



El trabajo de cuidados. Una aproximación desde la enfermería española

Pablo Meseguer Gancedo¹

Recibido: 25 de enero de 2016 / Aceptado: 05 de julio de 2016

Resumen. La sociología suele conceptualizar el cuidado como una actividad feminizada que cubre necesidades sociales, colocando en un segundo plano el análisis de los cuidados desde la perspectiva del trabajo. En el artículo, por el contrario, se analiza la enfermería española situando en el centro la dimensión de trabajo que comportan los cuidados. Se examina cómo hace cuarenta años la enfermería española 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. Actualmente, el aumento del nivel formativo del conjunto de los trabajadores de la salud y la protocolización de los procesos de trabajo permiten que un número creciente de categorías profesionales pueda hacerse cargo de distintas funciones productivas. Esto transforma el contenido y los protagonistas de los cuidados, generando ambivalentes disputas en la delimitación de los mapas competenciales de las distintas profesiones sanitarias.

Palabras clave: Trabajo de cuidados; relación salarial; profesión; enfermería.

[en] Care work. An approach from the Spanish nursing profession

Abstract

The Sociology conceptualizes care as a feminized activity that covers social needs and puts in a second place the analysis of care from the field of work. On the contrary, this paper is focused on the analysis of the work dimension of care in the Spanish nursing profession. We have studied how the Spanish nursing profession defined itself as a care profession forty years ago in order to create a specific area of competencies which was not to be subordinate to medical practice, while at the same time seeking to influence the development of new orientations and healthcare services. Nowadays, the educational improvement of all health workers and the standardisation of work processes allow that an increasing number of professional categories can take charge of different productive roles. This changes care work's contents and actors, which has consequently created ambivalent disputes in the definition of competency maps for different health professionals.

Keywords: Care work; wage relation; profession; nursing profession.

Sumario: 1. Introducción. 2. La construcción de una identidad profesional en torno al cuidado. 3. Empleos de cuidado en el sector sanitario. 4. Dinámicas de recomposición del cuidado profesionalizado. 5. Bibliografía.

Cómo citar: Meseguer Gancedo, P. (2017). "El trabajo de cuidados. Una aproximación desde la enfermería española". *Cuadernos de Relaciones Laborales* 35(1), 165-185.

¹ Universidad Complutense de Madrid
E-mail: pablomeseguer@cps.ucm.es

1. Introducción

Los cuidados son un término polisémico, ambiguo y esquivo, lo que ha permitido su uso en estudios que tratan dinámicas sociales heterogéneas. En el número que en 2013 *Cuadernos de Relaciones Laborales* dedicó a esta materia se señalaba que, si bien la preocupación sociológica por los cuidados es deudora de los debates acontecidos en la década de 1970 en torno al trabajo doméstico, en las últimas tres décadas se ha producido “un cambio en el foco de interés, del trabajo a los cuidados, y la primacía del sujeto” (Carrasquer, 2013: 91). Así, en un contexto de reorganización social de las tareas de cuidado y de profesionalización de algunas de ellas, las ciencias sociales están centrándose en destacar la contribución de los cuidados a la satisfacción de necesidades de las poblaciones y en constatar la persistente atribución de este tipo de actividades a las mujeres. Se ha señalado que “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). En las próximas páginas se va a defender, sin embargo, que analizar el cuidado tomando como punto de observación los trabajos desde los que se despliega 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.

Desde un punto de vista *analítico*, lo que sean o dejen de ser los cuidados va a depender, necesariamente, de la construcción teórica y conceptual desde la que los definamos. De hecho, se ha sugerido que bajo la temática del cuidado la sociología ha definido “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). No obstante, los cuidados son también una categoría de la práctica social, esto es, uno de los muchos referentes de sentido desde los que los actores sociales construyen sus identidades, aspiraciones, confrontaciones, antagonismos y solidaridades. En este artículo comenzaremos analizando cómo la enfermería española ha utilizado sus vínculos con el cuidado como una herramienta de desarrollo profesional para, en un segundo momento, justificar el abordaje de los cuidados atendiendo a los trabajos desde los que son realizados, señalando la pertinencia de considerar las dinámicas salariales que conforman la profesionalización de las actividades de cuidado². El análisis se apoya en algunas de las herramientas teóricas propuestas por la sociología de las profesiones, de tal forma que si lo que a continuación se plantea sobre los cuidados ha de entenderse como exclusivamente circunscrito al espacio social estudiado (y, por lo tanto, lo que revele el análisis de la profesión enfermera no sería

² Tal como se expone a lo largo del artículo, cuando nos referimos a las dinámicas salariales no estamos proponiendo exclusivamente atender a las remuneraciones que los trabajadores obtienen como contrapartida a su desempeño laboral. Situar el foco en la condición salarial de nuestras sociedades supone considerar que las instituciones reguladoras del trabajo asalariado (de su formación, su movilización, su empleo, su recuperación y su reproducción) han alcanzado tal extensión y consolidación como para exceder con mucho a quienes están ocupando un empleo asalariado en un momento determinado. Esta propuesta analítica, deudora de la mirada sociológica de Pierre Naville, fue desarrollada en el monográfico que en 2003 *Cuadernos de Relaciones Laborales* dedicó a “El trabajo como relación social” en su volumen 21, número 3.

directamente generalizable a otros trabajos de cuidados, profesionalizados o no), sí se pretende que la relevancia de lo expuesto exceda el marco específico de la enfermería española y aporte puntos de observación pertinentes para el análisis de otros cuidados y otros procesos de profesionalización.

