarios de una enfermera asistencial en una conversación, mantenida en el foro *Tablón en Blanco*, sobre la campaña *Mírame, diferénciate*, a la que ya nos hemos referido en el tercer capítulo

«Yo cambiaría el lema por “HUMANAS SÍ, PERO NO GILIPOLLAS”. Como soy un poco vacaburra, voy a decir lo que pienso de todo esto con la finura que me caracteriza, para diferenciarme de tanta pedantería y tanto Mundo de Yupi que se lee últimamente. Cuento lo que veo todos los días en mi trabajo, que imagino será lo que veis también vosotros. Veo un servicio de urgencias donde los médicos obligan a las enfermeras a realizar sondajes vesicales a todo quisque, seas o no capaz de mear en un cacharro, para que les llegue prontito el resultado de la analítica de orina, y si hay que drogar al paciente psiquiátrico de turno porque no quiere que le metan un tubito por sus partes, se le droga y si hace falta hasta se le ata por orden facultativa. Veo que como entres por la puerta con fiebre y no te encuentren el foco te cae una punción lumbar como poco. Veo infinitas gasometrías arteriales sin sentido, que duelen un huevo y parte del otro, que la

mayoría de las veces podrían evitarse utilizando un saturímetro. Veo a viejos con sus capacidades mentales intactas a los que se les hacen técnicas en contra de su voluntad... Veo todo el verano 20 pacientes en una camilla haciendo cola en el pasillo sin ser atendidos porque urgencias está colapsada, todo por culpa de que no se puede ingresar a nadie porque cierran las plantas para ahorrar. Veo a pacientes que pagan su frustración por culpa del sistema con las enfermeras. Veo que nadie te apoya cuando te agreden los pacientes, que todos los días te faltan al respeto e incluso lo vemos como una parte del oficio que tenemos que soportar. Veo a los distintos profesionales y a los colegas de profesión enfrentados entre sí por razones de organización que no les da la gana de resolver a los directivos de turno, y que encima cobran objetivos por todos los problemas que nos causan. ¿Y a las enfermeras nos piden más humanidad? No, si al final vamos a tener que congregarse al Cuerpo de Pajilleras pa' que todos sean felices... Lo siento, pero yo no veo ninguna carencia de humanidad por parte de la enfermería, al contrario, no sé ni cómo somos capaces de darnos tanto a los demás, como lo hacemos, con todo lo que nos rodea» [Fuente: foro *Tablón en Blanco*, 13-12-2011].

En tanto que figuras ideal típicas, el *cuerpo sufriente* y el *alma mística* resultan útiles caracterizaciones de dos sensibilidades que resultan muy apreciables en los discursos de las enfermeras españolas. A través de las entrevistas que a lo largo de los años hemos mantenido con éstas, con mucha frecuencia hemos advertido que los rasgos de ambas figuras a menudo se solapan en el relato de una misma enfermera. De hecho, resulta muy habitual encontrar en estos discursos cómo la referencia al paciente actúa como el elemento que permite dotar de sentido una actividad profesional marcada por unas condiciones de trabajo que, ya mucho antes de la crisis de 2008, eran descritas como especialmente hostiles:

“Yo cada vez, de verdad, sinceramente lo digo, cada vez vamos peor. [...] Porque no cubren nada de nada, a mínimos. Y cada vez contratan menos y recortan siempre de lo mismo, de personal. [...] A mí me encanta mi profesión, y de hecho voy a seguir haciendo, aunque esté atacada a veces, pero ellos provocan que te quemes más y más, yo creo. Yo sé a lo que vengo, yo sé que los pacientes están malos, sé que demandan mucho y más una persona enferma, que es normal y tal y lo tengo concienciado. [...] Es que parece que eres un número, uno más. El otro día se enfadó aquí una compañera y me decía ‘¿por qué dices que somos un número?’. Somos un número porque tú coges y Fulanita se ha puesto mala, la sustituyes, y si no viene, ¿te preocupas por ella? Sí, como compañera te preocupas por ella, pero ves que está mala y... te llaman para ver cómo estás y cuándo te incorporas. Y tú misma estás de baja y estás mal porque dices ‘le están quitando el libre a mi compañera, Fulanita que tenía el puente y a lo mejor se lo quitan’. Y es que es inhumano, es que estás siempre en tensión y lo veo mal. Te pasas mucho tiempo aquí,

entre las horas que eso, y luego un fin de semana libre al mes o uno y medio. [...] Y ahora además contratan para una semana, que eso yo no lo he visto en mi vida y de verdad que está pasando. [...] Pues porque hay un cúmulo de trabajo por un cierto tiempo y contratan. El verano, pues hay que cerrar camas, y es que cubren las suplencias de verano pero no cubren todo lo que tendrían que cubrir, entonces claro, esto es como todo. Es que siempre hay menos personal de lo que la supervisora pide, supongo que porque no habrá dinero. Porque siempre te dicen 'es que no'. El presupuesto de enero se acaba ya en marzo, como digo yo. [...] Lo que pasa es que está cambiando todo tanto que... como la gente está tan quemada y falta gente, pues ya no te pones tan de acuerdo. [...] Luego el compañerismo, pues yo te lo digo, porque yo soy de aquí [*se refiere al servicio de Cardiología en el que trabaja habitualmente*], por decirlo, de la mañana la menos antigua. Entonces, cuando hay que salir a otro servicio porque falta alguien... Pues eso también quema mucho, sobre todo si cada vez es más frecuente" [Enfermera del servicio de Cardiología de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 33 años. Contrato estatutario de interinidad. Formada como DUE].

La intensificación del trabajo, un entorno laboral presidido por plantillas escasas y un alto volumen de rotación del personal entre los diferentes servicios no son, como expresa la cita precedente, rasgos que hayan aparecido en el sistema sanitario español como consecuencia de la crisis de 2008, sino situaciones que se han ido instalando progresivamente en la enfermería española desde la década de 1990. Pese a todo, cuando antes del comienzo de la crisis las enfermeras a las que hemos entrevistado comparaban los centros públicos con los privados, el diagnóstico generalizado era que los primeros mantenían unas condiciones de trabajo mucho más favorables que las existentes en los segundos. Así lo explicaba una enfermera empleada en el turno de mañana de un hospital público y en el turno de noche de una clínica privada:

"Pues mira, no tiene nada que ver, de la exigencia en el centro público a la exigencia en la clínica privada, nada que ver. Las plantillas son totalmente dispares, es mucho menos personal en la clínica privada, no solamente hay menos personal, sino que está también mucho peor distribuido y peor organizado. [...] [En el hospital público] hay más respeto hacia el personal, hay otra actitud de los mandos, no tienes tanta presión de que estén encima de ti. [...] En la privada, como somos muchas menos enfermeras, pues entonces si se tiene que movilizar a una señora del turno de noche, pues puedes esperar a un celador, pero como si solo hay un celador o dos celadores para toda la clínica durante la noche, hay veces que no esperas pues porque ves que hay un apuro en la mujer. Total, que al final haces no solamente de enfermera, sino de lo que haga falta en un momento determinado. [...] Yo también estuve trabajando de noche [en el hospital público] y no teníamos las mismas tareas o funciones cuando estaba de noche en la privada y en la pública. En la pública las noches como tal están para lo que surja. Evidentemente el paciente se puede poner mal y estás para atenderle, ponerle su medicación y se intenta que el paciente descanse y tienes

ratos que te puedes sentar. [...] Aquí en la privada, como tienes mucha más carga de trabajo, porque es como el doble, en concreto en [el servicio de] Oncología es el doble o más. Primero no te da tiempo, llegas, pones carros de medicación inmensos, inmensos. Y según llegas te pones a preparar la medicación como si te hubieras vuelto loca, porque ya a las diez te están llamando todos y suena un timbre y otro timbre y todos quieren calmantes y todos están mal y empiezas a correr, a correr, a correr. Terminas muchas veces a la una y media o a las dos de la mañana, te sientas a revisar las historias, porque aquí tenemos que revisar todos los tratamientos, a ver si está todo correcto. Vuelves a sacar la medicación de las ocho de la mañana, y otra vez a las seis de la mañana te pones, porque a las ocho de la mañana tienes que haber hecho absolutamente todo, sacando todas las analíticas que hagan falta además. [...] Quiero decir, que en la pública, encima, las cargas son menores, tienes más personal y menos tareas. Entonces bueno, en la privada es difícil tener una noche un poco tranquila, ¿no? Nosotros nos quejamos muchas veces de la falta de personal y te dicen ‘esto es lo que hay’. Nosotros le decimos al supervisor ‘muy bien, pues si es lo que hay, tú vienes y se lo explicas a los pacientes cuando te miren a la cara’. Pero nada cambia, la verdad” [Enfermera del servicio de Quirófano de un hospital público de la Comunidad de Madrid (contrato estatutario fijo) y del servicio de Oncología de una clínica privada (contrato indefinido). 45 años. Formada como DUE].

Uno de los efectos más evidentes de la crisis económica de 2008 sobre el sector sanitario español ha sido la fuerte destrucción de empleo acontecida en la sanidad pública. Según los datos de la EPA, la sanidad privada sólo vivió una ligera merma en su volumen global de empleo entre 2011 y 2012, con un descenso de 2.000 efectivos (esto es, de un 0,5% sobre el total de empleo en el subsector de la sanidad privada). En la sanidad pública, en cambio, entre 2011 y 2013 se produjo una acelerada destrucción de 43.000 puestos de trabajo, lo que corresponde con el 6,9% de la plantilla existente en 2011. Pese a que desde entonces las cifras de empleo se han estabilizado, habiéndose incluso producido una ligera recuperación, la destrucción de empleo del período comprendido entre 2011 y 2013 se ha traducido en una manifiesta degradación de las condiciones de trabajo de las enfermeras empleadas en la sanidad pública:

“Lo que estamos viviendo es como si hubiera pasado un huracán que arrasó con todo. [...] Bajas que no se cubren, plantillas que en algunas unidades se han reducido en casi un 50%... Esto no hay quien lo sostenga. [...] Tratamos de hacer lo que podemos, pero así es imposible prestar una atención digna, por mucho que te esfuerces. Y que nos esforzamos todo lo humanamente posible nadie podrá negarlo, pero es que el ritmo de hacer una sola lo que antes hacían dos, eso no tiene por donde sostenerse. [...] Si hasta llegó un día la supervisora diciéndonos que le habían mandado pedirnos que tuviéramos cuidado con no gastar muchos guantes y gasas, por ahorrar. [...] Nos lo decía con vergüenza, porque ella sabía que es una vergüenza, que ahora encima haya que mirar por no gastar gasas. [...] Si encima que el paciente llega tras haber estado meses y

meses en una lista de espera de meses, encima vamos a tener que mirar por las gasas. [...] Yo no sé cómo será trabajar en un hospital de campaña en una guerra, pero hay días que después de una mañana sin descanso, cuando paro a echar un café pienso que cada día esto se parece más a un hospital de campaña” [Enfermera del servicio de Traumatología de un hospital público del Principado de Asturias. 31 años. Contrato estatutario de interinidad. Formada como DUE].

### ***Clima laboral y actitudes ante el trabajo enfermero.***

Dado que las principales fuentes de información primaria que hemos empleado en nuestra investigación han sido las entrevistas en profundidad que hemos mantenido con enfermeras, a la hora de describir el entorno laboral en el que éstas están ejerciendo su trabajo podemos recurrir a citas que, como las anteriores, aportan una imagen muy elocuente de las condiciones de trabajo existentes actualmente en el espacio laboral de la salud. Esta técnica de investigación, sin embargo, ofrece una visión que adolece de representatividad estadística, estando por lo tanto muy mediatizada por las particularidades de las enfermeras a las que hemos podido acceder a través de nuestro trabajo de campo cualitativo. Es por ello por lo que, al igual que hicimos en el capítulo anterior con el empleo enfermero, también ahora vamos a recurrir a fuentes estadísticas secundarias para complementar la caracterización de las condiciones de trabajo de las enfermeras en España. En este caso, sin embargo, las fuentes estadísticas disponibles no son sólo muy escasas, sino que tampoco ofrecen datos comparables desde una perspectiva diacrónica. Nos limitaremos, por lo tanto, a presentar las fotos fijas que ofrecen tres encuestas, llevadas a cabo durante el periodo de la actual crisis económica, que han abordado la percepción que tienen las enfermeras sobre diferentes dimensiones de su entorno laboral: el proyecto SENECA [García y Rodríguez, 2010], la investigación RN4CAST<sup>78</sup> [Moreno y Fuentelsaz, 2011] y el estudio elaborado por Hernández Yáñez [2014c] que ya hemos utilizado en el capítulo cuarto. Estas tres encuestas no abordan exclusivamente, y salvo en el caso de la investigación RN4CAST ni siquiera de manera prioritaria, aspectos relativos a las condiciones de trabajo de las enfermeras. Las dos primeras, además, cuentan con un universo muestral que se limita a las enfermeras empleadas en centros hospitalarios. Estas advertencias obligan a tomar con precaución el alcance de la información que a continuación va a presentarse, lo que no quita para que, al ser las únicas aproximaciones existentes que proporcionan datos estadísticamente representativos sobre el objeto que estamos abordando, constituyan un

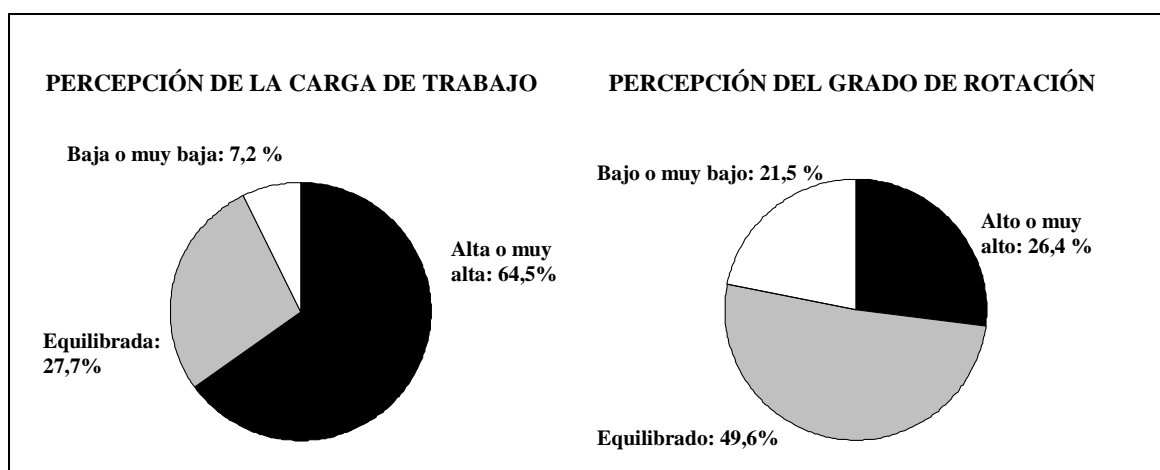
---

<sup>78</sup> Siglas correspondientes a *Registered Nurse Forecasting* u Observatorio de la Profesión Enfermera Europea.

complemento adecuado para la panorámica que, hasta el momento, hemos elaborado apoyándonos en información cualitativa.

El proyecto SENECA es un estudio, publicado en 2010, a cargo del Ministerio de Sanidad y Política Social que aborda diferentes dimensiones relacionadas con la seguridad de los cuidados de los pacientes hospitalizados en el SNS<sup>79</sup>. En lo que respecta a las condiciones de trabajo de los profesionales de la enfermería, las preguntas de la encuesta que nos interesan son las referidas a cómo perciben las enfermeras su carga de trabajo y el grado de rotación entre los servicios del hospital.

**Gráfico 6. Percepción de las enfermeras empleadas en hospitales del SNS sobre su carga de trabajo y sobre el grado de rotación de las enfermeras entre los servicios del hospital. Año 2009.**



Fuente: Elaboración propia a partir de García y Rodríguez [2010].

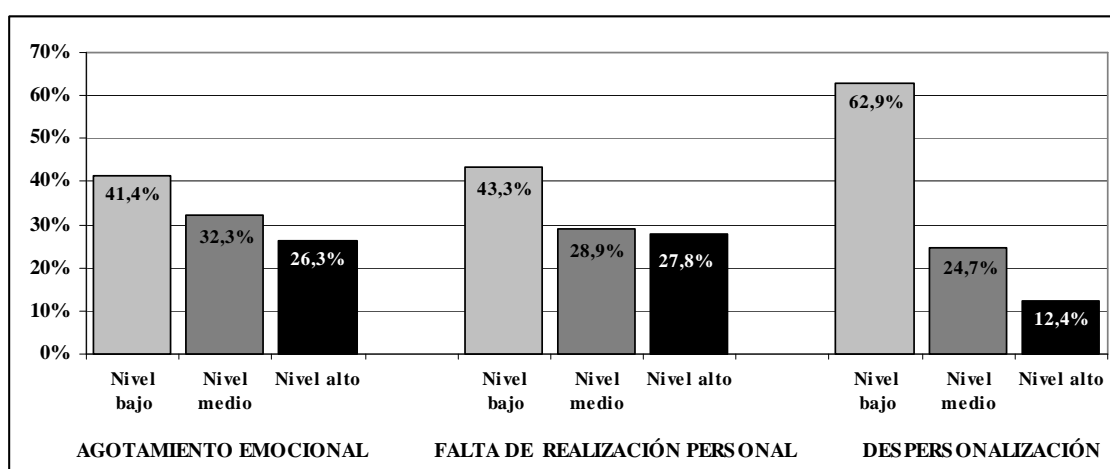
La sensación mayoritaria entre las enfermeras hospitalarias del SNS es que su carga de trabajo es alta o muy alta: así lo perciben el 64,5%. En cambio, la percepción de que el grado de rotación entre servicios es alto o muy alto sólo la tienen el 26,4% de las enfermeras, mientras que casi la mitad lo considera equilibrado y el 21,5% entiende que es bajo o muy bajo.

Por su parte, el estudio RN4CAST incluye una encuesta sobre clima laboral ejecutada por un consorcio de doce países de la UE. Cuenta, además, con la participación de Botswana, China y Sudáfrica a través de un programa de cooperación internacional de la Comisión Europea. Por España, es la Unidad de Investigación en

<sup>79</sup> En lo que afecta a los datos del estudio que vamos a emplear, la información proviene de una encuesta realizada entre febrero y julio de 2009 a 1.886 enfermeras seleccionadas según un muestreo aleatorio simple en 24 hospitales de todas las CCAA (para la selección de los hospitales se realizó un muestreo aleatorio estratificado por CCAA y tamaño del hospital).

Cuidados en Salud Investén la que lidera el proyecto. Por el momento, la información publicada se limita al ámbito hospitalario. En este caso, y a diferencia del proyecto SENECA, en la amplia muestra utilizada se incluyen también hospitales de titularidad privada<sup>80</sup>. Una de las dimensiones estudiadas es el agotamiento laboral o *burnout*, para lo que se emplea la escala *Maslach Burnout Inventory*. Esta escala incluye la evaluación de tres subdimensiones asociadas al agotamiento laboral: el *agotamiento emocional*<sup>81</sup>, la *falta de realización personal*<sup>82</sup> y la *despersonalización*<sup>83</sup>.

**Gráfico 7. Niveles de agotamiento laboral de las enfermeras hospitalarias según la escala *Maslach Burnout Inventory*. Año 2010.**



Fuente: Elaboración propia a partir de Moreno y Fuentelsaz [2011].

La *despersonalización* es el rasgo del agotamiento laboral que menos afecta negativamente a las enfermeras hospitalarias en España: sólo el 12,4% se encuentra en

<sup>80</sup> En la encuesta, realizada entre septiembre de 2009 y marzo de 2010, han participado 5.697 enfermeras pertenecientes a 532 unidades de enfermería de 60 hospitales españoles.

<sup>81</sup> La subescala del *agotamiento emocional* incluye la evaluación de nueve ítems: 1) Me siento emocionalmente agotada/o por el trabajo, 2) Me siento exhausta/o al final de la jornada laboral, 3) Me siento fatigada/o cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo, 4) Trabajar con gente todo el día supone un verdadero esfuerzo para mí, 5) Estoy quemada/o por el trabajo, 6) Me siento frustrada/o por mi trabajo, 7) Creo que trabajo demasiado duro, 8) Trabajar directamente con gente me produce mucho estrés y 9) Siento que ya no puedo más.

<sup>82</sup> La subescala de la *falta de realización personal* incluye ocho ítems: 1) Puedo entender fácilmente cómo se sienten los pacientes sobre determinados aspectos, 2) Me manejo de forma muy eficaz con los problemas de mis pacientes, 3) Creo que influyo positivamente en la vida de otras personas, 4) Siento que tengo mucha energía, 5) Me resulta fácil crear un ambiente relajado con mis pacientes, 6) En este trabajo logro muchas cosas que merecen la pena, 7) Me siento muy satisfecha/o después de trabajar de cerca con los pacientes y 8) En mi trabajo afronto los problemas emocionales con mucha calma.

<sup>83</sup> La subescala de la *despersonalización* incluye cinco ítems: 1) Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos y no personas, 2) Me he vuelto más insensible con las personas desde que tengo este trabajo, 3) Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente, 4) No me importa lo que les pase a algunos pacientes y 5) Siento que los pacientes me echan la culpa de algunos de sus problemas.

los niveles altos de esta dimensión, mientras que el 62,9% se sitúa en los niveles bajos. Por su parte, el *agotamiento emocional* y la *falta de realización personal* mantienen un comportamiento similar. Por un lado, prevalecen los niveles bajos, que en ambos casos se encuentran por encima del 40%. Por otro, también en ambos casos más de un 25% de las enfermeras hospitalarias se ubican en altos niveles de *agotamiento emocional* y de *falta de realización personal* en su trabajo.

Otro de los aspectos abordados en la encuesta RN4CAST es la satisfacción laboral de las enfermeras, lo que se estudia por medio de una pregunta acerca de la satisfacción en general con el trabajo actual en el hospital y de otras nueve sobre dimensiones más concretas.

**Tabla 5. Escala de satisfacción laboral de las enfermeras hospitalarias. Año 2010.**

	Muy satisfecho o moderadamente satisfecho	Muy insatisfecho o algo insatisfecho
Derecho a bajas por enfermedad	77,1%	22,9%
<b>Trabajo actual en el hospital en general</b>	<b>66,9%</b>	<b>33,2%</b>
Autonomía en el trabajo	62,1%	37,9%
Vacaciones	61,8%	38,2%
Flexibilidad de horarios	50,4%	49,5%
Estatus profesional	46,7%	53,2%
Permisos por estudios	46,6%	53,3%
Oportunidades de formación	44,5%	46,2%
Salario	39,6%	60,4%
Desarrollo profesional	31,6%	68,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de Moreno y Fuentelsaz [2011].

Como suele ser habitual cuando se elaboran encuestas que abordan la satisfacción laboral, en este caso también la satisfacción con el trabajo en general manifestada por las enfermeras hospitalarias es mayor que la que expresan cuando se les pregunta por dimensiones concretas, salvo en el caso del derecho a bajas por enfermedad. Los aspectos que menos satisfacción proporcionan a las enfermeras son los vinculados con su desarrollo profesional y el salario, mientras que la autonomía que tienen en su trabajo alcanza un grado de satisfacción por encima del 60%.

Los últimos datos del estudio RN4CAST que vamos a presentar corresponden a cómo evalúan las enfermeras hospitalarias algunos aspectos relativos a su ambiente de trabajo. Esta evaluación se realiza empleando una escala que va del 1 al 4. La media se sitúa, por tanto, en el 2,5 y los valores más altos suponen un mayor grado de satisfacción con el estado en el que se encuentra cada una de las dimensiones.

**Tabla 6. Evaluación de diferentes dimensiones relativas al ambiente de trabajo de las enfermeras hospitalarias. Año 2010.**

<b>Dimensiones del ambiente de trabajo</b>	<b>Valoración en una escala 1-4 Media: 2,5</b>
Fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad	2,6
Habilidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables	2,6
Relaciones laborales entre enfermeras y médicos	2,4
Dotación y adecuación de recursos	2,2
Participación de la enfermera en cuestiones del hospital	2'1

Fuente: Elaboración propia a partir de Moreno y Fuentelsaz [2011].

Aunque todas las dimensiones analizadas obtienen una evaluación muy baja, aquellas donde la puntuación supera el aprobado son las que remiten a la existencia de un entorno laboral en el que pueden ejercerse cuidados de calidad asentados en fundamentos enfermeros y a la habilidad, el liderazgo y el apoyo a las enfermeras por parte de sus responsables. Rozando el aprobado encontramos las relaciones laborales entre enfermeras y médicos. Finalmente, los aspectos peor valorados son la dotación de recursos y, por último, la participación de las enfermeras en cuestiones que atañen a la gestión del hospital.

Para finalizar con esta aproximación cuantitativa a dimensiones vinculadas con el trabajo enfermero, vamos a utilizar los datos de dos de las preguntas de la encuesta realizada en 2014 por Hernández Yáñez [2014c] a la que ya recurrimos en el capítulo anterior. Recordemos que, en este caso, el universo muestral sí lo componen todas las enfermeras residentes en España. En realidad, las preguntas de la encuesta que vamos a utilizar no se refieren directamente al trabajo enfermero, sino que tratan de abordar de una forma más general las distintas actitudes existentes entre las enfermeras ante su actividad profesional. Para ello, Hernández Yáñez [2014h] cruza los datos de las respuestas aportadas a las preguntas “¿Volverías a estudiar enfermería y ser enfermera?” y “Si un/a hijo/a suyo/a o de alguien muy allegado le pidiera consejo, ¿le recomendaría que estudiara enfermería?”.

**Tabla 7. Tipología actitudinal cuantitativa de las enfermeras con respecto a su propia profesión. Año 2014.**

		¿Volverías a estudiar enfermería y ser enfermera?					TOTAL
		Seguro que NO	Probablemente NO	No sabe, depende	Probablemente SÍ	Seguro que SÍ	
Si un/a hijo/a suyo/a o de alguien muy allegado le pidiera consejo, ¿le recomendaría que estudiara enfermería?	Seguro que NO	5,3%	3,8%	0,8%	1,4%	0,3%	11,6%
	Probablemente NO	1,3%	7,4%	5,1%	6,2%	2,7%	22,7%
	No sabe, depende	0,3%	2,6%	4,6%	9,7%	6,6%	23,8%
	Probablemente SÍ	0,1%	0,3%	1,7%	15,1%	12%	29,2%
	Seguro que SÍ	0%	0,1%	0,2%	0,9%	11,4%	12,6%
	<b>TOTAL</b>	<b>7%</b>	<b>14,2%</b>	<b>12,4%</b>	<b>33,3%</b>	<b>33%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Hernández Yáñez [2014h]. Fuente original de los datos: Hernández Yáñez [2014c]

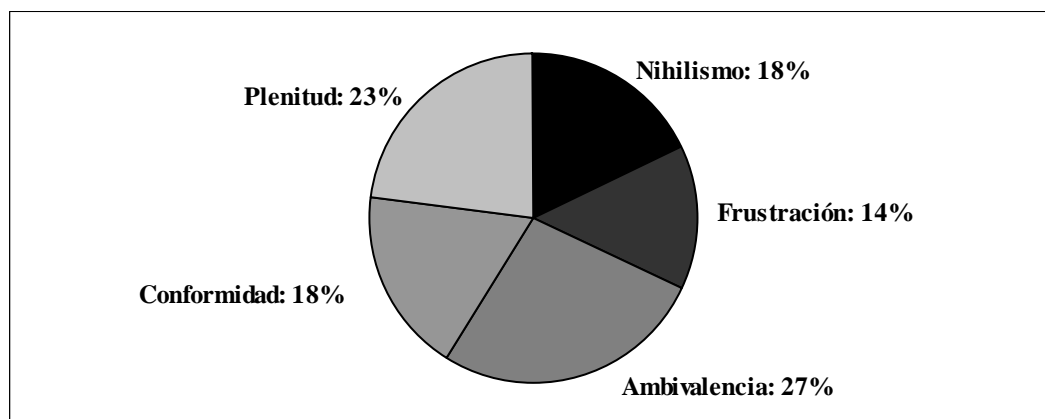
Querer volver a estudiar enfermería y ser enfermera denota estar a gusto con la opción profesional escogida para uno mismo, lo que en el lenguaje de los estudios de mercado se expresaría como *fidelización* con la propia profesión. Por su parte, recomendar a alguien querido que estudie enfermería supone adoptar una actitud *prescriptora*. Si sumamos el porcentaje de enfermeras que seguro o probablemente volverían a estudiar enfermería, obtenemos un 66% de enfermeras fidelizadas con su profesión. Si hacemos la misma operación con quienes recomendarían hacerlo, la cifra de enfermeras que prescribirían su profesión a un ser querido o apreciado se reduce al 41,8%. En el extremo contrario, las enfermeras que seguro o probablemente no volverían a estudiar enfermería constituyen el 21,2% del total. En cuanto a quienes seguro o probablemente no se lo recomendarían a un ser querido o apreciado, en esta ocasión el porcentaje aumenta hasta el 34,3%.

Responder si uno mismo repetiría la opción profesional escogida supone realizar una cierta evaluación personal sobre la propia vida y, más específicamente, sobre algo tan relevante como es la profesión a la que uno se está dedicando. Interrogar sobre si se recomendaría estudiar enfermería a un ser querido o apreciado implica sacar la pregunta del referente estrictamente individual y vital para obtener una respuesta que tiene como referente la enfermería en general. Esto último posibilita que afloren actitudes hacia la propia profesión que resultan más difíciles de expresar cuando se responde sobre uno mismo. Es, por lo tanto, más probable que a la hora de prescribir la profesión se tengan en cuenta los aspectos menos positivos que se perciben en la misma. Aspectos que, en el caso de opinar sobre la experiencia vital propia, salvo en las situaciones de mayor

malestar, raramente se reconocen cuando se responde a una encuesta. En este sentido, resulta significativo que el porcentaje de enfermeras que seguro o probablemente prescribirían su profesión sea del 41,8%, lo que implica que el porcentaje de quienes no lo harían o tienen dudas al respecto asciende hasta al 58,2% de las enfermeras residentes en España.

Apoyándose en las diferentes combinaciones de las respuestas a las dos preguntas, Hernández Yáñez plantea una tipología actitudinal de las enfermeras con respecto a su propia profesión alternativa y complementaria a la del *alma mística* y el *cuerpo sufriente* que vimos anteriormente. En este caso, propone las cinco etiquetas que aparecen en el Gráfico número 8, cuyos tonos remiten a las celdas de la Tabla número 7, que son las que proporcionan los porcentajes de enfermeras en cada una de las etiquetas.

**Gráfico 8. Tipología actitudinal cualitativa de las enfermeras con respecto a su propia profesión. Año 2014.**



Fuente: Hernández Yáñez [2014h]. Fuente original de los datos: Hernández Yáñez [2014c].

Como el propio Hernández Yáñez reconoce, tanto las etiquetas escogidas como la relación de éstas con las celdas de la Tabla número 7 son el resultado de decisiones analíticas cuya justificación se encuentra más en el conocimiento cualitativo que tiene del campo estudiado que en una sólida construcción teórica de las categorías actitudinales empleadas. También el resto de datos cuantitativos del proyecto SENECA y del estudio RN4CAST que hemos empleados están mediados por la forma en la que dichas investigaciones han construido sus preguntas. Toda técnica de investigación que trata de condensar realidades sociales, y en concreto actitudes u opiniones sobre un entorno laboral y profesional, a través de lo respondido en un cuestionario ha de aceptar que la información obtenida es más una construcción intelectual de la realidad propiciada por la propia técnica que una foto que pudiera reflejar de forma no mediada

la realidad social estudiada. No obstante, al haber recurrido a estadísticas que han cuantificado algunas dimensiones vinculadas con cómo perciben las enfermeras sus condiciones de trabajo y su profesión, hemos podido constatar que muchos de los malestares advertidos por la vía de las entrevistas en profundidad mantenidas directamente con enfermeras son también apreciables en los resultados de las tres encuestas que hemos utilizado para cerrar el capítulo. No en vano, si nos servimos de las etiquetas propuestas por Hernández Yáñez en el Gráfico número 8, cabe concluir que el nihilismo o la frustración con su propia profesión afectan nada menos que al 32% de las enfermeras en España.

## **6. LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA.**

Empezábamos esta segunda parte de la tesis analizando, en el tercer capítulo, cómo la creación del título de DUE en 1977 supuso un punto de inflexión en lo que respecta al desarrollo formativo de la enfermería española. La adquisición del estatus universitario y la creciente participación de las enfermeras como docentes en su propia titulación (con el consiguiente desplazamiento del protagonismo médico) se vieron acompañadas, a lo largo de los años posteriores, de la elaboración retrospectiva de la figura del ATS como una *contraimagen* de aquello de lo que la profesión ha tratado de distanciarse, esto es, de una enfermería definida unilateralmente como actividad auxiliar de la medicina. En esta toma de distancia, la labor de la enfermería docente resultó especialmente significativa en la construcción del *imaginario necesario* del cuidado y en la socialización de las nuevas generaciones de estudiantes en torno a dicho referente profesional.

Este sexto capítulo, con el que cerramos una segunda parte que hemos dedicado a observar desde diferentes ángulos la evolución de la profesión enfermera en España durante las últimas cuatro décadas, también va a estar dedicado al análisis de algunos aspectos vinculados con su formación. Comenzaremos abordando cómo, al amparo del Espacio Europeo de Educación Superior, la enfermería española ha pasado de ser una diplomatura de tres años para convertirse en un grado de cuatro. A continuación, estudiaremos cómo, tras casi dos décadas en las que el papel jugado por las especialidades enfermeras ha sido muy marginal, desde 2005 éstas están viviendo un reimpulso no exento de dificultades. Finalmente, nos detendremos en ciertos movimientos que están aconteciendo en las fronteras competenciales de la profesión enfermera.

### **6.1. De Ayudantes Técnicos Sanitarios a Graduados en Enfermería en el Espacio Europeo de Educación Superior.**

#### ***El tortuoso camino hacia la licenciatura y el doctorado.***

Como señalábamos en el tercer capítulo, si durante la década de 1980 las diferentes socializaciones de las enfermeras formadas como ATS y como DUE generaron tensiones entre unas y otras, en el plano administrativo éstas se afrontaron a través del *RD 111/1980*, que homologó ambas titulaciones a efectos laborales, profesionales y nominativos. Por su parte, en 1981 la Universidad Nacional de

Educación a Distancia ofertó el primero de los cursos de “nivelación de conocimientos” (una oferta que se repetirá a lo largo de los años), a través de los cuales los ATS pudieron convalidar su título con el de DUE. Se posibilitaba así que ambas figuras quedaran equiparadas en su reconocimiento académico y en lo relativo a sus salarios y funciones, lo que supuso un aumento retributivo generalizado para los ATS que convalidaron su título [Rey, 2016].

Ya desde la misma creación del título de DUE y a lo largo de toda la década de 1980, tanto desde los órganos colegiales como desde las Escuelas de Enfermería algunas voces manifestaron su voluntad de que la diplomatura de tres años constituyera sólo un paso intermedio que en el futuro habría de ser complementado con un segundo ciclo universitario o sustituido por una licenciatura. La diplomatura, al no igualar el tiempo de formación de las enfermeras con el de otros profesionales de la salud, seguía situando a la enfermería en el segundo escalafón de la jerarquía de las profesiones sanitarias. En lo que a la vida laboral de los docentes se refiere, la *Ley de Reforma Universitaria* de 1983 situó el techo académico de los DUE en la figura de Profesor Titular de Escuela Universitaria. Por su parte, para acceder al doctorado era preciso cursar un segundo ciclo u otra licenciatura ajenos a la profesión, resultando por tanto imposible obtener el título de Doctor en Enfermería.

No es, sin embargo, hasta mediados de la década de 1990 cuando empiezan a intensificarse las presiones hacia las autoridades gubernamentales y a desplegarse estrategias colectivas desde distintos sectores de la profesión para ampliar los estudios enfermeros más allá del primer ciclo universitario [Zabalegui y Maciá, 2010]. Así, en 1996 el CGE lanza la campaña *Para todos*, en la que propone transformar la diplomatura en una licenciatura y que, una vez que ésta entre en funcionamiento, se establezca una vía para alcanzar la homologación entre diplomados y licenciados. Esta propuesta es rechazada por la Asociación Española de Enfermería Docente, argumentando que el SNS no iba a poder sostener el incremento salarial que hubiera supuesto transformar a todos los DUE en licenciados, lo que, en opinión de los miembros de esta asociación, llevaría a aumentar la contratación de auxiliares en perjuicio del empleo enfermero. En 1999, el CGE se apoya en la fórmula del título propio y en sus vínculos con la privada Universidad Católica San Antonio de Murcia para poner en marcha una triple titulación, cursada bajo una misma matrícula, que incluía la oficial Licenciatura en Antropología Social y Cultural, el título eclesiástico Licenciatus Curis Infirmorum y el Título Superior de Enfermería como título propio de

segundo ciclo. La vía del título propio había empezado a utilizarse también un año antes por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alicante. En 2001, la primera promoción del Título Superior de Enfermería por dicha universidad funda la Sociedad Científica Española de Licenciados en Enfermería, que liderará la articulación de una red interuniversitaria de aquellas Escuelas que también irán poniendo en funcionamiento sus títulos propios. A esta red, de la que queda fuera el proyecto impulsado por el CGE, se sumarán seis universidades públicas (las de Huelva, Almería, Lleida y Zaragoza, la Rovira i Virgili y la Autónoma de Madrid) y una privada (la Universidad Internacional de Cataluña). Con la firma de un convenio con el Centro de Enseñanza Superior holandés *Hogeschool Zeeland*, en el año 2000 esta red interuniversitaria abre la vía para obtener, junto al título propio y tras la realización de unos complementos formativos, el título de *Bachelor of Nursing* por la institución holandesa, equivalente a la española licenciatura. Una vía que, además, posibilitaba acceder desde España a los programas de doctorado como titulados extranjeros y doctorarse en Enfermería.

Este programa de doble titulación en las universidades mencionadas estuvo vigente desde el año 2000 hasta 2005, cuando pasó a ser un máster oficial de postgrado al amparo de la legislación universitaria surgida como consecuencia de la *Declaración de Bolonia* de 1999 y la consiguiente creación del Espacio Europeo de Educación Superior (en adelante EEES). De esta forma, si en los últimos años del siglo XX y los primeros del XXI es a través de la iniciativa de unas pocas Escuelas de Enfermería, que emprendieron el tortuoso camino de los títulos propios y los convenios con una universidad europea, como algunas enfermeras formadas en España empiezan a licenciarse y doctorarse en su propia disciplina, será también de Europa desde donde llegarán los cambios que transformarán el título de DUE en un Grado en Enfermería, esta vez por la vía de la armonización de los sistemas universitarios auspiciada por el EEES.

El EEES ha eliminado la distinción entre licenciaturas y diplomaturas, instaurado en su lugar una estructura de estudios universitarios que incluye grado y postgrado, componiéndose este último de máster y doctorado. También ha establecido una unidad de medida común a través del *European Credit Transfer System* (en adelante ECTS). Dentro de unos márgenes, los Estados tienen la potestad para adaptar el tiempo de duración de los grados y los postgrados a sus propias particularidades. De hecho, una vez implantado el popularmente conocido como *Plan Bolonia*, dentro del EEES la

formación enfermera sigue manteniendo su heterogeneidad: hay Grados en Enfermería de 180, 210 y 240 créditos; algunos países han empleado el máster como vía de especialización laboral y otros lo han enfocado hacia el área de la investigación; cada Estado ha establecido su propia fórmula para vincular (o no) los distintos niveles académicos con puestos diferenciados en el ámbito asistencial, etc. [Kolehmainen-Aitken, 2010]. De este modo, el *Plan Bolonia*, más que homogeneizar a escala europea los estudios de enfermería y los vínculos entre niveles académicos y puestos asistenciales, ha desarrollado una fórmula que favorece la comparabilidad de las titulaciones impartidas en cada uno de los países, creando así un contexto académico más compatible con la movilidad laboral de los titulados universitarios entre los diferentes Estados que componen el EEES.

En el caso de la enfermería española, el proceso de adaptación de sus estudios al EEES se apoyó, a título consultivo, en un proyecto interuniversitario consensuado por la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería y refrendado por el CGE. Sus resultados se materializaron en 2004 con la publicación del *Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería* [Bernués y Peya, 2004]. Coordinado por las Universidades de Zaragoza y Barcelona, fue elaborado y aprobado por 41 universidades (el 82% de las que en aquel año se impartía el título de DUE), a las que, tras su aprobación, se sumaron otras 6. Ante la disyuntiva de cuántos cursos académicos dedicar al grado y cuántos al máster, las propuestas del *Libro Blanco* señalaban lo siguiente:

«Si los objetivos formativos de primer nivel tienen, con carácter general, una orientación profesional, es decir, proporcionan una formación universitaria en la que se integren armónicamente las competencias transversales (genéricas) relacionadas con la formación integral de las personas y las competencias específicas que posibiliten una orientación profesional que permita a los titulados una integración en el mercado de trabajo (tal y como recoge la Directiva Comunitaria) como enfermero responsable de cuidados generales necesita para adquirir esas competencias un elevado número de horas de prácticas clínicas que permitan esa incorporación al mundo laboral. Por ello se sugiere, en principio, la opción de 240 créditos (6.000 horas-7.200 horas). [...] No obstante, tampoco se puede obviar que en el campo profesional de enfermería existen las especialidades, que de alguna forma deben encajar en el diseño curricular de la disciplina enfermera y puesto que el actual decreto de postgrado entre las posibilidades que contempla se encuentra la de formación profesional avanzada, se podría contemplar

la opción de 180 créditos para el grado (4.500 horas-5.400 horas) y 120 para el postgrado» [ibíd.: 119]

El dilema planteado en 2004 en el *Libro Blanco* evidencia las dudas que existían dentro de la profesión ante la idoneidad de mantener una formación de tres años o ampliarla a cuatro, teniendo en cuenta que en ese mismo momento también se estaba diseñando una nueva regulación sobre las especialidades enfermeras, a la que nos referiremos más adelante. Un año antes la *LOPS* había ratificado que los títulos de Enfermero Especialista, al igual que en el resto de profesiones sanitarias, quedarían al margen de la especialización académica ofertada por los másteres, manteniéndose la vía del contrato formativo en régimen laboral como Enfermero Interno Residente (en adelante EIR). Pese a estas dudas, la formación de GUE se adecuó a la fórmula, generalizada para casi la totalidad de los estudios universitarios españoles, de 240 créditos ECTS repartidos en cuatro cursos académicos. Se satisfacía así el antiguo objetivo de ciertos segmentos de la profesión, básicamente del ámbito docente, consistente en equiparar académicamente a la enfermería con el resto de titulaciones universitarias. Una equiparación que, no obstante, no se ha producido con todas ellas, y en especial con la carrera de Medicina, cuya formación se ha establecido en 360 créditos ECTS repartidos en seis cursos académicos.