2. La construcción de una identidad profesional en torno al cuidado.

Las páginas de *La profesión médica* que Eliot Freidson (1978: 61-95) dedica a las enfermeras muestran los obstáculos que dificultaban a la enfermería norteamericana de comienzos de la década de 1970 desarrollarse como una profesión con autonomía funcional y capacidad para autorregularse. A lo largo del siglo XIX la enfermería había ido desligándose de las funciones serviles, afectivas, moralizadoras y sancionadoras que las prácticas sanitarias tradicionales le habían asignado para adentrarse en un proceso de profesionalización ligado a funciones auxiliares de la medicina. Ésta, por su parte, había ido abandonando la patogenia especulativa para centrarse en la dimensión científica de la actividad terapéutica, apoyándose para ello en la investigación fundamental que, disociando entre enfermedad y enfermo y razonando a partir de cálculos probabilísticos, coloca en un segundo plano la historia psíquica y social del paciente. Los dilemas de la enfermería que Freidson analiza son el resultado de haberse constituido como profesión y haber encontrado su legitimidad en la división sanitaria del trabajo desde un rol de auxiliar del médico, siendo precisamente esta posición de subordinación con respecto a la autoridad médica lo que limita sus posibilidades de promoción colectiva. Para superar la subordinación, la enfermería busca áreas de trabajo que pueda reivindicar y sostener como de su exclusiva responsabilidad, teniendo que rivalizar en esta búsqueda con otros profesionales (psicólogos, técnicos sanitarios, trabajadores sociales, auxiliares de clínica, etc.) que también procuran delimitar un espacio competencial propio.

A finales de la década de 1970 la enfermería española se enfrentó a dilemas similares a los identificados por Freidson en la realidad norteamericana. Las décadas de 1950, 1960 y 1970 habían supuesto 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 Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), categoría profesional que se había creado en 1953 con la unificación de los planes de estudio de Practicantes, Matronas y Enfermeras³. El inicio del periodo democrático no hizo sino incrementar las transformaciones que venían produciéndose en el ámbito sanitario y en los servicios públicos, unos cambios que la enfermería abordó elaborando, desde algunos de los sectores más activos de la profesión, una separación conceptual entre los términos *curar* y *cuidar* (o, más bien, importando dicha división conceptual, que previamente había

³ En este artículo, ante la disyuntiva de utilizar la norma gramatical del genérico masculino *enfermeros* o la convención social que usa el femenino *enfermeras* como genérico, se ha optado por la segunda opción, pues la primera resta fluidez a la lectura. Cuando el género de los miembros de la profesión sea relevante en la exposición, se especificará para evitar confusiones. Cuando nos refiramos a los miembros de la enfermería utilizando denominaciones oficiales o legislativas, se respetará el género que dichas denominaciones hayan empleado.

sido desarrollada por la enfermería de otros países, y adaptándola a la realidad de la sanidad española⁴). 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 otros profesionales de la salud.

Abordar los cuidados, como anteriormente proponíamos, atendiendo a las distintas dimensiones del trabajo que contienen obliga a analizar el desarrollo de la separación entre el curar y el cuidar como términos mutuamente excluyentes no sólo desde la orientación de los servicios de salud hacia la que apunta, sino observando al mismo tiempo las disputas por la definición de los ámbitos competenciales que delimita. El sector sanitario no supone una excepción a la maleabilidad constitutiva de los trabajos remunerados que se desarrollan en las sociedades salariales, en el sentido de que el contenido de las actividades que han de desempeñarse, así como las características de los trabajadores que se ocupan de llevarlas a cabo, no están definidos de una vez por todas. En un contexto así, 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 marca 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. Desde un punto de vista actorial o fenomenológico, el dinamismo descrito se manifiesta cotidianamente a través de la participación de diversos agentes que actúan desde distintos niveles de lo social. En este sentido, al situar el foco de atención sobre el *proceso de separación conceptual entre los términos curar y cuidar* no se pretende colocar allí un supuesto motor primigenio desde el que habría pivotado toda la evolución de la enfermería española durante los últimos cuarenta años, sino dar cuenta de cómo, a través del análisis de la forma en la que ha operado esta distinción a lo largo de ese tiempo en diferentes espacios que conforman la profesión, resulta plausible desarrollar una serie de explicaciones sobre algunas de las tensiones que la atraviesan.

Así, el año 1977 suele considerarse como un momento clave en el proceso de profesionalización de la enfermería española (Hernández Martín *et al.*, 1997). En 1970 la *Ley General de Educación* había planteado dos ámbitos posibles para el aprendizaje de la enfermería: la formación profesional y la universitaria. Pese a que en 1974 se optó por la primera de las opciones y se planificaron los estudios de

⁴ Existe abundante bibliografía que permite rastrear las actividades de cuidado en la historia de las mujeres sanadoras (Siles, 1999) o explicar el triunfo de la medicina moderna como la culminación de un proceso de expropiación y transformación de los saberes sanitarios ancestrales de las mujeres (Ehrenreich y English, 1988). No obstante, Luis María Infante muestra, a través del análisis documental, cómo en la sanidad española, hasta la década de 1980 los términos curar y cuidar no habían operado como conceptos mutuamente excluyentes. 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 conceptos. Por su parte, mientras que en castellano *enfermería* y *enfermera/o* provienen del verbo *enfermar*, en inglés *nursing* y *nurse* proceden del verbo latino *nurture* (que significa nutrir, cuidar y atender). Combinando la aproximación etimológica y la documental, Infante concluye señalando 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*)” 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” (Infante, 2003: 123).

enfermería en calidad de ATS con una formación profesional de segundo grado, presiones del colectivo enfermero desembocaron en la creación, en 1977, de las Escuelas Universitarias de Enfermería, en las que, tras tres años de formación, se obtendría el Título de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE).

La entrada en la universidad 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 los propios médicos. En el nuevo espacio universitario algunas mujeres de la profesión enfermera accedieron, a través de la docencia, a cierto poder institucional, del que se encontraban marginadas en otros ámbitos, como los colegios profesionales o los sindicatos corporativos, donde los varones de la profesión ostentaban un control casi absoluto. Fue precisamente esta naciente élite universitaria la que elaboró la separación conceptual entre curar y cuidar como términos mutuamente excluyentes, en la que se ha socializado desde entonces a las nuevas generaciones de estudiantes.

Desde el punto de vista del proceso de trabajo enfermero, la distinción entre curar y cuidar no 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? La separación elaborada desde la universidad 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. De esta forma, al tiempo que se delimitaba que entre las competencias enfermeras habría algunas que serían *propias* (las de cuidar) y otras *delegadas* (las de curar), los manuales que emplean las enfermeras en su formación empezaron a explicar que la *actitud para cuidar* es diferente a la *actitud para curar*, pues una remitiría a la *cultura del cuidado* y otra a la *cultura biomédica de la curación*, dicotomías que encontraban su apoyo en el feminismo de la diferencia⁵, en el que se habían socializado muchas de las primeras docentes que inauguraron las Escuelas Universitarias de Enfermería a finales de la década de 1970. Tomando como referente la concepción de la salud que en su *Constitución* de 1948 había planteado la Organización Mundial de la Salud, definiéndola como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1948: 1), delimitar el cuidado

⁵ Lydia Feito, en su estudio sobre la ética profesional de la enfermería, vincula el cuidado con el pensamiento concreto hacia el entorno inmediato en el que se socializa a las mujeres, en 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).

como el espacio propio de la enfermería española suponía orientar su evolución hacia actividades tradicionalmente adscritas a lo femenino que, al profesionalizarse, habrían de superar la posición subordinada y poco valorada en la que dichas tareas suelen encontrarse al demostrar, en el competitivo ecosistema de las profesiones sanitarias, su eficiencia y los resultados positivos de sus aportaciones a la salud.

De este modo, en el año 1977 los *cuidados profesionalizados* son, sobre todo, un proyecto que se expresa a través de elementos intangibles (unos *roles*, unas *actitudes*, una *cultura*) que la profesión va a procurar ir llenando de contenido por medio de cambios en la división y organización de los trabajos de la salud, de transformaciones en las orientaciones 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. En la década que sigue a la entrada de la enfermería en la universidad, los cambios se suceden a una velocidad vertiginosa. 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 mantenía 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 sanitario 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 mero apéndice del de los médicos, desarrollándose procesos de atención de enfermería propios, apareciendo las direcciones de enfermería (que en los organigramas sanitarios se situaron al mismo nivel que las direcciones médicas) y aumentando las funciones enfermeras, tanto en el ámbito asistencial como en la docencia, la gestión y la investigación.

Especialmente significativos fueron los cambios en la atención primaria, donde con el desarrollo de la consulta de enfermería se pasó “de ser enfermeras de médicos a enfermeras de ciudadanos” (Antón Nardiz, 1989:167), dándose un fuerte impulso a la enfermería comunitaria, enfocada hacia las actividades de prevención, educación para la salud y seguimiento de crónicos, que son precisamente las tareas que mejor encajan en la lógica del cuidar como algo independiente del curar. Una orientación que no coincidía con las aspiraciones de buena parte de las bases profesionales que trabajaban en el ámbito hospitalario, quienes habían visto en la reforma de la atención primaria impulsada por el primer gobierno socialista 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. La naciente

construcción identitaria de la enfermería como la profesión del cuidado y su énfasis en relaciones terapéuticas emocionalmente intensas con los pacientes contribuyó, como consecuencia no buscada durante el proceso, a devaluar el trabajo que, con un alto nivel de eficiencia, venían desarrollando las enfermeras hospitalarias. En el nuevo discurso del cuidado, el ATS se convirtió en una figura arcaica que había que superar, lo que se hizo a costa de construir una imagen simplificada de su contribución a los servicios de salud y de su papel en la división del trabajo sanitario, pues, aunque la relación de dependencia funcional con los médicos era mucho más marcada que la que tienen hoy en día los DUE y los Graduados en Enfermería, la pericia técnica y la competencia en el trato con el paciente de los hombres y, sobre todo, las mujeres ATS de comienzos de la década de 1980 era mucho mayor de lo que a posteriori se ha contado⁶ (Infante, 2003).

Precisamente diez años después del comienzo de esta fase de cambios acelerados en la enfermería española, cuando con la aprobación en 1987 de un Real Decreto 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 (la de Matrona y la de Salud Mental), 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 (Antón Nardiz, 1999). Tras un periodo de aparente letargo, los últimos años parecen haber supuesto un nuevo impulso en el desarrollo profesional de la enfermería española, con la transformación de la Diplomatura de tres años en un Grado Universitario de cuatro (en 2013 se tituló la primera promoción de enfermeras graduadas), los debates en torno a la prescripción enfermera, la implantación de la carrera profesional de enfermería y la puesta en marcha de las especialidades reguladas primero por el *Real Decreto 450/2005* y posteriormente por el *Real Decreto 639/2014*.

Resulta tentador tratar de explicar los estancamientos, avances, retrocesos y acelerones en el desarrollo profesional de la enfermería a partir de la confrontación entre la cultura femenina de los cuidados enfermeros y la cultura masculina del modelo biomédico de la curación. Esta aproximación estaría avalada por el privilegio explicativo que los estudios sociológicos sobre la enfermería han otorgado a las relaciones de género y a las relaciones interprofesionales con los médicos, por las fructíferas explicaciones que desde esas aproximaciones se han obtenido y por el hecho de que sean precisamente esas variables las que señalan, de forma mayoritaria, los representantes de la enfermería española a la hora de dar cuenta de su situación. No obstante, como señala Isabelle Féroni (2000), los discursos identitarios elaborados por la élite profesional, que insisten en las relaciones de género y en la relación de subordinación con respecto a los médicos, no son sólo descriptivos, sino también reivindicativos, y dejan a un lado aspectos como el estatus salarial del trabajo enfermero y su inscripción en organizaciones sanitarias complejas sometidas a fuertes transformaciones, realidades que si no son

⁶ La mayor parte de los ATS varones ejercían como practicantes en los ambulatorios de zona donde, en aquellos años, su trabajo 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.

tenidas en cuenta pueden provocar que el análisis resulte cautivo de la representación de la actividad profesional construida por las propias enfermeras, teniendo así problemas a la hora de producir efectos de conocimiento autónomos.

La advertencia precedente no pretende negar la pertinencia 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 de las relaciones salariales 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.