### ***La homologación de diplomados y graduados y el polémico #DUEnoesGRADO.***

Las universidades españolas pusieron en funcionamiento sus títulos de GUE entre los cursos 2008-2009 y 2010-2011. Al amparo de las recomendaciones emitidas por la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería, diferentes universidades implantaron también cursos de convalidación del título de DUE con el de GUE. Estos cursos adoptaron una gran variabilidad en cuanto a sus costes, el número de créditos a cursar y el reconocimiento de la experiencia profesional y la formación continuada [Garcimartín, 2013]. Por su parte, en 2010 el CGE impulsó su propio curso de adaptación al grado a través del *Proyecto Grada2*, que incluía también la acreditación para la que, en aquel momento, se pensaba como inminente habilitación de la prescripción enfermera sobre determinados fármacos. Este último proyecto tuvo escasa acogida, y cuatro años después el CGE se alineó con las posiciones del SATSE, que apostaba por una homologación automática entre los DUE y los GUE. Estos eran los argumentos defendidos en febrero de 2014 por el CGE en una circular enviada a todos los Colegios Provinciales de Enfermería:

«Los Decanos y Directores de las Facultades y Escuelas de Enfermería manifiestan públicamente que las competencias profesionales de los Diplomados en Enfermería son las mismas que las que obtienen los nuevos Graduados en Enfermería [...]. ¿Por qué entonces organizan en sus escuelas y facultades un curso de adaptación del anterior título al nuevo cobrando de 420 € a 6.576 € con unamedia de 2.532 €? ¿Qué finalidad esconde, por tanto, este curso? Por otro lado, la Conferencia mantiene en su Declaración de Madrid: ‘Se exigirá estar en posesión del título de Grado para poder acceder al subgrupo A1 de la clasificación profesional del personal funcionario de carrera’. No se entiende –ni puede admitirse– que, siendo la misma profesión con las mismas competencias según [...] la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería, ésta impulse la fractura de la profesión enfermera, cercenando los derechos de los Diplomados en Enfermería, y condenándolos sin remisión al Grupo A2 de la referida clasificación profesional. Mientras los Diplomados en Enfermería se verían abocados al Grupo A2, conforme a esta postura de la Conferencia, los Graduados en Enfermería accederían al Grupo A1. [...] ¿En qué quedamos, somos iguales o somos distintos? Si como afirma la Conferencia, somos iguales, ¿por qué nos humillan de esta forma obligándonos a ir a sus aulas a realizar un nuevo curso de nivelación y además pagándolo de forma brutal? [...] Ya hace 35 años cuando apareció la nueva figura de Diplomado en Enfermería, la gran mayoría de ¿NUESTRAS ESCUELAS? intentaron la división de la profesión en dos categorías, los Diplomados, de primera, los ATS, de segunda. Afortunadamente nos opusimos radicalmente y hoy todos somos Diplomados Universitarios. ¿Qué se intenta ahora? Lo mismo que entonces, dos castas, los Diplomados y los Graduados. [...] Este Consejo General junto al Sindicato de Enfermería SATSE nos hemos dirigido a las más altas autoridades del Ministerio de Educación [...] pidiendo una solución urgente y satisfactoria para el conjunto de la profesión. La semana próxima seremos recibidos conjuntamente por dichas autoridades del Ministerio de Educación y les expondremos con absoluta claridad y rotundidad la posición conjunta que mantenemos SATSE y Consejo en calidad de Mesa de la Profesión Enfermera, y que no es otra que la siguiente: NO A LA FRACTURA DE LA PROFESIÓN ENFERMERA, Y POR TANTO, RECONOCIMIENTO AUTOMÁTICO DEL TÍTULO DE GRADUADO EN ENFERMERÍA A TODOS LOS DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA, SIN CURSO DE ADAPTACIÓN Y SIN COSTE ECONÓMICO» [Fuente: Circular 10/2014 del CGE, de 13 de febrero de 2014, dirigida a todos los Presidentes de Colegios Oficiales de Enfermería].

En la cita precedente se hace referencia a cómo la adaptación de la formación universitaria española a los parámetros del EEES ha afectado a la clasificación profesional de los empleados públicos. La *Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público* modificó los cuerpos y escalas existentes, indicando también la titulación exigida para acceder a los mismos<sup>84</sup>. Para el nivel más alto o Grupo A, se señala que es preciso poseer un título de Grado. Este Grupo A se ha dividido en los Subgrupos A1 y A2, a los que se accede en función del nivel de responsabilidad de las tareas a desempeñar y de las características de las pruebas de acceso. En cuanto a la vinculación de las nuevas categorías con las existentes anteriormente, se establece que el grupo B de diplomados (en el que se encontraban las enfermeras) equivale al Subgrupo A2, al que también se adscriben las nuevas enfermeras graduadas. De este modo, aunque enfermeras diplomadas y graduadas se mantienen en el mismo nivel A2, queda abierta una puerta para que, atendiendo a las responsabilidades y tareas desempeñadas y en función de futuros desarrollos normativos, algunas enfermeras graduadas pudieran acceder al Subgrupo A1 de la clasificación profesional del personal funcionario de carrera.

De esta forma, si bien potencialmente el paso de DUE a GUE podría suponer una elevación de la categoría profesional de algunas enfermeras empleadas en la sanidad pública, por el momento para el conjunto de la profesión este tránsito no ha implicado más que un cambio nominal que no supone directamente ninguna variación retributiva o funcional. Además, en un contexto de fuerte crisis económica y de recortes en el gasto público, tampoco resulta previsible que a corto plazo los diferentes Servicios de Salud Autonómicos opten por modificar el nivel en el que están clasificadas las enfermeras, con el consiguiente aumento de costes que esto supondría. Pese a ello, cuando, pocos días después de haber enviado la circular a la que antes nos hemos referido, el CGE y el SATSE anunciaron que su apuesta por una homologación automática de todos los títulos de DUE con el de GUE sería la opción avalada por el Ministerio de Educación<sup>85</sup>, se desencadenó una virulenta polémica en el seno de la profesión.

---

<sup>84</sup> La *Ley 7/2007 del Estatuto Básico del Empleado Público* ha quedado derogada por el *RD 5/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público*. Los cambios que esta nueva normativa ha introducido no han afectado a la ubicación de las enfermeras en la clasificación profesional de los empleados públicos que aquí estamos comentando.

<sup>85</sup> La medida quedó legislada meses después en el *RD 967/2014*, dentro de una regulación general sobre la convalidación, declaración de equivalencia y homologación de las diferentes titulaciones universitarias.

Casi de forma inmediata al anuncio del SATSE y el CGE, apareció en Twitter el *hashtag* #DUEnoesGRADO. Quienes, a través de dicho *hashtag*, manifestaban su contrariedad con la decisión adoptada, lo hicieron en base a distintos argumentos. Hubo quienes señalaron que, tras el largo camino recorrido por la profesión hasta obtener una titulación superior a la diplomatura, una homologación generalizada supondría una desvalorización del título de GUE. Por su parte, aquellas enfermeras que habían cursado la convalidación mostraron su descontento con que el tiempo y el dinero dedicado hubiera resultado un gasto innecesario. Finalmente, algunos estudiantes o recién graduados expresaron su malestar porque su año adicional de formación no obtuviera reconocimiento ni distinción alguna. Estas quejas recibieron un ingente volumen de respuestas reprobando la actitud de los graduados. De hecho, frente al *hashtag* #DUEnoesGRADO apareció el de #yosoyenfermera, en el que se enfatizaba que, por encima de las trayectorias académicas diferentes de diplomados y graduados, la profesión para la que ambas titulaciones habilita iba a seguir siendo una misma enfermería. Así se argumentaba esta postura desde el blog *Plan EIR*:

«Soy consciente de que GUE se estudia en un año más de carrera universitaria, supone la elaboración de un Trabajo Fin de Grado (TFG) y la superación de un nivel de inglés B1. Los requisitos para obtener el título que capacita para el ejercicio de la Enfermería en España han cambiado y si ahora alguien quiere formarse como enfermera en España, esas son las condiciones. No hay nada más que añadir a esto. Puedo entender hasta cierto punto que los graduados estén molestos, pero me gustaría que reflexionaran sobre cuantos enfermeros teniendo el título de ‘diplomado’ han cursado más créditos que ellos y tienen mayor nivel de inglés e incluso trabajos de investigación publicados, pero en su título sigue apareciendo el nombre de ‘diplomado’. Entiendo también a los diplomados que han realizado los cursos de adaptación a grado, ya que les ha supuesto un desembolso económico y de tiempo que ahora se ve innecesario. [...] Solamente quiero plantear que las disciplinas tienen que avanzar, siendo el principal requisito para lograr ese avance el respeto a dicha disciplina por encima de las denominaciones que aparezcan en los títulos que habilitan para el ejercicio de la misma. Creo que no estamos respetando la disciplina cuando entre nosotros nos lanzamos estos dardos, porque desafortunadamente nuestra disciplina está muy ‘tocada’ por la situación actual y lo que necesita es unión. [...] Espero que una vez vista la noticia de la convalidación con perspectiva, dejando a un lado el plano emocional de los que se sientan resentidos con la medida, seamos capaces de vernos todos como Enfermeros y Enfermeras. Nuestra lucha no tiene que estar entre nosotros, sino hacia lo que nosotros queramos llegar.

Cuanto más discutamos entre nosotros, más nos alejaremos del verdadero problema que afecta actualmente a la Enfermería. Y desafortunadamente, la Enfermería desunida siempre será vencida» [Rincón, 2014]

Sin embargo, la polémica desatada en las redes sociales a raíz del *hashtag* #DUEnoesGRADO parece expresar, precisamente, que esa anhelada unidad no es actualmente el principal rasgo característico de la profesión enfermera en España. Ya hemos señalado cómo, en torno al proceso de homologación al Grado, las posiciones de las élites colegiales, académicas y sindicales han mantenido posiciones no convergentes e incluso enfrentadas. Aparte de esta desunión entre los diferentes espacios de representación de la profesión, la polémica alrededor de #DUEnoesGRADO ha sintetizado de forma muy explícita una importante segmentación existente entre las bases profesionales y, más específicamente, la frustrante experiencia de transición desde la universidad hacia el empleo vivida por las enfermeras que se han ido incorporando al mercado de trabajo durante los últimos años. Cuando se apela a que *«las disciplinas tienen que avanzar, siendo el principal requisito para lograr ese avance el respeto a dicha disciplina por encima de las denominaciones que aparezcan en los títulos que habilitan para el ejercicio de la misma»*, se está esquivando la evidencia de que, dentro de la profesión, la situación de las enfermeras no es en absoluto homogénea. Una falta de homogeneidad que, en lo que respecta a la brecha generacional, resulta especialmente evidente. Recordemos algunos de los datos que vimos en el capítulo 4 sobre las características del empleo en la enfermería española del año 2014: el 37% de las enfermeras menores de 35 años estaban desempleadas; la duración media de las situaciones de desempleo era de 7,9 meses; el 82% de las desempleadas llevaba un año en situación de desempleo; entre las desempleadas que al menos una vez en su vida habían estado ocupadas como enfermeras, el 60% del tiempo de su biografía laboral en el que hubieran podido ejercer como enfermera lo habían pasado en paro u ocupadas en otras actividades; para las enfermeras que habían estado desempleadas en algún momento del año, el 43% de sus contratos tuvo una duración inferior a 15 días y el 59% inferior a un mes; etc.

Cuando en 1953 se creó el título de ATS, el sector sanitario español se encontraba en plena expansión. Como señalaba una de las enfermeras perteneciente a las primeras generaciones que se formaron como ATS, *«una vez superada cierta perplejidad por el nombre que se nos impuso [...], lo aceptamos sin más disquisiciones en tanto que*

*confirmaba de algún modo nuestra proyección a más altos destinos».* La creación del título de DUE en 1977 supuso importantes cambios en la profesión que se vieron acompañados de unas condiciones de empleo muy favorables. Si hasta 1992 resultaba habitual acceder rápidamente a una plaza en propiedad en el SNS exclusivamente acumulando méritos a través de la experiencia laboral, desde entonces las condiciones del empleo y de trabajo enfermero han vivido un ininterrumpido proceso de degradación. Así, cuando en la segunda década del siglo XXI se han empezado a titular las primeras enfermeras graduadas, el panorama es bien diferente al que se enfrentaron las primeras enfermeras formadas como ATS o como DUE. No porque la disciplina esté necesariamente en un momento de estancamiento: de hecho, el paso de DUE a GUE, así como el acceso al máster y después al doctorado, representan vías de desarrollo profesional desde hace mucho tiempo buscadas y luchadas por algunos segmentos de la profesión. Sin embargo, estas vías, hasta hace poco limitadas, no están viéndose acompañadas de una mejora en las condiciones de vida y de trabajo del conjunto de las enfermeras y, especialmente, en las de sus generaciones más jóvenes. Pues para éstas, los potenciales avances que para profesión enfermera pueda tener el título de GUE en absoluto parecen vaticinar en un futuro próximo una *«proyección a más altos destinos»* para ellas mismas como enfermeras.

## **6.2. Las especialidades enfermeras.**

### ***La (casi) obligada especialización médica.***

Tras el episodio de la muerte de Ryan al que nos hemos referido en el anterior capítulo, una médica de emergencias expresaba lo siguiente en una carta al director del periódico *El País*:

«Imagino que esa chica ha muerto como enfermera, pues va a ser incapaz de volver a poner una vía en su vida del trauma que ha sufrido. Pero ¿quién tiene la culpa en este juego de muñecas rusas? ¿La más grande, es decir, el Gobierno, que se niega a formar personal especialista? ¿La mediana, que sería la Consejería de Sanidad, permisible en contratos basura de personal dudosamente cualificado? ¿O la más pequeña, que sería su gerente? ¿O acaso la supervisora? Al final, la cabeza de turco es una enfermera anónima cuya responsabilidad la supera. ¿Cuántos Ryan tienen que salir a la luz para que se tome en serio el Gobierno la formación especialista del personal sanitario?» [Fuente: periódico *El País*, 16-07-2009].

Referencias, como la anterior, «*a la formación especialista del personal sanitario*» en genérico reclaman, no obstante, algunas matizaciones, al menos si atendemos al diferente papel que han ocupado en España las especialidades de médicos y enfermeras.

En el caso de la profesión médica, como consecuencia de la adaptación de la legislación española a una normativa europea de 1993, todos los médicos titulados después de 1995 han de haber cursado una especialidad para poder ejercer en la sanidad pública. Anteriormente se permitía trabajar como médico generalista, básicamente en el primer nivel asistencial, sin necesidad de haber obtenido la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. Este cambio legislativo provocó las intensas movilizaciones de mediados de la década de 1990 que, bajo el lema  $\delta=0$ , trataron de impedir el recorte del campo de empleabilidad que la medida instituyó sobre los médicos que no cursen una especialidad.

Pese a estas protestas, desde entonces y salvo en los escasos puestos de trabajo de la sanidad privada o de las Fuerzas Armadas que no demandan médicos especialistas, para ejercer la medicina asistencial en España, a los seis años de formación inicial es preciso sumar, según la especialidad, otros cuatro o cinco de especialización. Esa especialización se desarrolla, desde 1978, a través de un contrato laboral en régimen formativo bajo la fórmula de Médico Interno Residente (en adelante MIR). El acceso a una plaza de MIR se realiza por la vía de un concurso oposición que se convoca anualmente. En el curso 2015-2016 se ofertaron plazas para las 54 especialidades médicas reconocidas en España, de las cuales sólo 18 son comunes a todos los países de la UE.

La especialización médica en España se caracteriza, por tanto, por contar con una ingente cantidad de especialidades y porque el título de Médico Especialista es un requisito prácticamente ineludible para poder trabajar en el ámbito asistencial. De hecho, en lo que a la sanidad pública se refiere, la especialización es una condición imprescindible para ejercer como médico en toda la UE. Si estos rasgos característicos de la estructura de las especialidades médicas llevan asociados los beneficios que reporta el dominio en profundidad de una determinada materia, sus críticos suelen destacar, en su contra, potenciales carencias asistenciales asociadas a una atención parcelada de las patologías, así como la falta de flexibilidad que, al segmentarlo, generan las especialidades sobre el mercado de trabajo médico:

«La especialización de los médicos [...] ha derivado en una compartimentalización de los conocimientos y habilidades que a la postre genera tanto una gran inflexibilidad en la capacidad de atención a los pacientes, como inflexibilidad en el mercado laboral (tanto en el ámbito de la oferta como de la demanda) y pérdida de la concepción integral de los problemas de salud que, en ocasiones, suponen un deterioro de la calidad de una atención, que precisa de un enfoque global de la situación de salud y por lo tanto de las necesidades de atención de las personas en su conjunto, y no parceladas por órganos y/o patologías» [Fernández Ruiz, 2008: 84-85]

### ***De las especialidades de los ATS al frustrado decreto de 1987.***

En el caso de la profesión enfermera, en cambio, tanto el pasado como el presente de sus especialidades ofrecen un panorama bien diferente al de las especialidades médicas. Cabe hablar de reconocimiento oficial de la formación especializada en la enfermería española desde 1957. Justo cuatro años después de que se unificaran bajo una misma titulación de ATS los estudios de Enfermera, Practicante y Matrona, esta última reaparece como especialidad bajo la denominación de Asistencia Obstétrica (Matronas). Ese mismo año se crea también la especialidad de Fisioterapia, a la que le seguirán las de Radiología y Electrología (instaurada en 1961), Podología (1962), Pediatría y Puericultura (1964), Neurología (1970), Psiquiatría (1970), Análisis Clínicos (1971) y Urología y Nefrología (1975).

Con la creación del título de DUE en 1977, se autorizó que los diplomados pudieran seguir cursando las especialidades ya existentes hasta que se desarrollara una nueva regulación adaptada a la recién instaurada titulación. Ésta llegaría justo diez años después con el *RD 992/1987*, en el que se diseñaron siete especialidades. Tres de ellas (Enfermería Pediátrica, Enfermería Obstétrica Ginecológica [Matrona] y Enfermería de Salud Mental) mantenían una clara continuidad con tres de las existentes anteriormente (Pediatría y Puericultura, Asistencia Obstétrica y Psiquiatría, respectivamente). La de Enfermería de Cuidados Especiales agrupó, en lo que al reconocimiento de las equivalencias se refiere, a cuatro de las anteriores: Radiología y Electrología, Neurología, Análisis Clínicos y Urología y Nefrología. Se diseñaron, finalmente, tres nuevas especialidades: Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería Geriátrica y Gerencia y Administración de Enfermería. Por su parte, las antiguas especialidades de Fisioterapia y Podología emprendieron su propio desarrollo profesional autónomo: la primera se convirtió en una diplomatura universitaria en 1980 y la segunda lo hizo en 1988.