3. Empleos de cuidado en el sector sanitario

Atender a la realidad salarial que conforma el trabajo y la profesión enfermera supone 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 (Alaluf, 1993). La propia legislación sobre los profesionales de la salud 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. La *Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias* incluye a la enfermería dentro de las profesiones facultativas, es decir, aquellas que ejercen una serie de tareas que exclusivamente pueden realizar quienes cuentan con un título específico que les habilita para ello. Sin embargo, la misma ley 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 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.

La delimitación del área competencial de la enfermería ha estado plagada de confrontaciones con otras profesiones, muchas de las cuales han acabado resolviéndose en los Tribunales de Justicia, en los que la profesión enfermera ha litigado fundamentalmente con los técnicos sanitarios y con los médicos. Las áreas de conflicto más recientes con este último colectivo han sido la prescripción enfermera y las especialidades de enfermería diseñadas en 2005, cuyos programas formativos, según han ido siendo elaborados, se han ido impugnando, finalmente sin éxito, por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

En el día a día de los servicios salud, la asunción de unas u otras funciones por cada colectivo profesional, así como la potestad para indicar a un profesional de otra categoría cómo debe desempeñar su trabajo provocan cotidianamente lo que Serafin Fernández-Salazar (2013) denomina gráficamente (haciendo un juego de palabras intencionado con los géneros con el que expresa que esta variable no es, a este respecto, necesariamente la más relevante) “las peleicas entre médicas y enfermeros”. Si bien la mayor parte de las funciones que debe realizar cada colectivo profesional está delimitada en guías de práctica asistencial y en protocolos de actuación, 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 los auxiliares de enfermería o los técnicos sanitarios, e incluso entre las propias enfermeras.

Las tensiones señaladas se producen en organizaciones sanitarias en las que la enfermería se ha visto progresivamente inmersa en procesos de racionalización productiva, en los que se desarrolla una cada vez más intensa organización flexible del trabajo. Las cadencias de trabajo se han acelerado, inducidas por la puesta en marcha de tratamientos muy ajustados al estado de los pacientes, 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. En cuanto a los procesos de trabajo, se ha producido una protocolización y una estandarización crecientes, ligadas a una búsqueda de la disminución del tiempo de estancia de los pacientes en los hospitales, al aumento de la especialización de las unidades y a un intento de mejorar la eficiencia en la articulación de los sectores intra y extrahospitalarios. Estas transformaciones han sido algunas de las respuestas que, desde la década de 1990 y con el aumento de los costes sanitario, se han desarrollado a través de lo que se ha conocido como *las nuevas formas de gestión pública*, que han alterado las temporalidades, hasta entonces mucho más estables, del empleo, el trabajo y la articulación de la vida laboral y doméstica de las enfermeras (Meseguer, 2008). Estas nuevas formas de gestión pública 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, ligados en muchas ocasiones a casos de corrupción (Rubio, 2014).

Durante muchos años la enfermería en España ha sido una profesión especialmente atractiva por requerir una formación relativamente corta y dar acceso a un empleo con mucha estabilidad. 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, pero hasta hace no muchos años la empleabilidad de las nuevas enfermeras egresadas era bastante alta y, 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. La principal característica diferencial de la enfermería española frente a los países de nuestro entorno es la existencia de un desempleo estructural, que ni siquiera consigue mitigar la alta emigración de enfermeras que buscan trabajo fuera de España (Hernández Yáñez, 2015). Según el estudio más riguroso de los realizados en los últimos años, el número de enfermeras potencialmente activas (que están trabajando o quieren trabajar) en España se sitúa entre las 205.000 y las 225.000, existiendo una tasa de desempleo que, eliminando los efectos estacionales, se encuentra entre el 6,9% y el 7,6%. Del personal con empleo, el 62% tiene un contrato fijo, el 25% un contrato eventual, el 11% es interino y el 2% está realizando su especialización como Enfermero Interno Residente. Entre los titulados en enfermería sin empleo como enfermera, un 7% tiene un trabajo sanitario de inferior categoría o trabaja en una actividad que nada tiene que ver con lo sanitario (a este colectivo podría calificársele como subempleado). El 22% de los desempleados y el 23% de los subempleados no han trabajado nunca como enfermera, y el 82% de los primeros y el 77% de los segundos llevan buscando empleo desde hace más de un año. Del personal que ha estado desempleado en algún momento del año, la duración media de su último contrato fue de 3,8 meses, y 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 sus contratos duraron de más de seis meses (Hernández Yáñez, 2014a).

Las segmentaciones internas y los diferentes espacios y situaciones desde los que se desarrolla el trabajo enfermero han provocado que, dentro de la propia profesión, las posiciones ante el cuidado maticen la visión dicotómica con la que a finales de la década de 1970 se llevó a cabo la separación conceptual entre el cuidar y el curar⁷. En la universidad, durante muchos años, el acceso al doctorado ha pasado por licenciarse en otros estudios que, en la mayoría del personal que ha hecho carrera académica, solían ser del área de las ciencias sociales y jurídicas, lo que ha reforzado la inclinación por los aspectos más sociales y relacionales de la práctica enfermera. Desde esta concepción del cuidado, se reprocha que en ciertos centros sanitarios las enfermeras con capacidad de decisión tengan una visión demasiado rutinaria del trabajo y que no pongan más empeño en orientar la profesión hacia el trato íntimo e integral hacia el paciente. Por su parte, la queja

⁷ La clasificación de los diferentes posicionamientos ante el cuidado que se realiza es intencionadamente simplificadora. Dentro de la enfermería española abundan los matices y en cada uno de los grupos señalados es posible encontrar discursos muy heterogéneos. Estos matices han sido obviados en aras de una claridad expositiva que, sin aspirar a ser extensiva, plantea posicionamientos significativos observados en la enfermería española.

principal de muchas direcciones y supervisiones hospitalarias se dirige hacia la inadaptación de las recién diplomadas o graduadas a ciertos puestos de trabajo. En muchas ocasiones se señala que las enfermeras recién salidas de la universidad no son rentables en los hospitales, pues tienen una formación demasiado teórica y poco adaptada a la realidad cotidiana. Por otro lado, muchas enfermeras jóvenes o que todavía están estudiando se quejan de ser formadas en un tipo de cuidados que son poco frecuentes en los trabajos que deben desarrollar. En las bases asistenciales de la profesión abundan las expresiones de frustración por no poder dedicar más tiempo al cuidado (lo que se expresa junto a la queja por condiciones de trabajo muy densas), pero también la indiferencia ante este tema y las actitudes que tratan de superar las dificultades laborales cotidianas con altas dosis de implicación personal.

Durante los últimos cuarenta años la enfermería española no sólo se ha formado en diversos modelos y teorías de la práctica enfermera importados de otros países, sino que también ha contribuido a la innovación y a la investigación, participando en debates y en publicaciones internacionales. La enfermería española ha adaptado y ha incorporado a sus prácticas los diversos lenguajes y metodologías desde los que la profesión desarrolla y socializa, con la participación de enfermeras de todo el mundo, sus conocimientos y procedimientos (con taxonomías de diagnóstico, resultados e intervenciones enfermeras como la NANDA-I, la NIC y la NOC⁸). De esta forma, los cuidados enfermeros han adquirido una formalización que permite su protocolización y su transmisión a través de guías de práctica asistencial, lo que los universaliza, al tiempo que demanda una adaptación de estos protocolos a cada situación concreta. Muchos de estos procesos de cuidado son realizados por las enfermeras de forma autónoma, aunque también otros muchos son el resultado de la coparticipación de otros profesionales, desde los auxiliares de enfermería hasta los médicos, pasando por fisioterapeutas o psicólogos. El trabajo enfermero, tanto el que se realiza de forma aislada como el que se lleva a cabo junto a otros profesionales, se ejerce en contextos donde la tecnología y la farmacología permiten que gran parte de las prácticas sanitarias se automaticen, al tiempo que los procesos de trabajo tienden a racionalizarse y estandarizarse, lo que por un lado resta autonomía al trabajador, pero por otro abre la puerta a la innovación y la experimentación en nuevos procesos de cuidado. Actividades, todas ellas, sometidas a evaluaciones y mediciones constantes, tanto de sus resultados como de sus costes, en un entorno sanitario en el que el ahorro de toda intervención cuyo beneficio clínico no haya sido probado se ha convertido en una prioridad por parte de la gestión.

Las fuertes transformaciones a las que se está viendo sometido el contexto laboral en el que ejerce la enfermería española obligan a dejar de priorizar, como marco interpretativo de su evolución, las relaciones interprofesionales entre médicos y enfermeras y las relaciones de género que las acompañan⁹, al menos en

⁸ Siglas, a partir de sus iniciales en inglés, de la taxonomía de diagnósticos de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería-Internacional (NANDA-I), la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).

⁹ Las enfermeras españolas de edad más avanzada, ya jubiladas o a punto de jubilarse, relatan cómo durante los primeros años de su ejercicio profesional eran cotidianas coreografías de género como la que Leonard I. Stein (1967) describió en el *juego médico-enfermera*, según el cual se espera que la enfermera participe en las

la medida en que afirmaciones como la siguiente no se corresponden con la compleja realidad de unos servicios de salud que ya no pueden seguir describiéndose como:

Quasifamilias 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).

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. 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 (tanto en lo que respecta a sus años de formación inicial como a sus procesos de formación continua) 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), se puede observar cómo, en la realidad sanitaria actual, un número creciente de ocupaciones ha visto ampliadas el tipo y el número de tareas que potencialmente puede realizar, lo que aumenta las combinaciones posibles entre categorías profesionales y puestos de trabajo o funciones. Los conflictos en torno a la prescripción enfermera son una de las caras más visibles del movimiento descrito y de cómo, en estos procesos de articulación entre funciones y profesiones, la defensa y la definición de los ámbitos competenciales se convierte en uno de los principales hechos constitutivos de las propias profesiones.

Así, en 2005 el anuncio de una nueva legislación sobre los medicamentos lanzó el debate sobre la prescripción enfermera. El año siguiente el Consejo General de Enfermería (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. Desde entonces, los representantes colegiales de la profesión no han dejado de reclamar la habilitación de la prescripción enfermera. Pese a la impronta que en el discurso identitario de la enfermería española ha tenido su definición como la profesión del cuidado, apenas ha habido voces dentro

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 único sujeto activo y con saberes legítimos de la relación. Esta coreografía es, a día de hoy, una rémora del pasado que sólo se reproduce en algunas pocas unidades asistenciales. La progresiva feminización de la profesión médica, el orgullo en el valor de la enfermería como profesión en el que se viene socializando desde hace años a las enfermeras y las transformaciones en las relaciones de género que se han dado en el conjunto de la sociedad explican el progresivo ocaso del juego médico-enfermera descrito por Stein, lo que no implica que otras coreografías de género hayan dejado de reproducirse cotidianamente en el sector sanitario, ni que los médicos hayan abandonado su autopercepción de ser los profesionales centrales del sistema, alrededor de los cuales habrían de pivotar el resto de trabajadores de la salud. Las desigualdades laborales y de género persisten en el sistema sanitario español, no desapareciendo, sino transformándose.

de la profesión que hayan puesto en cuestión que la enfermería deba asumir la prescripción de medicamentos como una de sus competencias¹⁰. El hecho de que, aunque sea tímidamente, también se esté empezando a debatir sobre figuras como la enfermería de práctica avanzada, que asumiría roles tradicionalmente adscritos a la medicina (Carrera y Lázaro, 2011), indica que la separación conceptual entre curar y cuidar como términos excluyentes podría estar dejando de ser el referente identitario único y hegemónico de la enfermería española.