Con la aprobación del *RD 992/1987* dejaron de impartirse todas las especialidades que se habían creado durante la etapa de los ATS, pero las nuevas quedaron pendientes de un desarrollo posterior que tardó en llegar y que, además, sólo lo hizo para las especialidades de Matrona y de Salud Mental. De hecho, hubo que esperar a que el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas condenara a España por no contar con una formación específica de matrona para que esa especialidad volviera a ponerse en funcionamiento en 1994. La normativa europea obligaba a que el puesto de trabajo de matrona fuera cubierto por personal específicamente formado a tal efecto, pudiendo ser dicha formación bien una especialidad enfermera, bien un título independiente. Esta última opción, con cierta implantación en los países de nuestro entorno [López Sáez y Bucand, 2004], ha sido una alternativa barajada recurrentemente entre las matronas españolas. Así comentaba esta alternativa una de ellas dos años después de que, como veremos a continuación, en 2005 viera la luz una nueva regulación sobre especialidades enfermeras que ha sustituido a la de 1987:

“Ahora parece que va en serio lo de las especialidades, pero ya veremos, que en esta santa profesión pasan tantas cosas que tienen tan poca explicación que vete tú a saber. [...] Igual pasa como en los 80, que mucho bombo con las nuevas especialidades y luego, ¿qué paso? Pues nada de nada, un montón de años con la formación de matrona parada. [...] Y al menos matrona arrancó, que del resto [de especialidades] ni hablamos. Allí se quedaron sobre el papel cogiendo telarañas. [...] Y mira [la especialidad de] Salud Mental: te formas y luego para nada, porque no crean puesto de especialista. Y vas y tienes enfermeras generalistas trabajando en unidades de Salud Mental y a enfermeras especialistas [en Salud Mental] trabajando en cualquier servicio, ¿tú a eso le ves algún sentido? [...] Entre las matronas lo de ser una carrera autónoma siempre lo hemos tenido como una alternativa. Se hace en otros países y a las matronas se las respeta más. [...] Porque aquí para lo que quieren somos especialistas, pero también para lo que quieren nos tratan como una enfermera más, que creo que son entre 50 y 60 euros lo que cobramos más que ellas. [...] A mí me disgusta cuando sé que algunas enfermeras dicen que [las matronas] somos unas peseteras. Bueno, peseteras ya no, pero ya entiendes... Yo creo que es normal que quieras que tu trabajo se te reconozca, y si eres especialista, eres especialista. Que no es despreciar a nadie, es reconocer que las matronas somos otra cosa. [...] Por ejemplo, yo digo que no somos enfermeras porque no trabajamos con enfermos. Una mujer que viene a dar a luz no está enferma. [...] Si ves cómo les ha ido a los fisio[terapeutas] o a los podólogos, pues claro que te planteas que podría que a nosotras nos fuera mejor por nuestra cuenta. [...] Hasta ahora nos diferenciábamos porque nosotras [las matronas] éramos por lo menos especialistas, pero ahora que lo van a ser también muchas más enfermeras, ¿nos compensa seguir juntas? Yo de verdad que no lo tengo claro, pero podría ser mejor, sus ventajas tiene, te lo aseguro” [Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona) del servicio de Ginecología y

Obstetricia de un hospital público de Castilla y León. 45 años. Contrato estatutario fijo (plaza en propiedad). Formada como DUE].

La cita precedente ya adelanta el muy limitado recorrido que tuvo el decreto de especialidades de 1987. Tras siete años sin impartirse ningún tipo de formación conducente a la obtención del título de Enfermero Especialista, en 1994 se reanudó la especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Lo hizo adoptando una fórmula similar a la de los MIR, es decir, implantando un concurso oposición que da acceso a un contrato laboral formativo en régimen de EIR. En 1998 empezó a emplearse la misma fórmula para la especialidad de Salud Mental. Sin embargo, a diferencia de las matronas, esta titulación no pasó a ser un requisito para trabajar en los servicios que se le asocian, al no crearse su correspondiente categoría profesional vinculada al puesto de trabajo. De este modo, mientras estuvo vigente el *RD 992/1987*, no se generaron puestos de trabajo específicos para los que fuera preciso contar con la especialidad de Salud Mental. De las otras cinco especialidades diseñadas en 1987, ni siquiera llegaron a aprobarse sus programas formativos.

### ***El lento reimpulso a las especialidades enfermeras desde el RD 450/2005.***

Tras dieciocho años en vigor y con un desarrollo muy limitado, el *RD 992/1987* quedó derogado con la aprobación en 2005 del *RD 450/2005 sobre especialidades de Enfermería*<sup>86</sup>. En esta normativa han desaparecido dos de las siete especialidades previstas en 1987 (Enfermería de Cuidados Especiales y Gerencia y Administración de Enfermería) y se han mantenido las otras cinco: Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Pediátrica, Enfermería Geriátrica y Enfermería de Salud Comunitaria, que ha pasado a denominarse Enfermería Familiar y Comunitaria. Se han incluido, además, otras dos especialidades que no existían en la anterior normativa: Enfermería del Trabajo y Enfermería de Cuidados Médico Quirúrgicos.

La vía ordinaria para acceder al título de Enfermero Especialista establecida, acorde con lo dispuesto en 2003 en la *LOPS*, es el concurso oposición que da acceso a un contrato formativo de EIR. En todas las especialidades que ya están en

---

<sup>86</sup> Las citas literales al *RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería* aparecerán referidas en el texto como [BOE: 2005]. Dicha normativa ha sido sustituida nueve años después por el *RD 639/2014*, que ha incorporado criterios en la troncalidad de las especialidades de las profesiones vinculadas a las ciencias de la salud, pero que no ha modificado la estructura y las características básicas de las especialidades enfermeras reguladas en 2005 que aquí estamos abordando.

funcionamiento, la formación de los EIR es de dos años. El decreto ha habilitado igualmente una vía extraordinaria para que, durante un periodo determinado ligado al momento en el que se aprobaran los programas formativos de cada una de las especialidades, también pudiera obtenerse el título de Enfermero Especialista superando una prueba objetiva y acreditando un determinado tiempo de ejercicio profesional en las actividades propias de la especialidad. No obstante, el decreto de especialidades también indicaba lo siguiente:

«La obtención del título de Enfermero Especialista por profesionales que presten o pasen a prestar servicios en centros y servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud no implicará el acceso automático a la categoría y plazas de especialistas concordantes, ni el derecho a la adquisición de la condición de personal fijo o temporal en categorías ya existentes o de nueva creación dentro del servicio de salud de que se trate. Dicho acceso se deberá producir a través de los sistemas de selección y provisión de plazas establecidos en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, o norma que resulte aplicable. Tampoco supondrá el derecho al desempeño automático de las funciones correspondientes a dicha categoría ni al percibo de diferencia retributiva alguna» [BOE, 2005: 15.483-15.484]

De esta forma, la propia ley dejaba claro que la puesta en marcha de las formaciones conducentes a la obtención de los títulos de Enfermero Especialista no se traduciría de forma automática en la creación de puestos de trabajo de enfermeras especialistas. De ahí que en 2009, justo el año en el que se convocaron las primeras plazas de EIR diferentes a las de Matrona y Salud Mental, las propias enfermeras mostraran sus cautelas. Así lo hicieron en la *Revista de Administración Sanitaria*:

«Sin ánimos agoreros, pero sí muy realistas, es necesario recordar que desde 1998 se están invirtiendo recursos económicos públicos en la formación de enfermeras especialistas en salud mental, más de 900 formadas hasta la fecha, y a día de hoy son una minoría las Comunidades Autónomas que lo rentabilizan creando puestos de trabajo específicos y haciendo que las enfermeras especialistas en salud mental que se han formado ofrezcan a la población lo que han aprendido. Es una realidad intolerable y vergonzosa que los responsables sanitarios han mantenido y siguen manteniendo, y que los usuarios de los servicios de salud mental no se merecen. Debe ser corregida de inmediato y no puede repetirse con el resto de las especialidades» [Oltra, 2009: 302]

A tenor del estado en el que se encuentran las especialidades enfermeras en 2016, la advertencia precedente parece no haber pecado de falta de realismo. De las siete especialidades diseñadas en 2005, la de Enfermería de Cuidados Médico Quirúrgicos ni siquiera tiene aprobado su programa formativo. La formación vía EIR de las otras seis, en cambio, lleva ya algunos años en funcionamiento: Matrona y Enfermería de Salud Mental no han interrumpido la convocatoria de plazas desde la década de 1990, Enfermería del Trabajo empezó a hacerlo el curso 2009-2010 y Enfermería Geriátrica, Enfermería Pediátrica y Enfermería Familiar y Comunitaria se le sumaron en el 2010-2011. Sin embargo, la creación de la categoría profesional de enfermera especialista y su vinculación al puesto de trabajo, en lo que a la sanidad pública se refiere, depende de cada una de los Servicios de Salud Autonómicos y, a este respecto, su desarrollo no sólo se prevé lento sino que, hasta el momento, ha sido muy desigual. Así, en abril de 2014 la Dirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad propuso un cronograma con los siguientes plazos máximos para que todos los Servicios de Salud Autonómicos tuvieran creadas las categorías profesionales de las distintas especialidades: Enfermera de Salud Mental y Enfermera del Trabajo en 2016; Enfermera Geriátrica en 2018; Enfermera Pediátrica en 2019, Enfermera Familiar y Comunitaria en 2021 y Enfermera de Cuidados Médico Quirúrgicos en 2024.

Por el momento, con excepción de las matronas, la especialidad con una mayor implantación ha sido la de Salud Mental, pero ni siquiera en este caso se han cumplido las expectativas del Ministerio: en 2016 sólo nueve de los diecisiete Servicios de Salud Autonómicos han creado su correspondiente categoría profesional<sup>87</sup>. Habrá que esperar a sus respectivos plazos para comprobar si en el resto de especialidades se satisfacen las expectativas del Ministerio de Sanidad o, como ha sucedido hasta el momento, la creación de plazas de enfermera especialista mantiene su ritmo parsimonioso. En cualquier caso, el dato objetivo es que más de diez años después de la entrada en vigor del *RD 450/2005*, la única especialidad con vinculación a su puesto de trabajo y plenamente implantada en todo el territorio nacional sigue siendo la de Matrona. Una especialidad cuyo desarrollo, como hemos visto, está asociado al mandato imperativo de una directiva comunitaria europea.

---

<sup>87</sup> En mayo de 2016, plazo previsto por el Ministerio de Sanidad para que la categoría de Enfermero Especialista en Salud Mental estuviera creada en todo el territorio nacional, los Servicios de Salud Autonómicos en los que se ha creado la categoría son los de País Vasco, Galicia, Cantabria, Murcia, Valencia, Aragón, Canarias, Extremadura e Islas Baleares.

### ***El retraso en la especialidad de Enfermería de Cuidados Médico Quirúrgicos.***

Según Hernández Yáñez, la comparación de la regulación de las especialidades de 1987 y la de 2005 muestra un sustancial cambio de modelo:

«La regulación de 1987 asumía claramente la necesidad y existencia de la enfermera de cuidados generales y también la necesidad de enfermeras especializadas en áreas muy concretas y bien delimitadas del trabajo profesional. Un porcentaje indeterminado de enfermeras se especializarían en las diferentes áreas, pero la mayor parte de las enfermeras de base hospitalaria que no trabajaran en las áreas maternoinfantil, psiquiátrica y sociosanitaria, así como casi todas las del primer nivel en puestos asistenciales, permanecerían como enfermeras de cuidados generales. [...] Sin embargo, la regulación de 2005 asume una filosofía totalmente contraria y claramente inspirada en las troncalidades de las especialidades médicas. Evidentemente no se trata de exigir una especialidad para entrar en el mercado laboral, como sucede con la profesión médica dentro de la Unión Europea, pero sí de desarrollar un catálogo de especialidades que pudiera acoger potencialmente a todas las enfermeras, sea cual sea su nivel asistencial, su área de desempeño asistencial o su puesto de trabajo» [Hernández Yáñez, 2010: 57]

La clave de este potencial desarrollo generalizado de los puestos de enfermera especialista al amparo de la regulación de 2005 se encuentra en la especialidad de Cuidados Médico Quirúrgicos. A diferencia de las otras seis especialidades, que cuentan con un nicho laboral bastante claramente delimitado, dada la indefinición de la denominación Enfermería de Cuidados Médico Quirúrgicos, esta especialidad «podría acoger a todas las enfermeras de asistencia especializada que trabajen fuera de las otras áreas de especialización contempladas específicamente en el decreto» [ibíd.].

Un área de especialización tan amplia reclamaría subdividirse en áreas de capacitación específica más concretas, tal como prevé la propia *LOPS*. De hecho, en el proceso de negociación que antecedió al *RD 450/2005*, desde la Federación de Sociedades Científicas de Enfermería llegaron a proponerse 24 áreas de capacitación diferentes dentro de una especialidad cuya denominación original era la de Enfermería Clínica Avanzada<sup>88</sup> [Curto, 2004]. Según el director de la revista *Enfermería*

---

<sup>88</sup> Las áreas de capacitación propuestas fueron: Análisis clínicos; Anestesia, reanimación y terapia del dolor; Cardiovascular; Cirugía vascular; Cuidados a grandes quemados; Cuidados a lesionados medulares; Cuidados intensivos; Cuidados paliativos; Deporte; Digestiva; Educación para la salud; Endocrinología; Holística y naturista; Nefrología; Neurología; Oncología; Otorrinolaringología y terapia cérvico-facial; Pediatría (antes de que esta área de capacitación fuera propuesta como una especialidad en

*Nefrológica*, abordar un catálogo potencialmente tan amplio de áreas de capacitación implicaría reconocer que:

«La atención especializada absorbe cerca del 70% del empleo de enfermería en el Sistema Nacional de Salud español, y por tanto transformar un sistema de enfermeras generalistas (“enfermeras para todo”) en un sistema de enfermeras especialistas acarrearía todo un cambio de cultura profesional que supondría además de reconocimiento retributivo, estatus y un planteamiento bastante más complejo para los responsables de la gestión de recursos humanos de los hospitales, consejerías de salud, etc.» [Crespo, 2013: 5-6]

Nada más entrar en vigor del *RD 450/2005*, el discurso hegemónico entre «*los responsables de la gestión de recursos humanos, consejerías de salud, etc.*» se expresaba en *Gaceta Sanitaria*, la revista de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, de la siguiente forma:

«Recientemente se aprobó la puesta en marcha de las nuevas especialidades de enfermería. [...] Este tipo de medidas se justifican cuando los costes de la segmentación y de la rigidez laboral se compensan con los beneficios de un trabajo más cualificado. [...] Nos preguntamos si las especialidades de enfermería tienen más de satisfacción de necesidades de calidad asistencial, o de satisfacción y mejora de expectativas profesionales. Sin duda, tendrá un coste para el sistema. [...] En este sentido, manifestamos preocupación por las especialidades de enfermería, es un nuevo factor de riesgo de agravamiento de las rigideces y restricciones del mercado de trabajo y potencial fuente de ineficiencias» [González López y Barber, 2006: 107-109].

La creación de puestos de trabajo de enfermera especialista supone, necesariamente, generar ciertos límites en la utilización de la fuerza de trabajo enfermera. Como hemos visto en los capítulos precedentes, en los centros sanitarios este colectivo se está empleando como factor productivo altamente flexible, esto es, exigiéndoles ser «*enfermeras para todo*». Esta flexibilidad se expresa en las altas tasas de eventualidad de su empleo y en la importante rotación entre puestos de trabajo que hemos analizado en anteriores capítulos. En esta forma de emplear a las enfermeras radica, probablemente, la lenta reaparición que están teniendo las especialidades enfermeras desde que se aprobó el *RD 450/2005* y, en especial, que la de Cuidados

---

sí misma, tal como recogió finalmente el *RD 450/2005*); Perfusionista; Quirúrgica, Radiología, Traumatología y ortopedia; Urgencias y emergencias y Urología.

Médico Quirúrgicos ni siquiera tenga aprobado su plan de formación más de una década después de que dicha normativa entrara en vigor.

### **6.3. Algunas fronteras competenciales puestas en cuestión.**

En la última década, las especialidades y la prescripción enfermera han entrado a formar parte del debate en torno a la denominada enfermería de práctica avanzada. Según el Consejo Internacional de Enfermería:

«La enfermera de práctica avanzada es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimiento de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen dadas por el contexto ó el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de nivel medio universitario» [Consejo Internacional de Enfermería, en Carrera y Lázaro, 2011].

La etiqueta de enfermería de práctica avanzada se ha aplicado a desarrollos profesionales diferentes, cuyo nexo común es que reclaman formación y experiencia superiores a las de las enfermeras generalistas, al tiempo que suponen una forma híbrida entre las tradicionales atribuciones médicas y enfermeras [Alarcón, 2011; Hernández Yáñez, 2011; Appleby y Camacho-Bejarano, 2014; Rey, 2016]. Su figura paradigmática es la *nurse practitioner*, que tiene su origen en Estados Unidos durante la década de 1960. Ante una escasez de médicos en zonas rurales, donde a estos no les resultaba económicamente atractivo asentarse, algunas enfermeras experimentadas empezaron a asumir funciones tradicionalmente médicas [Pearson y Peels, 2002].

Se ha señalado que «la idea de que en España existe una figura a la que se la puede considerar como enfermera de práctica avanzada [...] no es compartida por todos» [Carrera y Lázaro, 2011]. Sin embargo, como hemos visto, algunos de los desarrollos recientes muestran que las fronteras competenciales de las enfermeras se encuentran en un período de reformulación que, si atendemos a los argumentos Marina Geli cuando era Consejera de Sanidad de la Generalitat de Cataluña, apuntarían a un futuro en el que, probablemente, se intensifique la reordenación de sus funciones asistenciales:

«Hemos tomado la decisión de dar el Grado y las Especialidades a las enfermeras, pero ¿para qué?, ¿para que sigan haciendo lo mismo o para que adquieran nuevas competencias? Eso vale mucho dinero» [Geli, en Arroyo, 2009: 276].

### ***La prescripción enfermera.***

Durante la última década, la frontera competencial que ha ocupado uno de los principales puntos de fricción entre enfermeras y médicos ha sido la facultad de estas últimas para prescribir fármacos. Este debate apareció con fuerza en la sanidad española en 2005, cuando se anunció una nueva legislación sobre los medicamentos. El año siguiente, con la intención de presionar a quienes debían redactar y aprobar la futura ley, el CGE [2006] realizó una encuesta con la que demostró que en la práctica diaria de la enfermería española había 170 procesos cotidianos en los que se prescribían más de 200 fármacos. Sin embargo, en la *Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y los productos sanitarios* no se abordó esta cuestión. Hubo que esperar tres años más para que en la *Ley 28/2009*, que modifica la norma de 2006, la prescripción enfermera fuera objeto de regulación.

La *Ley 28/2009* sumó a los podólogos al restringido colectivo de profesionales habilitados para recetar autónomamente fármacos de uso humano sujetos a prescripción médica, en el que hasta entonces sólo se encontraban médicos y odontólogos. En el caso de las enfermeras, la ley afirmó su competencia para indicar, usar y autorizar la dispensación de productos sanitarios y de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica. En cuanto a estos últimos, la norma instó al Gobierno a establecer una fórmula de acreditación para que las enfermeras pudieran prescribir algunos de ellos, aplicando para ello protocolos acordados entre las organizaciones colegiales de médicos y enfermeras.

Desde que se aprobó la *Ley 28/2009* hasta que la prescripción enfermera se ha desarrollado en el *RD 954/2015 por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros* han pasado seis años<sup>89</sup>. Justo en medio de este periodo, en septiembre de 2012, la prensa recogió una noticia cuya repercusión resulta ilustrativa de los términos en los que se ha estado dirimiendo esta materia. El Hospital San Juan de Alicante había expedientado a una enfermera por haber suministrado paracetamol intravenoso a un paciente y suero salino con cloruro potásico a otro sin que ambos procedimientos estuvieran previamente prescritos por su médico. Pese a que el médico del servicio ratificó posteriormente dichas pautas y ninguno de los pacientes sufrió daño alguno, el

---

<sup>89</sup> La Junta de Andalucía no esperó a que se regulara a escala nacional lo legislado en la *Ley 28/2009*. En el mismo año 2009 elaboró su propio *Decreto 307/2009* aplicable a la prestación farmacéutica de las enfermeras empleadas en el Servicio Andaluz de Salud o en sus centros concertados.

Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana ratificó como falta grave la actuación de la enfermera, ya que como profesional de la enfermería no estaba habilitada para pautar autónomamente una medicación. La enfermera fue sancionada con dos años de inhabilitación y, para justificar la sentencia, el Tribunal se apoyó en el *Estatuto del personal Auxiliar sanitario titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social* de 1973. Esta norma califica a la enfermera como auxiliar del médico y señala que su función es cumplir las instrucciones que, verbalmente o por escrito, recibe de este último.

La noticia generó una ola de indignación entre las enfermeras. En primer lugar, por la fuerte sanción aplicada sobre una práctica habitual en el día a día de los servicios sanitarios. En segundo lugar, porque en la sentencia se apelaba a una norma de 1973 que había quedado derogada en 2003 por el *Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud*. Finalmente, porque en materia de prescripción farmacológica, pese al tiempo transcurrido, la legislación apenas había modificado la posición que las enfermeras tenían en 1973. Así se manifestaron al respecto desde el blog enfermero *La Comisión Gestora*:

«Aunque desconocemos los porqués que provocaron la apertura del expediente, todo nos hace pensar en una maniobra de la dirección de su hospital buscando sancionar a una “oveja descarriada”, más sabiendo que no ha habido denuncia ni por usuarios ni por facultativos. Sin embargo, esta desagradable situación, que inicialmente era algo local, puede crear un conflicto interprofesional enorme teniendo en cuenta lo desmesurado y anacrónico de la sentencia, máxime si lo denunciado es que administró un antitérmico a un paciente con fiebre sin la preceptiva orden médica. Todos sabemos cómo funciona la sanidad y cómo, en multitud de ocasiones, los enfermeros tenemos que actuar adelantándonos a los acontecimientos, para evitar complicaciones, y administrar tratamientos que no serán prescritos inmediatamente. Diría sin temor a equivocarme, que más del 95% de los profesionales enfermeros en el ejercicio de su profesión han suministrado tratamientos sin ninguna prescripción, y que nunca han llegado a ser prescritos, aun con la consabida orden verbal y la supuesta orden escrita posterior. Conociendo esta realidad y juzgados con la Ley del 73, todos estos enfermeros estaríamos inhabilitados. Y me pregunto yo quién sería entonces el que soportaría a los pacientes desorientados (sin haloperidol pautado), febriles (sin paracetamol pautado), con dolor (sin ninguna analgesia prescrita), insomnes (y así un interminable etc.), pacientes con requerimientos cada 15 minutos, y que el especialista de guardia no quiere ni siquiera saber de ellos, y al que cuando le preguntas, te contesta “el paciente no es

mío, que lo vea su médico mañana...” y que como mucho al principio del turno te hace el comentario “...esta noche ya sabes, manga ancha...”. Hay que poner los pies en el suelo y asumir la realidad sanitaria de hoy en día, y esa es que la enfermería decide, asume responsabilidades, lo hace con conocimiento de causa, analizando el diagnóstico y el tratamiento prescrito (hecho por el médico), y administra aún sin prescripción previa algunos fármacos como parte de los cuidados enfermeros, con los suficientes conocimientos, y lo hace por el paciente, por su bien, para evitar sufrimientos y esperas innecesarias, porque es la enfermería la que está junto al paciente y no el prescriptor de turno» [Carrión y Núñez, 2012].

Este blog fue uno de los impulsores de una jornada de protesta bautizada como *The Cofia Day*. La protesta consistió en vestirse con una cofia como las que antiguamente usaban las enfermeras y llevar a cabo una huelga de celo, exigiendo que los médicos explicitasen verbalmente o por escrito cualquier tratamiento que tuvieran que administrar las enfermeras. Se buscaba, de esta forma, evidenciar que, en las cuatro décadas que habían pasado desde 1973, la legislación no se había adecuando a una enfermería cuyo papel en los centros sanitarios, desde el punto de vista de quienes impulsaron la protesta, se ha visto tan sustancialmente modificado que resulta completamente inoperativo impedirle pautar ciertos fármacos que emplea cotidianamente.

Cuando finalmente en 2015 el RD 450/2015 ha desarrollado la Ley 28/2009 y ha regulado la prescripción enfermera, la situación se ha visto sólo en parte modificada. Así, las enfermeras han quedado habilitadas para indicar, usar y autorizar autónomamente la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica. En cuanto a aquellos medicamentos que sí la precisan, se mantiene como requisito indispensable que las enfermeras sean previamente acreditadas por el Ministerio de Sanidad, pese a que en los planes de estudio de los GUE y antes de los DUE las asignaturas sobre farmacología han estado presentes desde hace años. El segundo requisito para que las enfermeras puedan pautar fármacos sujetos a prescripción médica es que, en el marco de la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS, representantes de los médicos y las enfermeras elaboren, para cada una de las intervenciones, los correspondientes protocolos y guías clínicas. Se ha abierto así una vía para que en todo el territorio nacional las enfermeras queden habilitadas para usar y pautar autónomamente ciertos medicamentos sujetos a prescripción médica. Sin embargo, a tenor del entramado de pasos previstos por la propia ley para elaborar los

protocolos correspondientes, con toda seguridad el proceso no va a ser inmediato. De hecho, desde la enfermería ya se ha señalado que «lo cierto es que los requisitos para acreditar y validar una guía clínica son tan extenuantes que suponen de facto un obstáculo insalvable para que realmente una enfermera pueda indicar medicamentos sujetos a prescripción médica» [Antequera, 2015].

### ***Una ampliación de competencias negociada localmente al amparo de la LOPS.***

Como ya hemos analizado en el cuarto capítulo, en el competitivo ecosistema de las profesiones sanitarias españolas, cada colectivo profesional suele mantener una férrea defensa del catálogo competencial que históricamente ha estado bajo su responsabilidad. Es por ello por lo que, probablemente, si las transformaciones del campo formativo de las enfermeras se traducen en cambios en su práctica asistencial, este proceso se vea atravesado (como, de hecho, ya está sucediendo) por conflictos interprofesionales a la hora de redefinir los mapas competenciales de las distintas profesiones implicadas en el sector de la salud.

También en el cuarto capítulo analizamos cómo la *LOPS* establece que «*en esta ley no se ha pretendido determinar las competencias de unas y otras profesiones de una forma cerrada y concreta sino que establece las bases para que se produzcan estos pactos entre profesiones*». Cuando se observa la práctica enfermera desde una escala local, puede apreciarse que los pactos entre profesiones que trastocan algunas de las funciones desempeñadas por cada una de ellas, si bien no cabe calificarlos como habituales, tampoco puede señalarse que sean algo insólito. De hecho, así lo comprobábamos en el capítulo anterior cuando atendimos a cómo las enfermeras de un hospital de Castilla y León se hicieron cargo del triaje en el servicio de Urgencias. Veamos ahora el proceso de negociación acontecido en un hospital madrileño cuando las matronas propusieron asumir la función de dar el alta hospitalaria a las mujeres atendidas por ellas

“La planta está cubierta 24 horas por enfermeras y auxiliares y nosotras [las matronas] pasamos a ver a las mujeres a las que les hemos atendido un parto nosotras. Es decir, partos normales los atendemos nosotras y las vamos a ver hasta que se van de alta. Tuvimos la iniciativa de dar el alta a estas mujeres, porque vienen de parto, las ingresamos nosotras, llevamos nosotras la dilatación, hacemos nosotras el parto, hacemos la primera valoración del puerperio. [...] Una vez que dan a luz, las dos primeras horas de puerperio están en el paritorio con nosotras y luego ya pasan a planta. Nuestra iniciativa fue pasar a ver a estas mujeres todos los días y darles nosotras el alta, puesto que todo el proceso inicial lo llevábamos nosotras. No veían un médico, no veían

un especialista, un ginecólogo. Y nos parecía absurdo que en el último momento tuviera que llegar un ginecólogo a darle un papel. [...] Nosotras teníamos miedo a la resistencia que nos pudiéramos encontrar por parte de los médicos, pues porque de alguna manera estábamos asumiendo una competencia que hasta ese momento la habían estado haciendo ellos. No sabíamos si jurídicamente la podíamos asumir, pero el gabinete jurídico del hospital nos dijo que era nuestra competencia. Desde el momento en que nosotras la asumíamos nadie delegaba ninguna función en nosotras, sino que la estábamos asumiendo nosotras. [...] Dijeron que teníamos vía libre. Y nos daba miedo tanto la respuesta por parte de los médicos, a no querer ceder ese espacio, y también nos daba miedo la respuesta de algunas compañeras nuestras, matronas, a no querer asumir esas competencias, o esa responsabilidad, que durante mucho tiempo no hemos estado haciendo. Y nos encontramos con que quien nos frenó los pies fue enfermería, enfermería de planta. [...] Enfermeras generalistas, pues porque decían que nosotras allí no pintábamos nada. Consideraban que nosotras estábamos haciendo lo que ellas ya hacían. [...] Estas enfermeras, y consiguientemente las auxiliares que trabajan 24 horas con ellas, se negaron a que nosotras pasáramos por planta. Y lo que alegaban es que para eso ya pasaba el ginecólogo y que para lo demás estaban ellas. Y bueno, ante este posicionamiento el jefe de servicio se echó atrás. [...] Los lazos que unían a la enfermería de planta y los médicos tenían un trato bastante más estrecho con ellos del que curiosamente pudiéramos tener nosotras. [...] Por la relación que ellas tenían con ellos, enfermería de planta con ginecología, pues ellas se quejaron y el jefe de servicio se echó para atrás y esta iniciativa pues se ha quedado un poco boicoteada. [...] Ha quedado boicoteado pero nosotras seguimos yendo a la planta, que esto es algo que no hacíamos antes. Vamos a la planta a ver a las mujeres a las que les hemos atendido el parto. Bueno, antes lo hacíamos de una forma un poco así más por iniciativa propia y ahora está bastante más sistematizado: todos los días, todas las mañanas pasa una matrona por la planta. Otra cosa es que nuestro informe tenga validez, pero pasamos y no queremos dejar de pasar. O sea, no hemos conseguido todo lo que queríamos, pero hemos conseguido parte, con mucho malestar y con mucha pelea. Y lo de la lucha y el cansancio y el malestar y la pelea, de alguna manera tanto roce con unos, con otros, como que te expone a ir a trabajar de una forma un poco insegura. No sé, tú vas allí a trabajar y no sabes lo que te va a tocar. Y hay situaciones que te hacen sentir miedo, como situaciones de una mujer que esté... grave. En el embarazo y en el parto se desarrollan una serie de patologías que son relativamente graves y hay situaciones que te hacen pasar miedo. Y no es lo mismo vivir estas situaciones en un equipo con el que te sientes unida, reconfortada, que sabes que todos responden a un equipo que sabes que cada uno va a responder... O sea, yo en ningún momento pongo en juicio la profesionalidad de cada uno de nosotros, pero vas de otra manera” [Enfermera Especialista en Enfermería Obstétrica Ginecológica (Matrona) del servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital público de gestión privada de la Comunidad de Madrid. 40 años. Contrato estatutario de interinidad. Formada como DUE].

En España, las matronas son las enfermeras especialistas con una trayectoria más asentada. Como hemos visto, dentro del colectivo existe incluso cierta identidad

profesional que toma distancia con la enfermería generalista. En la cita anterior se aprecia cómo esta segmentación dentro de la profesión puede expresarse en los procesos de reorganización asistencial, provocando que sean las propias enfermeras generalistas las que limiten las aspiraciones de sus compañeras especialistas.

Como hemos visto, en la profesión enfermera en España, la figura de la enfermera especialista está viviendo una lenta reaparición. Pese a las dudas que su todavía incompleto proceso de implantación plantea, el camino ya recorrido desde la aprobación del *RD 450/2005* parece indicar que su destino, seguramente no exento de dificultades, será diferente al del frustrado decreto de 1987. Si esto es así, no es en absoluto descartable que, en los procesos de redefinición de los mapas competenciales que probablemente se produzcan, a los conflictos interprofesionales se le sumen tensiones en el interior de la profesión.

## **A MODO DE CONCLUSIÓN: RECAPITULACIÓN Y CONSIDERACIONES FINALES.**

En la primera parte de esta tesis propusimos una interpretación de la sociología de las profesiones en la que éstas habían sido recurrentemente estudiadas en contraposición con los asalariados ordinarios, con los que mantendrían unas *sutiles pero vitales* diferencias. Esas *sutiles pero vitales* diferencias se mostraban particularmente esquivas, pero parecían orbitar en torno a una *tríada virtuosa* definida como una forma especialmente armónica de vincular un colectivo profesional con sus actividades y con el servicio prestado.

La unidad de ese vínculo es precisamente en lo que se apoyan los diferentes colectivos ocupacionales cuando reivindican ser pagados como profesionales que, por medio de su trabajo, desempeñan servicios que cumplen una importante función social. Se trata, sin embargo, de una reivindicación que ha de ser constantemente reactualizada, pues esa pretendida unidad se ve periódicamente amenazada por la competencia entre profesiones, por las alteraciones que se suceden en las formas de organizar y desempeñar las tareas productivas, por los cambios en los servicios ofertados desde los centros productivos, etc. Era desde esta perspectiva desde donde propusimos que las formas coyunturales que adopta la articulación entre los *profesionales*, sus *trabajos* y sus *servicios*, más que el punto de partida de la investigación, habría de tomarse como el objeto a investigar.

En nuestro caso, hemos abordado esta cuestión a través de una aproximación a la profesión enfermera en España. Una profesión que ha estado tradicionalmente atravesada por su posición de figura auxiliar de la autoridad médica, así como por las jerarquías de género sobre las que esa relación se ha construido. Así, todavía en 1975 se publicaban textos formativos en los que se indicaba a las enfermeras que «*por lo que respecta al ATS es claro que el médico es el superior, y al que hay que obedecer por motivos naturales y sobrenaturales*». En el contexto de la creación del título de DUE en 1977 y las intensas transformaciones acontecidas en los servicios de salud españoles durante la década de 1980, empezando por la extensión de la cobertura sanitaria pública, la enfermería trató de sortear esta forma de delimitar su posición en la división del trabajo sanitario construyendo una separación conceptual entre los términos *curar* y *cuidar* y autodefiniéndose como la *profesión del cuidado*.

Hemos interpretado esta separación conceptual recurriendo al concepto de *imaginario necesario* de Acker. En el contexto estudiado, lo determinante para la profesión enfermera habría sido dotarse simbólicamente de un área competencial definida como propia para, desde la relativa indeterminación del contenido de sus cuidados, desarrollar estrategias que incidieran en su desarrollo y reconocimiento profesional. Sin embargo, como consecuencia no buscada durante el proceso, la asociación de la enfermería con un referente de sentido fuertemente vinculado a actividades domésticas tradicionalmente ejecutadas por mujeres contribuyó a reafirmar una intensa identidad de género en la imagen de la profesión. Algo que probablemente explique que, a día de hoy, siga pudiéndose observar cómo, incluso dentro de la profesión, la enfermería es representada más como una forma de actuar con voluntad, tesón y entregada abnegación que como una actividad profesional con un alto grado de complejidad y capacitación técnica. Así parece desprenderse de lo afirmado por un enfermero en uno de los muchos textos que, durante la última década, han abordado la prescripción enfermera:

«Prescribir resulta bastante fácil, sólo requiere saber mucha Medicina; sin embargo, la formación en Enfermería, así como la acción misma de CUIDAR, son sin duda de una complejidad y dificultad mucho mayor» [Martínez Riera, 2008].

El debate en torno a la prescripción enfermera expresa, sin embargo, que la posición de la enfermería y sus cuidados en el ecosistema de las profesiones sanitarias se ha visto ampliamente trastocada desde que durante la década de 1980 las élites de la profesión orientaron su desarrollo desde postulados como el de que *«la atención de enfermería debe dirigirse a cuidar y no a curar al individuo»*. En aquellos años el énfasis en delimitar los términos *cuidar* y *curar* como mutuamente excluyentes resulta interpretable desde la pretensión de transformar unas relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras marcadas por planteamientos como el de que *«el médico prescribe, dirige el plan; el ATS ejecuta lo mandado»*, mientras que a día de hoy la prescripción enfermera manifiesta la apuesta de una profesión que ha ido consolidando su autonomía técnica y científica. De hecho, así quedó refrendado legalmente en 2003 cuando la *LOPS* incluyó a la enfermería en el grupo de las *profesiones sanitarias*, correspondiéndole *«la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades»*.

Observados no desde la contraposición entre el *cuidar* y el *curar* sino en tanto que actividades productivas bajo la responsabilidad enfermera, los cuidados de enfermería distan a menudo de la imagen holística que frecuentemente proyectan algunos discursos elaborados por la profesión. Una distancia que, según Allen, podría estar dificultando que las propias enfermeras encuentren el lenguaje desde el que dar cuenta de la realidad efectiva de sus cuidados y de las condiciones en las que han de llevarlos a cabo:

«Parte del problema deriva claramente de la falta de congruencia entre el trabajo de enfermera en la vida real y la misión ocupacional de la profesión, con su énfasis en las relaciones terapéuticas emocionalmente íntimas con los pacientes. No es sólo que produzca unas expectativas exageradas con respecto a lo que deben hacer, sino que también impide a las enfermeras hacerse con una base de conocimientos y un lenguaje con el que expresar lo que realmente hacen» [Allen, 2004: 279].

Ese «*énfasis en las relaciones terapéuticas emocionalmente íntimas con los pacientes*», que Hernández Yáñez califica como el *alma mística* de la enfermería española, no parece haber contribuido a que la enfermería se desprenda de la fuerte sombra que la profesión médica sigue proyectando sobre el resto de profesiones sanitarias. Así lo vimos cuando analizamos el tratamiento informativo de la superación del caso de ébola por la auxiliar de enfermería infectada en España en octubre de 2014: las únicas caras visibles del equipo multidisciplinar que había atendido a Teresa Romero fueron las de los médicos. Contrastamos entonces dos formas diferentes de afrontar esta invisibilidad por parte de la profesión. Con la campaña *Mírame, diferénciate* vimos cómo la enfermería situaba en el centro de los focos la necesidad de humanizar la asistencia sanitaria. Un humanismo que, sin embargo, se le presupone a la enfermería, lo que contribuye a mantener en un segundo plano la dimensión científico-técnica de su actividad. Por su parte, con la campaña *Enfermería Visible* observamos cómo la profesión expresaba su malestar por la asociación exclusiva de la profesión médica con el campo de la curación, reclamando el reconocimiento del papel de una enfermería que, por medio de su labor asistencial como profesión del cuidado, cuida y, a través de sus cuidados, también cura.

La dimensión científico-técnica de la labor enfermera ha sido analizada cuando hemos prestado atención a cómo los cuidados de enfermería se han ido construyendo a partir de diversos modelos y teorías importados de otros países, pero también por medio

de prácticas de investigación e innovación asistencial desarrolladas por la enfermería española. Ésta ha adaptado e incorporado así a sus prácticas las diversas metodologías desde las que la profesión desarrolla y socializa, con la participación de enfermeras de todo el mundo, sus conocimientos y procedimientos. De este modo, la actividad enfermera moldeada bajo la forma de ciencia (piénsese por ejemplo en el protagonismo actual de la denominada enfermería basada en la evidencia) resulta traducible al lenguaje de los resultados en salud, quedando así equiparada al del resto de procesos asistenciales ejecutados por otros profesionales.

Esta forma de producir el saber enfermero no sólo ha ido edificando un cuerpo doctrinal de conocimientos, sino que también ha posibilitado que la actividad enfermera adquiera un alto grado de formalización que permite su protocolización. Al analizar el trabajo enfermero desde el punto de vista de las dinámicas organizacionales en las que se inserta, hemos observado cómo desde la década de 1990 vienen acentuándose los procesos de racionalización y estandarización de la actividad sanitaria. Esto obliga a dejar de considerar las relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras como el eje principal en la delimitación del trabajo de estas últimas. De hecho, la práctica médica actual es tan dependiente de las actuaciones y competencias de otros profesionales de la salud como éstos lo son de las suyas, ya que debe integrarse en una organización del trabajo que cada vez depende menos de su participación autónoma, pues sus actuaciones se ven también sometidas al dictado de la programación, la estandarización y la evaluación. De este modo, a través de la normalización en el campo de la actividad sanitaria, los profesionales demandados por las organizaciones que prestan servicios de salud se alejan de la figura del profesional sublime para aproximarse a la del trabajador taylorizado.

Esta dinámica no implica que el proceso esté operando con la misma intensidad, al mismo ritmo ni de forma homogénea en todos los puntos del ecosistema profesional sanitario. Así, en las organizaciones sanitarias las enfermeras están siendo empleadas como factor de producción particularmente flexible. La intensificación de su trabajo fruto de los ajustes en las plantillas, la rotación entre unidades y el escaso peso y desarrollo que han tenido las especialidades enfermeras dan muestra de ello. De este modo, las cadencias de trabajo se han acelerado, inducidas por la puesta en marcha de tratamientos que buscan disminuir el tiempo de estancia de los pacientes en los hospitales, al tiempo que se han multiplicado las referencias a normas en torno a la

calidad de los servicios, la informatización de la información sanitaria y la gestión de las unidades.

Estas transformaciones han sido algunas de las respuestas organizacionales que, desde la década de 1990 y con el aumento de los costes sanitario, se han desarrollado a través de las nuevas formas de gestión pública. Con ellas se han generalizado los mecanismos de control de gastos, orientando los servicios sanitarios hacia los procedimientos con mejores indicadores en la relación coste-eficiencia, al tiempo que se desarrollaban distintas fórmulas de gestión privada de la sanidad pública que han situado al sector sanitario como un espacio especialmente favorable para la obtención de beneficios empresariales privados.

Hasta esa década de 1990, en España la enfermería ha sido una profesión especialmente atractiva por requerir una formación relativamente corta y dar acceso a un empleo con mucha estabilidad. Y si bien es cierto que siempre ha habido un nivel de desempleo estacional, ligado a los propios picos de contratación en las épocas de vacaciones y por la intensificación de las enfermedades invernales, la empleabilidad de las nuevas enfermeras egresadas era hasta entonces bastante alta y, además, transcurrido un tiempo relativamente corto solían acceder a un puesto de trabajo estatutario estable. Con la generalización de las nuevas formas de gestión pública, las políticas de constricción del gasto sanitario y la reciente crisis económica, la situación a día de hoy es bien distinta. Así, a diferencia de muchos países de nuestro entorno, caracterizados por una recurrente escasez de enfermeras en su mercado de trabajo, uno de los principales rasgos del caso español son las notables cifras de desempleo enfermero, que se conjugan con una tendencial eventualidad del empleo existente. Esto está provocando que la vida laboral de las generaciones más jóvenes esté marcada por intermitentes periodos de paro y ocupación.