Por su parte, el aumento de un año en la formación inicial enfermera con la sustitución de la Diplomatura por el Grado de Enfermería y la puesta en funcionamiento de la formación especializada, bajo la fórmula de Enfermero Interno Residente, en las especialidades diseñadas en 2005 apuntan hacia una reorganización de los mapas competenciales de la sanidad española y de los roles enfermeros, al menos si atendemos a los argumentos económicos expresados por Marina Geli cuando era Consellera de Sanitat de la Generalitat de Catalunya y decía que:

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).

Sin embargo, objetivos como los manifestados por Geli, similares a los de todo gestor, de economizar gastos asociando cada función productiva a aquel colectivo de trabajadores que, contando con las competencias necesarias, esté ligado a un volumen salarial menor¹¹, no encuentran 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 y automatización de muchas tareas son factores que permiten explicar por qué hoy existe un virulento cuestionamiento de los mapas competenciales tradicionales, pero el rumbo que tomen las transformaciones está abierto a múltiples contingencias.

El análisis de los cuidados de enfermería atendiendo al trabajo asalariado que los conforma permite constatar que, en el sector sanitario español, la asignación de unos u otros profesionales a unas u otras tareas está viviendo un proceso de profunda reformulación, de tal forma que la frecuencia con la que dichas asignaciones son revisadas se está viendo acelerada. Estas revisiones se están

¹⁰ Sin cuestionar la asunción de la prescripción como una competencia propia de la enfermería, las palabras de José Ramón Martínez Riera son ilustrativas de la identidad enfermera construida en torno a una imagen del cuidado como práctica semiartesanal, independiente, diferente y superior a otras prácticas sanitarias: "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).

¹¹ 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 asistenta 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).

produciendo y experimentando desde espacios cada vez más amplios, variados y descentralizados, lo que está teniendo efectos de una gran ambivalencia. Por un lado, está permitiendo la aparición de novedosas formas en el ejercicio de la enfermería y de experimentación en procesos de cuidado innovadores, como la antes mencionada enfermería de práctica avanzada que asume competencias tradicionalmente adscritas a la medicina, la enfermería gestora de casos que actúa como enlace entre el sector hospitalario y la atención primaria (Fernández Rodríguez *et al.*, 2007), la gestión enfermera de la demanda que clasifica e interviene en aquellos casos que precisan de atención prioritaria (Varela, 2013) o la consulta de asesoramiento sobre violencia de género desde un enfoque psicosocial contextualizado que prioriza la empatía, la escucha y el respeto a la autonomía de cada mujer (Toribio, 2014). Sin embargo, por otro lado, la puesta en cuestión del área competencial de las distintas profesiones de la salud se está produciendo en un contexto de creciente precarización en el empleo, lo que está generando tensiones entre los distintos colectivos profesionales y dentro de cada uno de ellos. La intensa polémica generada a comienzos de 2014 a partir de la campaña *DUE no es GRADO*, con la que la nueva generación de enfermeras graduadas procuró poner en valor su año suplementario de formación, rememora la subestimación con la que la enfermería universitaria ha tratado a sus predecesores ATS desde la elaboración de la separación conceptual entre cuidar y curar, que operó como elemento de distinción y diferenciación dentro del competitivo ecosistema de las profesiones sanitarias, constituyendo también la argamasa identitaria desde la que concebir cierta unidad en una profesión tremendamente diversa cuyas costuras, hoy en día, se están tensionando.

De este modo, la sanidad española está viviendo una intensa transformación en las relaciones, antes unívocas y con vocación de permanencia, entre los puestos que hay que cubrir y los perfiles de los trabajadores que se ocupan de ellos. La gestión de estos procesos ha generado nuevas modalidades de movilización productiva de los trabajadores, entre las que destaca la carrera profesional del personal sanitario. Basada en los modelos de movilización de competencias, desde el punto de vista de las gerencias la carrera profesional ha sido concebida como un modo de gestión organizativa a partir de la evaluación individualizada de los esfuerzos productivos y formativos de cada trabajador. Sin embargo, en palabras de Antonio Jiménez Gómez, Subdirector de Recursos Humanos del Servicio Cántabro de Salud durante la fase de implantación transitoria de la carrera profesional sanitaria en esa Comunidad Autónoma, la posición sindical habría impedido alcanzar dichos fines:

Había teorizado acerca de la necesidad de un sistema de desarrollo profesional horizontal que eliminara la rigidez de las jerarquías y del ascenso vertical como única forma de progreso en el Sistema Nacional de Salud. (...) Se ha defendido con ardor una herramienta de incentivación, como la carrera y después de bregar duramente para implantar un modelo concreto, se observa cómo en su aplicación práctica quedó muy lejos de lo pensado por sus impulsores legislativos; tras la obligada negociación sindical, reducida a un mero complemento retributivo más, aunque de cuantía nada desdeñable (Jiménez Gómez, 2010: 141).

En un contexto en el que las formas flexibles en el empleo del sector sanitario van aumentando y con la progresiva hibridación entre la sanidad pública y la

sanidad privada en las formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, la posición adoptada por los sindicatos ante la carrera profesional constituye un mecanismo de protección colectiva ante la individualización de las relaciones laborales que supone la carrera profesional. En la coyuntura actual, los sindicatos de la sanidad han conseguido situar como elementos valorizables en la carrera profesional aspectos objetivables y compatibles con toda la profesión (como la antigüedad o el tiempo de formación), frente a otros elementos (previstos en muchos de los borradores sobre las carreras profesionales en las distintas Comunidades Autónomas) como el compromiso con la institución o el desempeño adecuado de una serie de funciones, dimensiones mucho más dependientes de evaluaciones individualizantes, que podrían dotar de un gran poder de discrecionalidad a la gestión a la hora de decidir sobre la competencia o incompetencia de cada trabajador. Nada indica que si la correlación de fuerzas cambia estos procesos de gestión por competencias puedan terminar acentuándose en la enfermería española, lo que no sería mal visto por amplias capas del colectivo, que entienden que permitiría primar el esfuerzo personal, aún a costa de segmentar la profesión.

La flexibilidad creciente, que se observa en el sistema sanitario español, entre las funciones que han de desempeñarse y las categorías ocupacional que ha de ocuparse de cada una de ellas apunta hacia un panorama en el que la competencia entre las diferentes profesiones, y dentro de cada una de ellas, se combinará con acuerdos interprofesionales y con transformaciones en los perfiles competenciales y en las propias profesiones. El proceso será, sin duda, ambivalente: al igual que en la 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 generarán 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 puede generar beneficios (aunque también perjuicios) tanto para los pacientes como para los trabajadores implicados. La viabilidad de unas u otras orientaciones vendrá mediada por los costes, la productividad y los resultados en salud que demuestre cada servicio, así como los diferentes profesionales implicados. A día de hoy, 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 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).

En un contexto profesional con tanta competencia como el actual, las segmentaciones e intereses divergentes dentro de cada profesión pueden resultar determinantes para su evolución. En este sentido, desde algunos sectores de la enfermería española se está advirtiendo del riesgo que suponen las tensiones

internas que se están manifestando dentro de la profesión¹² pues, como señala Ana Rincón (2014), “la enfermería desunida siempre será vencida”. La enfermería española es un colectivo muy amplio, diverso y segmentado pero, a diferencia de otras profesiones sanitarias, en las que existe una extensa participación de los diferentes sectores profesionales (colegios, sindicatos, sociedades científicas, representantes del mundo universitario, etc.) en los espacios de negociación sobre los problemas que atañen a sus respectivas profesiones, la Mesa Estatal de la Profesión Enfermera está compuesta exclusivamente por el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería y el sindicato corporativo mayoritario SATSE, quedando fuera un amplio conjunto de asociaciones enfermeras, núcleos de estudio e investigación y agrupaciones sectoriales, en las que hoy en día reside gran parte del dinamismo de la profesión. No obstante, se advierten ciertos movimientos dentro de la profesión que indican que los espacios colectivos desde los que hasta ahora la enfermería venía actuando en el ecosistema profesional de la sanidad podrían estar reconfigurándose (cierta oposición a las posturas hegemónicas dentro del Consejo General de Enfermería y de los colegios provinciales, contactos, campañas y agrupaciones de sociedades científicas que pretenden tener mayor incidencia política, etc.), lo que cabría entender como una respuesta ante un escenario que, al modificar las relaciones tradicionales entre puestos de trabajo y profesiones, parecería estar constituyendo nuevos sujetos colectivos más adaptados a la cambiante situación.

4. Dinámicas de recomposición del cuidado profesionalizado

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).

La construcción del cuidado como objeto de estudio de las ciencias sociales ha dado pie a múltiples conceptualizaciones (Thomas, 1993; Letablier, 2007). El espacio común o *exceso de sentido* de estas conceptualizaciones supone abordar el cuidado como una actividad feminizada que proporciona bienestar a las personas que lo reciben y cubre necesidades sociales, situando en un segundo plano el análisis del cuidado desde la perspectiva del trabajo. Según Teresa Torns, la hegemonía de estas miradas se explicaría porque la mayoría de los debates y estudios sobre el cuidado están siendo “protagonizados por teóricas del feminismo y especialistas en bienestar, anglosajonas en su mayoría, más o menos sensibles a la perspectiva de género, y no sólo por especialistas en trabajo” (Torns, 2008: 65), pero también porque el término cuidado “y su aportación al bienestar son

¹² Entre las matronas desde hace años existen voces que apuestan por desligarse de la enfermería y constituirse como profesión independiente, las tensiones entre el personal fijo y el eventual son frecuentes, las disparidades salariales entre Comunidades Autónomas también han sido objeto de discusión, los graduados y las enfermeras especialistas parecen aspirar a ciertas posiciones más ventajosas, los objetivos de las enfermeras de atención primaria muchas veces no coinciden con los de las que trabajan en hospitales, muchas bases profesionales no se sienten representadas por sus líderes sindicales o colegiales, el desempleo resulta especialmente desmotivador, etc.

cuestiones más fáciles de asumir y reivindicar en positivo que las condiciones de precariedad y subordinación que acompañan al conjunto del trabajo femenino” (ibíd.).

En este artículo, por el contrario, hemos analizado la enfermería española situando en el centro del análisis la dimensión de trabajo que comportan los cuidados (profesionalizados, en este caso). Hemos observado cómo, desde la elaboración de una separación conceptual entre cuidar y curar como términos mutuamente excluyentes, la enfermería se autodefinió en la década de 1970 como la profesión del cuidado, en su pretensión por dotarse de un espacio competencial propio no subordinado a la práctica médica y por influir en el desarrollo de nuevas orientaciones y servicios sanitarios. Al analizar el cuidado como una categoría de la práctica social que la enfermería ha utilizado como herramienta de promoción profesional, hemos comprobado que la delimitación de los contenidos y los protagonistas de los cuidados en el sector de la salud responde a heterogéneas dinámicas productivas que justifican atender a las relaciones salariales desde las que se despliegan en nuestros días los cuidados profesionalizados. Así, hemos observado cómo la organización del trabajo sanitario durante los últimos cuarenta años se caracteriza 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 permiten 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 posibilita la experimentación de nuevas formas de desarrollar los servicios sanitarios en general, y los cuidados de enfermería en particular, pero también genera múltiples tensiones en la delimitación de los mapas competenciales de las diferentes profesiones.