Además, como hemos podido observar a través de los estudios de caso de la unidad de hospitalización cardiaca y el servicio de urgencias, en la realidad sanitaria actual un número creciente de ocupaciones sanitarias ha visto ampliadas el tipo y el número de tareas que potencialmente puede realizar. Estos procesos resultan entendibles atendiendo, por un lado, al aumento en el nivel formativo que han vivido durante los últimos años todas las categorías laborales que trabajan en el mundo de la salud y, por otro, a la creciente estandarización del trabajo sanitario (favorecida por la utilización de herramientas informáticas que permiten una codificación creciente de los procedimientos a seguir). Fruto de todo ello aumentan las combinaciones posibles entre

categorías profesionales y puestos de trabajo o funciones, propiciando igualmente conflictos interprofesionales y dentro de las propias profesiones por delimitar el campo competencial que corresponde a cada una de ellas.

Estos conflictos se encuadran en un marco legislativo que parte de la consustancial variabilidad de las actividades sanitarias y de la imposibilidad de fijar estrictamente los colectivos encargados de llevar a cabo unas u otras funciones. Como vimos, la *LOPS* no determina las competencias concretas que le son propias a cada una de las profesiones sanitarias, sino que se limita a establecer las bases para que se produzcan pactos interprofesionales que puedan resolver eventuales conflictos. Señala, igualmente, que el equipo es la unidad básica de trabajo y que ésta se organiza de forma uni o multiprofesional y jerarquizada, siendo posible la delegación de funciones. La continuidad de los servicios sanitarios sin que éstos caigan en un estancamiento improductivo sólo es posible si se dota de cierta flexibilidad a las formas de llevar a cabo las tareas (lo que permite transformarlas e innovar otras nuevas) y si se articula algún tipo de maleabilidad en la organización del trabajo de los profesionales que se encargan de unas u otras funciones. Situaciones que son fuente de desacuerdos, confluencias y tensiones que se manifiestan en diferentes planos del mundo sanitario. La propia naturaleza variable del trabajo sanitario genera que los espacios de tensión, acuerdo y desacuerdo de las enfermeras se multipliquen, no sólo con los médicos, sino también con otras categorías con las que comparten trabajo, como las auxiliares de enfermería o los técnicos sanitarios, e incluso entre las propias enfermeras.

Desde el punto de vista de la gestión, el ahorro de las competencias costosas habría de constituir el eje de las dinámicas de recomposición de la articulación entre los distintos colectivos de profesionales y las funciones productivas. Las palabras de un director de servicios de enfermería belga expresan con nitidez esta concepción gestora en su aplicación a la organización del trabajo sanitario:

«Debemos reflexionar en primer lugar en la ejecución de tareas al nivel más bajo posible. Todas las tareas que puedan ser ejecutadas por una limpiadora o por una asistente deben ser ejecutadas por ellas. Todas las tareas que puedan estar a cargo de un auxiliar de clínica, se las debemos encomendar. Y todas las tareas que pueda hacer una enfermera deben ser hechas por ella, y no por médicos, que son pagados mucho más caros» [Verwaest, 1993: 60].

Sin embargo, esta búsqueda de disminución de los costes sanitarios asociando cada función productiva a aquel colectivo de trabajadores que, contando con las competencias necesarias, esté ligado a un volumen salarial menor, no encuentra su materialización de forma automática en una realidad social en la que dichas asignaciones son el resultado de convenciones, regulaciones profesionales, evaluaciones, mediciones, experimentaciones, confrontaciones, luchas y acuerdos diversos. La preocupación por el ahorro en el gasto sanitario, el aumento del nivel formativo del conjunto de los trabajadores de la salud y la creciente protocolización de muchas tareas son factores que permiten explicar por qué hoy existe un importante cuestionamiento de los mapas competenciales tradicionales, pero el rumbo que tomen las transformaciones parece mantenerse abierto.

Por medio del análisis de los cuidados de enfermería atendiendo al trabajo asalariado que los conforma hemos podido constatar que, en el sector sanitario español, la asignación de unos u otros profesionales a unas u otras tareas está viviendo un proceso de reformulación, de tal forma que la frecuencia con la que dichas asignaciones son revisadas parece estar viéndose acelerada en los últimos años. Estas revisiones se están produciendo y experimentando desde espacios cada vez más amplios, variados y descentralizados, lo que está teniendo efectos ambivalentes. Por un lado, está permitiendo la aparición de novedosas formas en el ejercicio de la enfermería y de experimentación en prácticas enfermeras innovadoras, como hemos visto en el caso del triaje o al analizar la apuesta de las matronas por responsabilizarse del alta hospitalaria. Por otro, como este último caso también ponía de manifiesto, las tensiones dentro del propio colectivo enfermero están acompañando a las que se dan entre la enfermería y las profesiones con las que se relaciona.

Este proceso de reformulación de los mapas competenciales está teniendo consecuencias, sin duda, ambivalentes: al igual que en las marea blanca médicos, enfermeras y auxiliares han ido de la mano en defensa de unos intereses y valores comunes, las disputas por áreas de desarrollo profesional está generando tensiones, pero también acuerdos, como algunos de los que a día de hoy se están produciendo, dando pie a servicios sanitarios en los que la participación interprofesional y la hibridación competencial ya están haciéndose manifiestas. La viabilidad de unas u otras orientaciones vendrá en buena medida mediada por los costes, la productividad y los resultados en salud que demuestre cada servicio, así como los diferentes profesionales implicados. Como hemos visto, los procesos de trabajo, los profesionales y los

resultados en salud obtenidos son evaluados a partir de las múltiples mediciones que, de forma disputada, se producen cotidianamente en un sistema sanitario que tiende a invalidar todo acto clínico que no haya probado su eficacia. Comparando las distintas formas y los distintos tiempos implicados en la ejecución de unas funciones, la gestión establece, no sin discordias y luchas, los tiempos medios y los resultados que son exigidos al conjunto de la institución, a cada servicio y a cada trabajador, de tal forma que hoy en día los ritmos de trabajo tienden a intensificarse (lo que, en no pocas ocasiones, ha tenido repercusiones negativas sobre los procesos de trabajo y la salud de los pacientes).

Sometidos a la evaluación y a la medición de sus costes y sus resultados en salud e implementados en organizaciones con altos grados de intensificación del trabajo, en muchas ocasiones los cuidados de enfermería efectivamente desarrollados distan bastante del componente holístico y humanista que puede leerse en muchos manuales sobre modelos y procesos de atención de enfermería. Es más, el análisis de los cuidados de enfermería en España atendiendo empíricamente al trabajo asalariado desde el que se despliegan muestra un alto grado de protocolización. Esta situación es vivida por algunas enfermeras como frustrante, por otras con indiferencia y por otras como un acicate para introducir mayores dosis de proximidad en sus relaciones con los pacientes.

Desde estos posicionamientos variados, la enfermería evoluciona en paralelo a otras profesiones con las que establece, de forma ambivalente, relaciones conflictivas y de cooperación a la hora de delimitar sus competencias. Una evolución en la que el alto contenido técnico del trabajo enfermero impide identificar a esta profesión exclusivamente como la pata relacional de la sanidad (más allá de que otras ocupaciones, incluidas algunas voces en la profesión médica, también se estén presentando a sí mismas como cuidadoras), desdibujando las fronteras entre el curar y el cuidar que construyó la élite universitaria a finales de la década de 1970. Una distinción que, sin embargo, sigue operando en el contexto salarial en el que se desarrolla el trabajo enfermero, que siendo parte de un trabajo global en el que coparticipan múltiples profesiones y trabajadores, se ejecuta a través de las evaluaciones disputadas de sus empleabilidades diferenciales. Una realidad salarial en la que la competencia entre los trabajadores (y los grupos profesionales) por hacerse con puestos de trabajo escasos con los que obtener sus medios de vida explica, en gran medida, la persistencia de la distinción curar/cuidar, a partir de la cual se construyen referentes identitarios, desde los que se procura delimitar las funciones que corresponde ejecutar a cada colectivo y a

cada trabajador. Pues pese a que, como explica Hernández Yáñez, la asistencia sanitaria sólo es entendible en su globalidad, la realidad salarial desde la que se despliega no puede presentárnosla más que fragmentada:

«La enfermería es parte del equipo asistencial, no sólo como una de las patas diferenciadas de la camilla, sino de verdad: los cuidados de enfermería forman parte de la atención médica, de la misma manera que la atención médica es parte esencial de los cuidados de los pacientes. Sin olvidar otras importantes aportaciones profesionales, por supuesto» [Hernández Yáñez, 2014i].

Así, en los últimos años los procesos de delimitación de los mapas competenciales entre los profesionales de la sanidad española se han expresado con gran ambivalencia: la defensa de intereses y objetivos comunes manifestados a través de la marea blanca no ha impedido la virulencia interprofesional y dentro de las propias profesiones a la hora de delimitar funciones, responsabilidades y orientaciones en la política sanitaria. Los espacios de colaboración interprofesional y la hibridación de las profesiones son cada vez más una realidad que, no obstante, seguirá viéndose sometida a las violencias constitutivas de la asignación condicional y estructuralmente inestable entre puestos de trabajo y trabajadores desde la que se despliega, en nuestras sociedades salariales, el cuidado (y cualquier otro trabajo) profesionalizado.

## BIBLIOGRAFÍA.

- ABAD, E., GONZÁLEZ, E. y MORENO, T. (2014): “Del fomento de la investigación en cuidados a la implantación de resultados en la práctica clínica”. *Enfermería Neurológica*, 39 (2), pp. 2-4.
- ABBOTT, A. (1988): *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago y Londres: The University of Chicago Press.
- ABBOTT, A. (1991): “The order of professionalization. An empirical analysis”. *Work and occupations*, 18 (4), pp. 355-384.
- ABBOTT, A. (2003): “Écologies liées. À propos du système des professions”, en MENGER, P. M. (Dir.) (2003): *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*. París : Éditions de la Maison des Sciences de l’Homme, pp. 29-50.
- ACKER, F. (1991) : “La fonction infirmière. L’imaginaire nécessaire”. *Sciences Sociales en Santé*, 9 (2), pp. 123-143.
- ACKER, F. (2003) : “Les infirmières : une profession en crise ?”, en KERVASDOUÉ, J. (Dir.) : *La crise des professions de santé*. París: Dundod, pp. 281-306.
- ACKER, F. (2004) : “Les infirmières en crise?”. *Mouvements des Idées et des Luttés*, 32, pp. 60-66.
- ADAM, P. y HERZLICH, C. (2001): *Sociologie de la maladie et de la médecine*. París: Nathan.
- AÏACH, P. y DELANOË, D. (1998) (Dirs.): *L’ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*. París : Anthropos.
- AÏACH, P., CÈBE, D., CRESSON, G. y PHILIPPE, C. (2001): *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*. Rennes: Éditions de l’École Nationale de la Santé Publique.
- AÏACH, P. y FASSIN, D. (Dirs) (1994): *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. París: Anthropos.
- ALALUF, M. (1993): “El empleo, una relación social inestable”, en MICHON, F. y SEGRESTIN, D.: *El empleo, la empresa y la sociedad*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pp. 305-312.
- ALARCÓN, D. (2011): “Conclusiones de los obstáculos y factores propicios del desarrollo de las Prácticas de Enfermería Avanzada”. En

<http://enfermeriaavanzada.blogspot.com.es/2011/03/conclusiones-de-los-obstaculos-y.html>

- ALBERDI, R. M. (1992): “Las enfermeras del tercer milenio”, en ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE: *Las enfermeras del tercer milenio. De la asistencia sanitaria a los cuidados de salud*. XIII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Sevilla: Asociación Española de Enfermería Docente, pp. 30-53.
- ALBERDI, R. M., ARROYO, P., CABELLO, B., MOMPART, M. P. y SEGURA, M. (1982): *Conceptos de enfermería. Curso de nivelación de ATS*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- ALCOLEA, M. T., OTER, C. y MARTÍN, A. (2011): “Enfermería Basada en la Evidencia. Orígenes y fundamentos para una práctica enfermera basada en la evidencia”. *Nure Investigación*, 52, pp. 1-7.
- ALFARO-LEFEVRE (2002): *Aplicación del proceso de enfermería. Guía paso a paso*. Barcelona: Masson.
- ALLEN, D. (2004): “Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate”. *Nursing Inquiry*, 11 (4), pp. 271-283.
- ALLIGOOD, M. R. (2011): “Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis”, en ALLIGOOD, M. R. y MARRINER-TOMEY, A. (Eds): *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier, pp. 3-15.
- ALLIGOOD, M. R. (2014): “Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis”, en ALLIGOOD, M. R. (Ed.): *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier, pp. 3-17.
- ALLUÉ, M. (1996): “La imagen social de la enfermera: la mirada del que es cuidado”, en ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DOCENTE: *Las enfermeras. Diversas miradas para una imagen*. XVII Sesiones de trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Cuenca: Asociación Española de Enfermería Docente, pp. 15-31.
- ALONSO, P. et al. (2004): *Enfermería basada en la evidencia. Hacia la excelencia en los cuidados*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- ALPERT, M. (2001): “Florence Nightingale. La primera enfermera”. *Historia* 16, 299, pp. 110-117.

- ÁLVAREZ NEBREDAS, C. (2002): *Código enfermero español siglo xx: compendio legislativo*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ANDERSON, B. (1993): *Comunidades imaginadas: reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ANTEQUERA, C. (2015): “Prescripción enfermera: verdades, mentiras, engaños y realidades”. En [http://enfermerianueva.blogspot.com.es/2015/10/prescripcion-enfermera-verdades\\_71.html](http://enfermerianueva.blogspot.com.es/2015/10/prescripcion-enfermera-verdades_71.html)
- ANTÓN NARDIZ, M. V. (1989). *Enfermería y Atención Primaria de Salud. De enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- ANTÓN NARDIZ, M. V. (1998): *Las enfermeras, entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- APPLEBY, C. y CAMACHO-BEJARANO, R. (2014): “Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermería de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias”. *Enfermería Clínica*. 24 (1): 90-98.
- ARBORIO, A. M. (1995): “Quand le «sale boulot» fail le métier: les aides-soignantes dans le monde professionnalisé dans l’hôpital”. *Sciences Sociales et Santé*, 13 (3), pp. 93-126.
- ARBORIO, A. M. (1996): “Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l’insitution hospitalière”. *Genèses*, 22, pp. 87-106.
- ARBORIO, A. M. (2001) : *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l’hôpital*. París : Anthropos.
- ARFKEN, D. E. (1998): “Semiprofessions”, en EISENMANN, L. (Ed.): *Historical dictionary of women’s education in the United States*. Westport: Greenwood Publishing Group, pp. 358-359.
- ARROYO, M. P. (2009): “La titulación de grado en Enfermería y las competencias profesionales”. *Revista de Administración Sanitaria*, 7 (2), pp. 275-283.
- ATTEWELL, A. (1998): “Florence Nightingale (1820-1910)”. *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada*, XXVII (1), pp. 173-189.
- BAGNASCO, A. (1989): “Mercado y mercados de trabajo”. *Sociología del Trabajo*, 6, pp. 21-32.
- BARGALL, F. (2016): “Razones, evidencias y oficio que avala que la enfermería puede realizar el Programa de Salud Infantil sin el pediatra”. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 25, pp. 9-11.

- BECKER, H. S. (1962): "The nature of a profession", en HENRY, N. B. (Ed.): *Education for the professions*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 27-46.
- BERNUÉS, L. y PEYA, M. (Coords.) (2004): *Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
- BLANCO, A. y ADIEGO, M. (2010): "La información sobre recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud". *Revista de Administración Sanitaria*, 8 (1), pp. 63-87.
- BLEDSTEIN, B. J. (1976): *The culture of professionalism: the middle class and the development of higher education in America*. Nueva York: Norton and Cie.
- BOE (2003): "Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias". *Boletín Oficial del Estado*, 280, pp. 41.442-41.458.
- BOE (2005): "Ley 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería". *Boletín Oficial de Estado*, 108, pp. 15.480-15.486.
- BORDERÍAS, C., CARRASCO, C. y ALEMANY, C. (1994): *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Barcelona: Fuhem Icaria.
- BOURDIEU, P. (2003): *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BRAVERMAN, H. (1975): *Trabajo y capital monopolista*. México D. F.: Nuestro Tiempo.
- BRAVO, F., MIGUEL (DE), J. M., POLO, R., REVENTÓS, J. y RODRÍGUEZ, J. A. (1979): *Sociología de los ambulatorios: análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social*. Barcelona: Ariel.
- BUCHER, R. y STRAUSS, A. L. (1961): "Professions in process". *American Journal of Sociology*, 66 (4), pp. 325-334.
- BULECHEK, G., BUTCHER, H. y McCLOSKEY, J. (2009): *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Barcelona: Elsevier.
- CACHÓN, J. M., ÁLVAREZ, C. y PALACIOS, D. (2012): "El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileños: abordaje fenomenológico". *Enfermería Intensiva*, 23 (2), pp. 68-76.
- CARR-SAUNDERS, A. M. y WILSON, P. A. (1933): *The professions*. Oxford: Clarendon Press.
- CARRASCO, C., BORDERÍAS, C. y TURNS, T. (2011): "El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales", en CARRASCO, C., BORDERÍAS,

- C. y TORNS, T. (Eds.): *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata, pp. 13-95.
- CARRASQUER, P. (2013): “El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31 (1), pp. 91-113.
- CARRERA, M. y LÁZARO, M. (2011): “Enfermería de Práctica Avanzada”. *Nuberos Científica*.1(5).En <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/2/16>
- CARRIÓN, A. (2013): “Donde no hay sangre no hay morcilla”. En <http://www.lacomisiongestora.blogspot.com.es/2013/12/donde-no-hay-sangre-no-hay-morcilla.html>
- CARRIÓN, A. y NÚÑEZ, C. (2012): “Basta de poner la cama. #TheCofiaDay”. En <http://lacomisiongestora.blogspot.com.es/2012/09/basta-de-poner-la-cama-thecofiaday.html>
- CASTAÑEDA, P. y PÉREZ, A. (1975): “Moral profesional”. En OTEO, A. (Coord.): *Tratado del ayudante en medicina y cirugía*. Vol. III. Madrid: Oteo.
- CASTELLÓ, J. (2007): “Derecho y enfermería”. *Enfermería Integral*, 110, pp. 26-27.
- CECOVA (2016): “El CECOVA alerta sobre la ambigüedad y la ilegalidad de crear la figura de coordinador en el colectivo de auxiliares de enfermería”. En <http://portalcecova.es/noticias/notas-de-prensa/cecova-alerta-ilegalidad-crear-figura-coordinador-en-colectivo-auxiliares-enfermeria>
- CGE (1992): *Estudio de la situación de la enfermería en España*. Madrid: Consejo General de Enfermería.
- CGE (1998): *Estudio sobre la situación de empleo de los Diplomados en Enfermería*. Madrid: Consejo General de Enfermería.
- CGE (2006): *Marco referencial para la prescripción enfermera*. En <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf>
- CGE (2015a): *Gravedad de la situación de la enfermería española por los incumplimientos de las administraciones sanitarias*. Madrid: Consejo General de Enfermería.
- CGE (2015b): “La Mesa de la Profesión Enfermera rechaza la regulación de los auxiliares de enfermería propuesta por el Gobierno”. En <http://www.colegioenfermeriacoruna.org/?q=node/1489>

- CHAPOULIE, J. M. (1977): “Sur l’analyse sociologique des groupes professionnels”. *Revue Française de Sociologie*, XIV, pp. 86-114.
- CHAUVENET, A. (1974): “L’infirmière hospitalière hospitalière : technicienne ou travailleur social ?”. *Projet*, 90, pp. 1138-1148.
- CIS (2013a): *Barómetro de marzo de 2013*. Estudio número 2.891. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CIS (2013b): *Barómetro sanitario 2013*. Estudio número 8.813. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- COGAN, M. L. (1953): “Toward a definition of profession”. *Harvard Educational Review*, 23, pp. 33-50.
- COLLIÈRE, M. F. (1982): *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. París: InterEditions.
- COLLINS, R. (1990): “Changing conceptions in the sociology of the professions”, en TORSTENDAHL, R. y BURRAGE, R. (Eds.): *The formation of professions: knowledge, state and strategy*. Londres: Sage, pp. 11-23.
- COLOMBO, F., LLENA-NOZAL, A. MERCIER, J. y TJADENS, F. (2011): *Besoin d’aide? La prestation de services et le financement de la dépendance*. París: OCDE.
- COMPANY, M. C. (2008): “Cómo mejorar la práctica diaria de la enfermera”. *Ene Revista de Enfermería*, 2 (4). En <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/164/147>
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (1999): *España 1998. Economía, trabajo y sociedad. Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- CORDOVA (DE), P. B., LUCERO, R. J. y HYUN, S.; PRICE, K. y STONE, P. W. (2010): “Using the Nursing Interventions Classifications as a Potential Measure of Nurse Workload”. *Journal of Nursing Care Quality*, 29, pp. 39-45.
- CORIAT, B. (1989): *El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*. Madrid: Siglo XXI.
- CORTÁZAR, I. (2015): “Las formas de gestión de la sanidad pública en España”. *Gabilex*, 2, pp. 131-182.
- COSTAS, E. (1998): “El Informe Abril”, en ORTEGA, F. y LAMATA, F. (Coords.): *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Exlibris, pp. 53-63.

- CRAIG, A. W. J. (1990): *The system of industrial relations in Canada*. Scarborough: Prentice Hall Canada.
- CRESPO, R. (2013): “Enfermero Especialista en Cuidados Médico Quirúrgicos. El final de una especialidad que nunca existió”. *Enfermería Nefrológica*, 16 (1), pp. 5-6.
- CURTO, M. (2004): “Enfermería Clínica Avanzada. Un primer paso”. *Enfermería Facultativa*, 78, pp. 16-17.
- DAVIES, C. (Ed.) (1980): *Rewriting Nursing History*. Londres: Croom Helm.
- DAVIS, F. (1966): *The nursing profession*. Chicago: John Wiley.
- DEMBINSKI, O. (1997): “Les hospitalières: un rapport problématique à la qualification”. *VI Journées de Sociologie du Travail. Institut du Travail-ULB. Bruselas : ULB.*
- DEMBINSKI, O. (1999) : *L'organisation du travail hospitalier. Le point de vue de ceux qui vivent l'hôpital : le cas des infirmières de CHU*. Thèse de Doctorat. Lille : Université des Sciences et Technologies de Lille.
- DEMBINSKI, O. (2000): “L’innovation á l’hôpital est-elle possible? Le cas des démarches participatives de l’encadrement soignant”, en CRESSON, G. y SCHWEYER, F. X. (Dir.): *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes: Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, pp. 47-57.
- DEMBINSKI, O. (2001): “Un éclairage su la question du genre dan l’analyse de la division du travail hospitalier”. *Huitièmes Journées de Sociologie du Travail. Marchés du travail et différenciations sociales. Approches comparatives*. Aix-en Provence: CNRS-LEST.
- DERBER, C. (1982): “The proletarianization of the professional: a review essay”, en DERBER, C. (Ed.): *Professionals as workers: mental labor in advanced capitalism*. Boston: G. K. Hall & Co.
- DESROSIÈRES, A. y THÉVENOT, L. (1988): *Les catégories socio-professionnelles*. París: La Découverte.
- DEMAREST, P. (1996): “Au plus au mieux ? Possibilités d’intégration d’aides logistiques dan des unités de soins résidentielles”. *Point d’Appui Travail, Emploi et Formation*, 17, pp. 15-24.

- DOMINGO, M. (2011a): “Los planes de cuidados estandarizados en el SNS español”.  
En <http://estandaresencuidados.blogspot.com.es/2011/06/los-planes-de-cuidados-estandarizados.html>
- DOMINGO, M. (2011b): *Asistencia sanitaria a través de planes de cuidados estandarizados de Enfermería en el Hospital General Universitario de Alicante: resultados y efectos*. Tesis Doctoral. Alicante: Universidad de Alicante.
- DOMINGO, M. (2011c): “¿Qué efectos tienen los planes de cuidados estandarizados en la salud de nuestros pacientes?”. En <http://estandaresencuidados.blogspot.com.es/2011/07/que-impacto-tienen-los-planes-de.html>
- DOMINGO, M. (2013): “Inequidad en salud relacionada con baja estandarización de procesos y bajo nivel de cumplimentación de las recomendaciones basadas en la evidencia científica”. En <http://estandaresencuidados.blogspot.com.es/2013/08/inequidad-en-salud-relacionada-con-baja.html>
- DOMINGO, M. (2014): “Y hablemos de prescripción: pero, ¿de cuidados o enfermera? (II). Tipos de prescripción de cuidados”. En [http://estandaresencuidados.blogspot.com.es/2014\\_12\\_01\\_archive.html](http://estandaresencuidados.blogspot.com.es/2014_12_01_archive.html)
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1979): “Para una sociología de la profesión de enfermería en España”. *Reís*, 8, pp. 103-129.
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1986a): *Los cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid: Pirámide.
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1986b): “Sociología, cuidados de enfermería y salud”. *Revista Rol de Enfermería*, 100, pp. 50-58.
- DUBAR, C. y TRIPIER, P. (1998): *Sociologie des professions*. París: Armand Colin.
- DUCHAINE, A. (1993): “Photographie d’une profession: le métier d’infirmière et de soignante”, en *Point d’Appui Travail, Emploi et Formation*, 10, pp. 31-38.
- DUNLOP, J. T. (1978): *Sistemas de relaciones industriales*. Barcelona: Península.
- DURÁN, M. (1998): “El cambio en enfermería”, en ORTEGA, F. y LAMATA, F. (Coords.): *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Exlibris, pp. 217-234.
- DURKHEIM, E. (1975): *Educación y sociología*. Barcelona: Península.
- DURKHEIM, E. (1999): *L’evolution pédagogique en France*. París: Quadrige-Presses Universitaires de France.
- DURKHEIM, E. (2001): *La división del trabajo social*. Madrid: Akal.

- EHRENREICH, B. y EHRENREICH, J. (1977): “The professional-managerial class”. *Radical America*, 11, pp. 7-31.
- EHRENREICH, B. y ENGLISH, D. (1988): *Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad*. Barcelona: LaSal.
- ENCYCLOPEDIA OF HEALTH SERVICES RESEARCH (2009): “Nurses”. En [http://sage-ereference.com/healthservices/Article\\_n295.html](http://sage-ereference.com/healthservices/Article_n295.html)
- ENFERMERÍA VISIBLE (2014): “Manifiesto”. En [http://enfermeriavisible.es/?page\\_id=60](http://enfermeriavisible.es/?page_id=60)
- ETZIONI, A. (Ed.) (1969): *The semiprofessions and their organization*. Nueva York: Free Press.
- FEITO L. (2000): *Ética profesional de la enfermería: filosofía de la enfermería como ética del cuidado*. Madrid: PCC.
- FERNÁNDEZ, V., MORENO, A., PAREJÓN, I. y GUERRA, M. D. (2007): “Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos)”. *Enfermería Global*, 6 (1), pp. 1-11.
- FERNÁNDEZ RUIZ, M. (2008): “La especialización en enfermería”, en POZO (DEL), A. y SÁNCHEZ, M. (Coords.): *Los profesionales de la salud en España*. Madrid: Ediciones GPS, pp. 83-92.
- FERNÁNDEZ-SALAZAR, S. (2011a): “De mirarnos por primera vez”. En <http://www.diferenciate.org/de-mirarnos-por-primera-vez/>
- FERNÁNDEZ-SALAZAR, S. (2011b): “Coaching enfermero: sin compromiso no hay resultado”. En <http://www.cuidando.es/coaching-enfermero-sin-compromiso-no-hay-resultado/>
- FERNÁNDEZ-SALAZAR, S. (2013): “Las “peleicas” entre médicas y enfermeros: #decisiones clínicas”. En <http://www.cuidando.es/las-peleicas-entre-medicas-y-enfermeros-decisionesclinicas/>
- FÉRONI, I. (1992a): “La rhétorique de la profession infirmière. Le cas de la formation”. *Gestions hospitalières*, 316, pp. 402-404.
- FÉRONI, I. (1992b): “La recherche infirmière. Construire scientifiquement la prestation soignante”. *Gestions hospitalières*, 320, pp. 731-734.
- FÉRONI, I. (1994a) : “La professionnalisation des infirmières en France: le cas de la formation initiale”, en LUCAS, Y. y DUBAR, C. (1994): *Genèse et dymamique des groupes professionnels*. Lille : Presses Universitaires de Lille, pp. 181-183.

- FÉRONI, I. (1994b): *Les infirmières hospitalières, la construction d'un groupe professionnel*. Thèse de Doctorat. Niza : Université de Nice Sophia-Antipolis.
- FÉRONI, I. (2000): "L'identité infirmière vue par ses élites. Pièges et limites d'une rhétorique professionnelle", en CRESSON, G. y SCHWEYER, F. X. (Dirs.) : *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes: Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, pp. 31-35.
- FÉRONI, I. y KOBER, A. (1995): "L'autonomie des infirmières. Une comparaison France/Grande-Bretagne". *Sciences Sociales et Santé*, 13 (3), pp. 35-68.
- FINKEL, L. (1999): "¿Qué es un profesional? Las principales conceptualizaciones de la sociología de las profesiones", en CASTILLO, C. (Coord.): *Economía, organización y trabajo. Un enfoque sociológico*. Madrid: Pirámide, pp. 197-228.
- FLEXNER, A. (1915): *Is social work a profession?* Nueva York: The New York School of Philanthropy.
- FOX, R. C. (1988): *L'incertitude médicale*, París: L'Harmattan.
- FREIDSON, E. (1960): "Client control and medical practice". *American Journal of Sociology*, 65, pp. 374-382.
- FREIDSON, E. (1977): *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- FREIDSON, E. (1984): "The changing nature of professional control". *Annual Review of Sociology*, 10, pp. 1-20.
- FREIDSON, E. (1986): *Professional powers. A study of institutionalization of formal knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- FREIDSON, E. (1994a): "Method and substance in the comparative study of the professions". *International Sociological Association Conference on Regulating Expertise: Professionalism in Comparative Perspective*. París: CNRS.
- FREIDSON, E. (1994b): *Professionalism reborn. Theory, prophecy and policy*. Cambridge: Polity Press.
- FREIDSON, E. (2001): "La teoría de las profesiones. Estado del arte". *Perfiles Educativos*, 23 (93), pp. 28-43.
- FRIEDMANN, G. (1961): *¿A dónde va el trabajo humano?*. Buenos Aires: Sudamericana.

- FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN Y EL AVANCE DE LA ENFERMERÍA (2013): *Libro blanco de la profesión de técnico de enfermería*. Madrid: Universidad Europea de Madrid.
- GÁLVEZ, A. (2007): *Enfermería basada en la evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada: Fundación Index.
- GARCÍA, E. I. y RODRÍGUEZ, J. (Dirs.) (2010): *La seguridad en los pacientes de los pacientes hospitalizados. Proyecto SENECA*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- GARCÍA CALLEJO, V. y DOMÍNGUEZ, L. (2012): “Enfermería pediátrica *versus* Enfermería de Familia: opiniones de los profesionales y los padres de los niños de San Sebastián de los Reyes (Madrid)”. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 14 (53), pp. 27-30.
- GARCIMARTÍN, P. (2013): “1ª promoción de Graduados en Enfermería: análisis de la situación profesional y académica”. *Enfermería en Cardiología*, 58-59, pp. 31-34.
- GÉLIS, J. (1988): *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*. París: Fayard.
- GERMÁN, C. (2006): *Análisis de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género*. Tesis Doctoral. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- GIL, V. (2005): “Los sistemas de información sanitaria en el marco de un Sistema Nacional de Salud descentralizado”. *Arbor*, CLXXX (710), pp. 327-342.
- GONZÁLEZ GARCÍA, A. (2013): “Visibilidad de los cuidados enfermeros”. En <http://www.gestiondeenfermeria.com/visibilidad-de-los-cuidados-enfermeros/>
- GONZÁLEZ GIL, T. (2005): “Florence Nightingale. Profesionalización de los cuidados desde una perspectiva de la antropología feminista”. *Cultura de los cuidados*, 17, pp. 33-40.
- GONZÁLEZ JURADO, M. (2002): “Prólogo”, en RIVERO, A. *et al.: Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Consejo General de Enfermería, pp. 17-21.
- GONZÁLEZ JURADO, M. (2013): “Es momento de defender la profesión”. *Enfermería Facultativa*, 164, p. 3.
- GONZÁLEZ LÓPEZ, B. y BARBER, P. (2006): “Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables”. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), pp. 103-109.

- GOODE, W. J. (1957): "Community within a community: the professions". *American Sociological Review*, 22 (2), pp. 194-200.
- GOODE, W. J. (1960): "Encroachment, charlatanism and the emerging profession: psychology, medicine and sociology". *American Sociological Review*, 25, pp. 902-914.
- GOODE, W. J. (1969): "The theoretical limits of professionalization", en ETZIONI, A. (Ed.): *The semiprofessions and their organization*. Nueva York: Free Press, pp. 266-313.
- GORDON, M. (2000): "Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería". *Cultura de los cuidados*, 7-8, pp. 128-138.
- GOULDNER, A. (1982): *The future of intellectuals and the rise of the new class*. Oxford: Oxford University Press.
- GREENWOOD, E. (1957): "Attributes of a profession". *Social Work*, 2 (3), pp. 44-55.
- GRIGNON, C. y PASSERON, J. C. (1991): *Lo culto y lo popular. Miserabilismo y populismo en sociología y en literatura*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- GRIMM, J. W. y STERN, R. N. (1974): "Sex roles and internal labor market structures: the «female» semi-professions". *Social Problems*, 21 (5), pp. 690-705.
- HAUG, M. R. (1975): "The deprofessionalization of everyone?". *Sociological Focus*, 8 (3), pp. 197-213.
- HEARN, J. (1982): "Notes on patriarchy, professionalization and the semi-professions". *Sociology*, 16 (2), pp. 184-202.
- HENDERSON, V. (1966): *The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education*. Nueva York: Macmillan.
- HERNÁNDEZ MARTÍN, F. (Coord.) (1996): *Historia de la enfermería en España. Desde la antigüedad hasta nuestros días*. Madrid: Síntesis.
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2009): "Administración y gestión del sistema sanitario público. El marco institucional (apuntes)". *Revista de Administración Sanitaria*, 7 (1), pp. 99-112.
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2010): *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Madrid: Fundación Alternativas.
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2011): "¿Qué significa Enfermería de Práctica Avanzada hoy y aquí?". *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 4 (2), pp. 31-33.

- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2011): “Desarrollo profesional y lógicas sociales: ¿por qué se frustró el decreto de especialidades enfermeras de 1987?”. En <http://archivoefe.blogspot.com.es/2011/02/desarrollo-profesional-y-logicas.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2013a): *Convicciones y conveniencias. Profesiones sanitarias y relaciones de poder*. Las Palmas de Gran Canaria: La Bucanera.
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2013b): “¿Faltan 108.000 enfermeras en España? (I)”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2013/12/faltan-108000-enfermeras-en-espana-i.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2013c): “Demografía apocalíptica (primera parte)”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2013/07/demografia-apocaliptica-I.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2013d): “Demografía apocalíptica (segunda parte)”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2013/07/demografia-apocaliptica-II.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2014a): “¿Faltan 108.000 enfermeras en España? (II)”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/01/faltan-108000-enfermeras-en-espana-ii.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2014b): “¿Faltan 108.000 enfermeras en España? (III)”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/01/faltan-108000-enfermeras-en-espana-iii.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2014c): “Realidad Laboral de las Enfermeras en España: Ficha técnica”. <http://juherya.blogspot.com.es/2014/07/LABENF143.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2014d): “Desempleo enfermero: un apunte metodológico y un panorama general”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/07/LABENF146.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2014e): “La forma más extrema de precariedad, el desempleo”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/07/LABENF145.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2014f): “Población total y desempleo enfermeros”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/07/LABENF144.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2014g): “Realidad Laboral de las Enfermeras en España 2014. ‘Cocinando’ la encuesta”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/07/LABENF142.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2014h): “¿Volverías a ser enfermera?”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/10/volverias-a-ser-enfermera.html>

- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2014i): “#EnfermeríaCura”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/12/EnfermeriaCura.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2015a): “Los desajustados (o Spain is different)”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2015/03/los-desajustados-o-spain-is-different.html#more>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2015b): “Poder, identidad y lenguaje (I)”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2015/12/poder-identidad-y-lenguaje-i.html>
- HERNÁNDEZ YÁÑEZ, J. F. (2015c): “Poder, identidad y lenguaje (II)”. En <http://juherya.blogspot.com.es/2015/12/poder-identidad-y-lenguaje-ii.html>
- HOEDEMAKERS, C. (1996): “Intégration des fonctions *versus* différenciation des fonctions dans l’art infirmier”. *Point d’Appui Travail, Emploi et Formation*, 17, pp. 9-14.
- HUGHES, E. C. (1951): “Studying the nurse’s work”. *The American Journal of Nursing*, 51 (5), pp. 294-295.
- HUGHES, E. C. (1952): “The sociological study of work: an editorial foreword”. *American Journal of Sociology*, 57 (4), pp. 423-426.
- HUGHES, E. C. (1958): *Men and their work*. Glencoe: Free Press.
- ILLICH, I. (1975): *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- INFANTE, L. M. (2003): “Curar *versus* cuidar: las consecuencias que la orientación docente de la Diplomatura Universitaria de Enfermería ha provocado en los profesionales españoles”. *Tempora*, 6, pp. 123-140.
- INFANTE, L. M. (2007): “La salud en la sociedad de consumo”, en CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL: *El compromiso en los cuidados de salud mental*. XXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Las Palmas de Gran Canaria: Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, pp. 11-20.
- IRIGOYEN, J. (1996): *La crisis del Sistema Sanitario en España. Una interpretación sociológica*. Granada: Universidad de Granada.
- IRIGOYEN, J. (2011): “La reestructuración de la profesión médica”. *Política y Sociedad*, 48 (2), 277-293.
- JACOBS, C. (1993): “Comment faire face aux éventuels problèmes de pénurie de personnel infirmier et soignant dans la gestion des ressources humaines à l’hôpital ?”. *Point d’Appui Travail, Emploi et Formation*, 10, pp. 13-18.
- JOHNSON, T. J. (1972): *Professions and power*. Londres: Macmillan.

- JUNQUERA, A. (2014): “Carta a una joven enfermera. A modo de reflexión ante el comentario de una enfermera anónima”. En <http://elartedecuidar-ana.blogspot.com.es/2014/02/carta-una-joven-enfermera.html>
- KAUTZ, D. D. y VAN HORN, E. R. (2008): “An exemplar of the use of NNN language in developing evidence-based practice guidelines”. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19, pp. 14-19.
- KERGOAT, D. (1992a) (Dir.): *Les infirmières et leur coordination (1988-1989)*. París: Lamarre.
- KERGOAT, D. (1992b) : “La Coordination infirmière, un mouvement de femmes”, en KERGOAT, D. (Dir.): *Les infirmières et leur coordination (1988-1989)*. París: Lamarre, pp. 115-125.
- KERGOAT, D. (1992c): “Gestion de la mixité dans un mouvement social”, en KERGOAT, D. (Dir.): *Les infirmières et leur coordination (1988-1989)*. París: Lamarre, pp. 126-143.
- KERGOAT, D. (1997): “La enfermera coordinada”, en HIRATA, H. y KERGOAT, D. (Dir.): *La división sexual del trabajo. Permanencia y cambio*. Buenos Aires: Asociación Trabajo y Sociedad, pp. 87-103.
- KERGOAT, D. e IMBERT, F. (1992): “Ouvrières et infirmières, deux rapports à la qualification”, en KERGOAT, D. (Dir.): *Les infirmières et leur coordination (1988-1989)*. París: Lamarre, pp. 56-66.
- KERVASDOUÉ, J. (2003): “Une crise profonde et multiforme”, en KERVASDOUÉ, J. (Dir.) : *La crise des professions de santé*. París: Dandod, pp. 307-319.
- KLEGON, D. (1978): “The sociology of professions. An emerging perspective”. *Work and Occupations*, 5 (3), pp. 259-283.
- KNIBIEHLER, Y. (Coord.) (1984): *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française. 1880-1980*. París: Hachette.
- KOLEHMAINEN-AITKEN, R. L. (2010): *Planificación de profesionales de medicina y enfermería en una selección de países europeos: Francia, Alemania, España, Suecia y Reino Unido*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- KRAUSE, E. A. (1996): *Death of the guilds: professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven y Londres: Yale University Press.
- LAPETRA, I. (2007): “Objetivo 2007: pleno desarrollo profesional”. *Enfermería Facultativa*, 107, pp. 6-8.

- LARSON, M. S. (1977): *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley: University of California Press.
- LARSON, M. S. (1990): “Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo”. *Revista de Educación*, número extraordinario, pp. 199-226.
- LAUFER, J., MARRY, C. y MARUANI, M. (2003): “*Le travail du genre. Les sciences sociales du travail à l’épreuve des différences de sexe*”. París: La Découverte/MAGE.
- LE DOARÉ, H. (1992): “Esquisse pour une double interprétation des évènements (1988-1989)”, en KERGOAT, D. (Dir.): *Les infirmières et leur coordination (1988-1989)*. París: Lamarre, pp. 85-103.
- LEBEER, G. (2000): “*Les soins palliatifs: une interrogation de la division du travail en question*”, en CRESSON, G. y SCHWEYER, F. X. (Dirs.): *Professions et institutions de santé face à l’organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes: Éditions de l’École Nationale de la Santé Publique, pp. 197-206.
- LETABLIER, M. T. (2007): “El trabajo de «cuidados» y su conceptualización en Europa”, en PRIETO, C. (Ed.), *Trabajo, género y tiempo social*. Madrid: Hacer y Editorial Complutense, pp. 64-84.
- LINHART, R. (1979): *De cadenas y de hombres*. México D. F.: Siglo XXI.
- LIZCANO, E. (1998): “La génesis metafórica de los conceptos científicos: un modo de análisis”. *VI Congreso Español de Sociología*. A Coruña: Universidade de A Coruña.
- LLETGET, R. (2004): “La profesión enfermera se encuentra inmersa en un profundo cambio”. *Enfermería Facultativa*, 72, p. 15.
- LÓPEZ, M. A. y BOUCAND, D. (2004): “Maternidad y matronas en Francia”. *Matronas Profesión*, 5 (18), pp. 30-34.
- MARRINER-TOMEY, A. (1995): “Introducción al análisis de las teorías en enfermería”, en MARRINER-TOMEY, A. (Ed.): *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Mosby/Doyma Libros, pp. 3-16.
- MARSHALL, T. H. (1939): “The recent history of professionalism in relation to social structure and social policy”. *Canadian Journal of Economics and Political Science*, 5, pp. 325-340.

- MARTÍN CARBALLO, M. T. (2006): “Transformaciones de la enfermería: la emergencia de la organización flexible”. *III Congreso Andaluz de Sociología*. Granada: Universidad de Granada.
- MARTÍN MARTÍN, J. J. (2003): *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Fundación Alternativas.
- MARTÍN-MORENO, J. y MIGUEL (DE), A. (1982): *Sociología de las profesiones*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- MARTÍNEZ MARTÍN, M. L. y CHAMORRO, E. (2011): *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Barcelona: Elsevier.
- MARTÍNEZ RIERA, J. R. (2003): “Barreras y facilitadores de la enfermería basada en la evidencia”. *Enfermería Clínica*, 13 (5), pp. 303-308.
- MARTÍNEZ RIERA, J. R. (2008): “Prescripción enfermera. Ni sí ni no, sino todo lo contrario”. En <http://opinionras.com/?q=taxonomy/term/15/all&page=4>
- MARUANI, M. (2000b): “Introducción”, en MARUANI, M., ROGERAT, C. y TORNOS, T. (Dir.): *Las nuevas fronteras de la desigualdad. Hombres y mujeres en el mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria.
- MARX, K. (1998): *El capital. Crítica de la economía política. Libro primero. El proceso de producción del capital*. Vols. I-III. México D. F.: Siglo XXI.
- MATESANZ, M. A. (2009): “Pasado, presente y futuro de la enfermería: una aptitud constante”. *Revista de Administración Sanitaria*, 7 (2), pp. 243-260.
- MAYO, E. (1972): *Problemas humanos de una civilización industrial*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- MEIJOME, X. M. (2014): “Enfermera ¿quién maneja tu tiempo?”. En <http://cuadernillosanitario.blogspot.com.es/2014/12/enfermera-quien-maneja-tu-tiempo.html>
- MELGAR, G. (Coord.) (2000): *Las enfermeras de atención primaria de Castilla La Mancha*. Ciudad Real: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.
- MELIA, K. M. (1984): “Student nurses construction of occupational socialisation”. *Sociology of Health an Illness*, 6 (2), pp. 132-151.
- MENGER, P. M. (Dir.) (2003): *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, evolutions*. París : Éditions de la Maison des Sciences de l’Homme.
- MERTON, R. K. (1957): “Some preliminaries in a sociology of medical education”, en MERTON, R. K.; READER, G. R. y KENDALL, P. L. (Eds.): *The student-*

- physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Cambridge: Harvard University Press, pp. 3-79.
- MERTON, R. K. y GIERYN, T. F. (1982): "Institutionalized altruism: the case of professions", en MERTON, R. K., ROSENBLATT, A. y GIERYN, T. F.: *Social research and the practicing professions*. Cambridge: Abt Books, pp. 109-134.
- MESEGUER, P. (2008): "El tiempo de trabajo en las Administraciones Públicas: de la lógica burocrática a las nuevas formas de gestión públicas". En PRIETO, C., RAMOS, R. y CALLEJO, J. (Coords.): *Nuevos tiempos del trabajo. Entre la flexibilidad competitiva de las empresas y las relaciones de género*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- MIRÓ, M. (2008): *¿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)*. Tesis Doctoral. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.
- MOLINIER, P. (2000): "Travail et compassion dans le monde hospitalier". *Cahiers du Genre*, 28, pp. 49-70.
- MORENO, T. y FUENTEELSAZ, C. (Dirs.) (2011): *RN4CAST. Nurse Forecasting in Europe. Informe global hospitales españoles*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III.
- NARVÁEZ, A., MARTÍNEZ, J. M., y PÉREZ, B. (2010): "Revisitando a Florence Nightingale desde una perspectiva de género". *Index de enfermería*, 19 (4), pp. 299-302.
- OCDE (1998): *L'avenir des professions à prédominance féminine*. París: OCDE.
- OGIEN, A. (2000): "Médecine, santé et gestion", en CRESSON, G. y SCHWEYER, F. X. (Dirs.): *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes: Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, pp. 133-148.
- OLTRA, E. (2009): "Especialidades enfermeras: el día después". *Revista de Administración Sanitaria*, 7 (2), pp. 293-307.
- OLTRA, E. *et al.* (2007): "Dificultades y barreras para investigar percibidas por las enfermeras en Asturias". *Enfermería Clínica*, 17 (1), pp. 3-9.
- Organización Médica Colegial (2014): *Estudio sobre la situación laboral de los médicos en España*. Madrid: Organización Médica Colegial.

- Organización Médica Colegial (2015): *Estudio sobre la situación laboral de los médicos en España. Segunda oleada*. Madrid: Organización Médica Colegial.
- Organización Médica Colegial (2016): *Estudio sobre la situación laboral de los médicos en España. Tercera oleada*. Madrid: Organización Médica Colegial.
- OMS (2006): “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. *Documentos básicos de la Organización Mundial de la Salud*, suplemento de la 45ª edición, pp. 1-18. En [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- OMS (2009): *Global standards of the initial education of professional nurses and midwives*. Ginebra: World Health Organization.
- OPPENHEIMER, M. (1973): “The proletarianization of the professional”. *Sociological Review Monograph*, 20, pp. 213-227.
- ORELLANA, A. y PARAVIK, T. (2007): “Enfermería basada en evidencia. Barreras y estrategias para su implementación”. *Ciencia y Enfermería*, XIII (1), pp. 17-24.
- ORTEGA, F. y LAMATA, F. (Coords.) (1998): *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Exlibris.
- ORTS, M. I. (2014): *Práctica basada en la evidencia*. Barcelona: Elsevier.
- OTAEGUI, A. y BLANCO, J. (1995): *Perspectivas sociolaborales y acción sindical: el caso de la enfermería*. Madrid: Federación Estatal de Trabajadores de la Salud de Comisiones Obreras.
- PACOLET, J., HEDEBOUW, G., VERSIECK, K. y BOUTEN, R. (1995): *Manpower problems in the nursing/midwifery professions in the EC*. Lovaina: Hoger Instituut voor der Arbeid.
- PARKIN, F. (1979): *Marxism and class theory: a bourgeois critique*. Londres: Tavistock.
- PARROT, A. (1977): *L'image de l'infirmière dans la société*. París: Le Centurion.
- PARSONS, T. (1967): *Ensayos de teoría sociológica*. Buenos Aires: Paidós.
- PARSONS, T. (1979): “Profesiones liberales”, en SILLS, D. L. (Coord.): *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*, vol. 8. Madrid: Aguilar, pp. 538-547.
- PARSONS, T. (1984): *El sistema social*. Madrid: Alianza.
- PASTOR, I. (2006): *¿La gestión privada en la Administración Pública? El caso de los servicios sanitarios hospitalarios en Cataluña*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- PASTOR, I. (Dir.) (2008): *Mujeres en la sanidad: trayectorias profesionales y acceso a cargos de responsabilidad*. Tarragona: Ministerio de Igualdad.

- PAVALKO, R. M. (1972): *Sociology of occupations and professions*. Itasco: Peacock.
- PEARSONS, A y PEELS, S. (2002): “Advanced practice in nursing: International perspective”. *International Journal of Nursing Practice*, 8, pp. S1-S4.
- PEDRAZ, A. (2004): “La evidencia científica: la elemento clave para la práctica de la enfermería”. *Nure Investigación*, 2. En <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/121/108>
- PÉREZ OROZCO, A. (2006): “Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. *Revista de Economía Crítica*, 5, pp. 7-37.
- PÉREZ OROZCO, A. (2014): *Subversión feminista de la economía. Apuntes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- PÉREZ OROZCO, A. y LÓPEZ GIL, S. (2011): *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados*. Madrid: ONU Mujeres.
- PERRAUT-SOLIVÈRES, A. (Ed.) (2001): “Profession infirmière: l’implosion”. *Pratiques-Les Cahiers de la médecine utopique*, 14-15.
- PETITAT, A. (1989): *Les infirmières. De la vocation à la profession*. Montreal: Boréal.
- PIOTET, F. (Dir.) (2002): *La révolutions des métiers*. París: Presses Universitaires de France.
- PORCEL, A. M. y QUERO, A. (2014): “Presentación”, en ASOCIACIÓN ESPAÑOLA EN NOMENCLATURA, TAXONOMÍA Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: *X Simposium. Lenguaje enfermero: identidad, utilidad y calidad*. Sevilla: AENTDE, pp. 10-11.
- PRIETO, C. (1999): “Los estudios sobre mujer, trabajo y empleo: caminos recorridos, caminos por recorrer”. *Política y Sociedad*, 32, pp. 141-149.
- PUIG-SAMPER, F. (2015): “El empleo en actividades sanitarias y su evolución durante la crisis”. *Cuadernos de Información Sindical*, 48, pp. 3-109.
- RAMIÓ, A. (2005): *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- REY, J. (2016): “Prescripción enfermera”. En <http://www.nogracias.eu/2016/06/28/prescripcion-de-enfermeria/>
- RINCÓN, A. (2014): “La enfermería desunida siempre será vencida”. En <http://planeir.blogspot.com.es/2014/02/la-enfermeria-desunida-siempre-sera.html>

- RIVERO, A. *et al.* (2002): *Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Consejo General de Enfermería.
- RODRÍGUEZ ÁVILA, N. (2008): *Manual de sociología de las profesiones*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- RODRÍGUEZ DÍAZ, J. A. y GUILLÉN, M. F. (1992): “Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea”. *Reis*, 59, pp. 9-18.
- RODRÍGUEZ GILABERT, M. R. y RUEDA, S. (2012): “La sanidad en Andalucía. Las Unidades de Gestión Clínica desde la óptica enfermera”. *Extoikos*, 5, pp. 31-36.
- RODRÍGUEZ, M., MARTÍNEZ, E., TOVAR, A., GONZÁLEZ, R., GODAY, C. y GARCÍA, J. (2009): “Deconstrucción de la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. ¿Debilidad o fortaleza?”. *Revista Rol de Enfermería*, 32 (7), pp. 24-30.
- ROETHLISBERGER, F. J. (1968): *Man in organization*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- ROLLE, P. (2003): “Por un análisis ampliado de la relación salarial”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 21 (2), pp. 145-175.
- ROLLE, P., TRIPIER, P. y VANHOUTTE, J. M. (1980): *Le mouvement de la qualification dans la restauration*. París: Rapport d'étude présenté au Ministère de Travail.
- ROTHMAN, R. A. (1984): “Deprofessionalization. The case of Law in America”. *Work and Occupations*, 11 (2), pp. 183-206.
- RUBIO, M. (2014): *Tu salud, nuestro negocio*. Madrid: Akal.
- SÁEZ, J., SÁNCHEZ, M. y SÁNCHEZ, E. (2009): “¿Sociología de las profesiones en España?: Entre la carencia y la necesidad de consolidación”. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciències de l'Educació*. XXXIII (1), pp. 15-101.
- SALIBA, J. (1994): “Les paradigmes des professions de santé”, en AÏACH, P. y FASSIN, D. (Dirs.): *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. París: Anthropos, pp. 43-85.
- SÁNCHEZ, A. y SANS, C. (2001): “Protocolizar las actividades de enfermería”. *Revista Rol de Enfermería*, 24, pp. 67-74.

- SÁNCHEZ ROBLES, M. (2011): “Trabajo social sanitario y enfermera gestora de casos: crónica de un conflicto anunciado”. *Documentos de Trabajo Social*, 49, pp. 189-203.
- SANCHO (DE), J. L., ASÍS (DE), F. y CORTÉS, M. (2001): *Gestión clínica en los centros del INSALUD*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- SASTRE, M. (2014): “Recuperar nuestra esencia enfermera”. En <http://www.nuestraenfermeria.es/recuperar-nuestra-esencia-enfermera/>
- SATSE (1999): *Análisis del empleo en enfermería. Situación actual y estudio de necesidades*. Madrid: Sindicato de Enfermería.
- SAUNIER, P. (1993): *L'ouvriérisme universitaire. Du Sublime à l'Ouvrier-masse*. París: L'Harmattan.
- SILES, J. (1999): *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- SINGLY (DE), F. (1995): “Introduction: la tension entre le populisme et le misérabilisme dans les recherches sur les genres”, en EPHESIA (Coord.): *La place des femmes. Les enjeux de l'identité et de l'égalité au regard des sciences sociales*. París: La Découverte, pp. 115-120.
- SMITH, A. (1987): *Investigación sobre la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- SPENCER, H. (1992): “Origen de las profesiones”. *Reis*, 59, pp. 315-325.
- SPETZ, J. (2011): *Unemployed and underemployed nurses*. Ginebra: International Centre for Human Resources in Nursing-CIE.
- STANDING, G. (2013): *El precariado. Una nueva clase social*. Barcelona: Pasado y Presente.
- STEIN, L. I. (1967): “The doctor-nurse game”. *Archives of General Psychiatry*, 16 (6), pp. 699-703.
- STEIN, L. I., WATTS, D. T. y HOWELL, T. (1990): “The doctor-nurse game”. *New England Journal of Medicine*, 322, pp. 546-549.
- STENGERS, I. (1999): “Le médecin et le charlatan”, en NATHAN, T. y STENGERS, I. : *Médecins et sorciers*. Luisant : Institution d'Édition.
- STONE, P. W., LEE, N. J., GIANNINI, M. y BAKKEN, S. (2004): “Economic evaluation and usefulness of standardized nursing terminologies”. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15, pp. 101-113.
- STRAUSS, A. L. (1957): “The nature and status of medical sociology”. *American Journal of Sociology*, 22, pp. 200-204.

- STRAUSS, A. L. (1978): “A social world perspective”, en DENZIN, N. (Ed.): *Studies in symbolic interaction*. Greenwich: JAI Press, pp. 119-128.
- STRAUSS, A. L., FAGERHAUGH, S., SUCZEK, B. y WIENER, C. (1985): *Social organization of medical work*. Chicago: University of Chicago Press.
- STRAUSS, A. L., SCHATZMANN, L., BUCHER, B., EHRLICH, M. y SABSHIN, M. (1963): “The hospital audits negotiated order”, en FREIDSON, E. (Ed.): *The hospital in modern society*. Nueva York: Free Press, pp. 147-168.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN SANITARIA E INNOVACIÓN (2014): *Sistema de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- SUTHERLAND, E. H. (1988): *Ladrones profesionales: texto elaborado a partir de la narración de Chic Conwell, un profesional del robo*. Madrid: La Piqueta.
- SZASZ, T. y HOLLANDER, M. H. (1956): “A contribution to the philosophy of medicine. The basic models of the doctor-patient relationship”. *Archives of Internal Medicine*, 97, pp. 585-592.
- TARDÍO, C. (2008): “Fíjense lo que escribe un médico en el *Diario Hoy*”. En <http://carlostardiocordon.blogspot.com.es/2008/09/ffense-lo-que-escribe-un-mdico-en-el.html>
- TARDÍO, C. (2012a): “El médico lo decide todo...”. En <http://carlostardiocordon.blogspot.com.es/2012/01/el-medico-lo-decide-todo.html>
- TARDÍO, C. (2012b): “Tu a lo tuyo, y yo a lo mío”. En <http://carlostardiocordon.blogspot.com.es/2012/06/tu-lo-tuyo-y-yo-lo-mio.html>
- TARDÍO, C. (2013): “Por qué no somos auxiliares, en sentido estatutario”. En <http://carlostardiocordon.blogspot.com.es/2013/07/el-porque-no-somos-auxiliares-en.html>
- TEY I FREIXA, R. (1978): “¿Adónde va nuestra enfermería?”. *Revista Rol de Enfermería*, 1, pp. 29-33.
- TEY I FREIXA, R. (1986): “La enfermería: dos visiones separadas por treinta años”. *Revista Rol de Enfermería*, 100, pp. 18-24.
- THOMAS, C. (2001): “Deconstruyendo los conceptos de cuidados”, en CARRASCO, C., BORDERÍAS, C. y TORNS, T. (Eds.): *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata, pp. 145-176.

- TÍSCAR, V. (2015): “Percepción de la práctica de enfermería basada en la evidencia de estudiantes de un máster de investigación”. *Ene Revista de Enfermería*, 9 (2).  
En <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/458/evidencia>
- TOBÍO, C., AGULLÓ, M. S., GÓMEZ, M. V. y MARTÍN, M. T. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- TORIBIO, P. (2014): “Violencia, vulnerabilidades y cuidado”. *Biblioteca LasCasas*. 10 (2). En <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0769.pdf>
- TORNS, T. (2008): “El trabajo y el cuidado. Cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género”. *EMPIRIA. Revista de Metodología en Ciencias Sociales*, 15, pp. 53-73.
- TOURAINÉ, A. (1955): *L'évolution du travail ouvrier aux usines Renault*. París : Centre National de la Recherche Scientifique.
- TOURAINÉ, A. (1991): “Au-delà d'une société du travail et des mouvements sociaux?”. *Sociologie et Sociétés*, 23 (2), pp. 27-41.
- TURNER, C. y HODGE, M. N. (1970): “Occupations and professions”, en JACKSON, J. A. (Ed.): *Professions and professionalization*. Londres: Cambridge University Press, pp. 17-50.
- URTEAGA, E. (2011): “Las profesiones en cuestión”. *Azkoaga. Cuadernos de Ciencias Sociales y Económicas*, 14, pp. 111-138.
- VARELA, J. (2013): “Gestión enfermera de la demanda en atención primaria”. *Avances en Gestión Clínica*. En <http://gestionclinicavarela.blogspot.com.es/2013/07/gestion-enfermera-de-la-demanda-en-la.html>
- VARELA, M. D., SANJURJO, M. L. y BLANCO, F. J. (2012): “La investigación en enfermería. Rol de la enfermera”. *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología*, 121, pp. 19-21.
- VERSIECK, K (1996): “Les soins infirmiers au niveau européen”. *Point d'Appui Travail, Emploi et Formation*, 17, pp. 55-64.
- VERWAEST, J. (1993): “Comment allier pénurie de personnel et management des ressources humaines en milieu hospitalier?”. *Point d'Appui Travail, Emploi et Formation*, 10, pp. 55-64..
- VILLALOBOS, C. (2002): “Presentación”, en RIVERO, A. et al.: *Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Consejo General de Enfermería, pp. 13-15.

- VOLTI, R. (2008): *An introduction to the sociology of work and occupations*. Los Angeles: Pine Forge Press.
- WALBY, S. (1989): "Theorizing patriarchy". *Sociology*, 23, pp. 213-234.
- WEBB, S. y WEBB, B. (2004): *La democracia industrial*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- WEBER, M. (1993): *Economía y sociedad*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- WEBER, M. (1994): *Sociología del trabajo industrial*. Madrid: Trotta.
- WEBER, M. (1996): *El político y el científico*. Madrid: Alianza.
- WEBER, M. (1998): *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Madrid: Istmo.
- WILENSKY, H. L. (1964): "The professionalization of everyone?". *American Journal of Sociology*, 70 (2), pp. 137-158.
- YARRITU, C. y BOHIGAS, L. (2001): "Organización y análisis del trabajo de enfermería", en ASENJO, M. A. (Dir.): *Gestión diaria del hospital*. Barcelona: Masson.
- ZABALEGUI, A. y MACIÁ, L. (2010): *Desarrollo del máster y doctorado oficial de enfermería en España*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.