Las relaciones, antes unívocas y con vocación de permanencia, entre los puestos de trabajo que hay que cubrir y el tipo de trabajadores que se ocupan de ellos, resultan cada vez menos estables, lo que no sólo transforma las funciones que debe ejecutar cada profesión, sino que también está generando tensiones dentro de la propia enfermería, en un contexto de precarización del empleo y creciente segmentación interna. Una de las vías desde las que la enfermería está interviniendo en esta coyuntura de transformación de los límites competenciales de las profesiones sanitarias es el de la visibilidad. Campañas como la exitosa *Enfermería Visible* pretenden dar a conocer al conjunto de la sociedad la importancia del trabajo enfermero, en un sistema sanitario en el que la centralidad de la figura médica eclipsa al resto de profesionales¹³. En el seno de la profesión

¹³ La rueda de prensa y el seguimiento informativo tras la superación del caso de ébola por la auxiliar de enfermería infectada en España en octubre de 2014 resultan especialmente ilustrativos de esta situación: en dicha rueda de prensa las únicas caras visibles del equipo multidisciplinar que había atendido a Teresa Romero fueron las de los médicos. A través de la campaña *Enfermería Visible* el colectivo enfermero, junto con otros profesionales que trabajan en el sector sanitario, como los auxiliares y el personal de limpieza, consiguieron denunciar a través de los grandes medios de comunicación la invisibilidad y el escaso reconocimiento que suelen recibir sus contribuciones a los servicios de salud.

enfermera siguen siendo mayoritarias las posturas que apuestan por visibilizar una enfermería centrada en el cuidado como factor diferencial de su trabajo¹⁴. No obstante, también surgen voces que señalan la importancia de contrastar la distancia existente entre la realidad profesional cotidiana y el ideal identitario desde el que se expresa hegemonicamente la profesión (González García, 2013; Sastre, 2014). Una distancia que 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).

El análisis de los cuidados de enfermería en España atendiendo empíricamente al trabajo asalariado desde el que se despliegan muestra el alto grado de protocolización que han adquirido, lo que constituye precisamente la condición de posibilidad para la experimentación de nuevas prácticas terapéuticas. 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 efectivamente desarrollados distan bastante del componente holístico y humanista que puede leerse en muchos manuales sobre modelos y procesos de atención de enfermería. 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. Y 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 con 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

¹⁴ La campaña *Mírame, diferénciate*, a la que se han adherido múltiples organizaciones y enfermeras a título individual, ha sido especialmente activa durante los últimos años. El equipo promotor definía 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, 2011).

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 Juan F. 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, 2014b).

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.

5. Bibliografía

- Alaluf, M. (1993). El empleo, una relación social inestable. En F. Michon y D. Segrestin (Comp.), *El empleo, la empresa y la sociedad* (pp. 305-312). Madrid: MTSS.
- Allen, D. (2004). Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*. 11 (4): 271-283.
- 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. (1999). *Las enfermeras, entre el desafío y la rutina*. Madrid: Díaz de Santos.
- Arroyo, M. P. (2009). La titulación de grado en Enfermería y las competencias profesionales. *Revista de Administración Sanitaria*. 7 (2): 275-283.
- Bourdieu, P. (2003). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Carrasquer, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 31 (1): 91-113. DOI: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CRLA.2013.v31.n1.41633
- Carrera, M. y Lázaro, M. (2011). Enfermería de Práctica Avanzada. *Nuberos Científica*. 1 (5). En <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/2/16>
- Consejo General de Enfermería (2006). *Marco referencial para la prescripción enfermera*. En <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0151.pdf>
- Ehrenreich, B. y English, D. (1988). *Brujas, comadronas y enfermeras*. Barcelona: LaSal.
- Feito, L. (2000). *Ética profesional de la enfermería*. Madrid: PCC.

- Fernández Rodríguez et al. (2007). Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). *Enfermería Global*. Núm. 10: 1-11.
- Fernández-Salazar, S. (2011). De mirarnos por primera vez. En <http://www.diferenciate.org/de-mirarnos-por-primera-vez/>
- Fernández-Salazar, S. (2013). Las “peleicas” entre médicas y enfermeros: #decisionesclinicas. En <http://www.cuidando.es/las-peleicas-entre-medicas-y-enfermeros-decisionesclinicas/>
- Féroni, I. (2000). L'identité infirmière vue par ses élites. En G. Cresson y F. X. Schweyer (Dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail* (pp. 31-36). Rennes: École Nationale de la Santé Publique.
- Freidson, E. (1978): *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- González García, A. (2013). Visibilidad de los cuidados enfermeros. En <http://www.gestiondeenfermeria.com/visibilidad-de-los-cuidados-enfermeros/>
- Hernández Martín, F. et al. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*. Núm. 2: 21-35.
- Hernández Yáñez, J. F. (2014a). Realidad laboral de las Enfermeras en España 2014. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/07/LABENF143.html>
- Hernández Yáñez, J. F. (2014b). #EnfermeríaCura. En <http://juherya.blogspot.com.es/2014/12/EnfermeriaCura.html>
- Hernández Yáñez, J. F. (2015). Los desemplecarios (o Spain is different). En <http://juherya.blogspot.com.es/2015/03/los-desemplecarios-o-spain-is-different.html#more>
- 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*. Núm. 6: 123-140.
- Jiménez Gómez, A. (2010). La carrera profesional. ¿Una oportunidad perdida? *Revista de Administración Sanitaria*. 8 (1): 141-145.
- Letablier, M. T. (2007). El trabajo de “cuidados” y su conceptualización en Europa. En C. Prieto (Ed.), *Trabajo, género y tiempo social* (pp. 64-84). Madrid: Hacer-UCM.
- 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.
- Martínez Riera, J. R. (2008). Prescripción enfermera. Ni sí ni no, sino todo lo contrario. *Rev. e-Ras*. En <http://opinionras.com/?q=taxonomy/term/15/all&page=4>
- Meseguer, P. (2008). El tiempo de trabajo de las Administraciones Públicas: de la lógica burocrática a las nuevas formas de gestión pública. En C. Prieto et al. (Coord.), *Nuevos tiempos del trabajo* (pp. 312-353). Madrid: CIS.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. En <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- Pérez Orozco, A. y López Gil, S. (2011). *Desigualdades a flor de piel: cadenas globales de cuidados*. Madrid: ONU Mujeres.
- Rincón, A. (2014). La enfermería desunida siempre será vencida. En <http://planeir.blogspot.com.es/2014/02/la-enfermeria-desunida-siempre-sera.html>
- Rubio, M. (2014). *Tu salud, nuestro negocio*. Madrid: Akal.
- Sastre, M. (2014). Recuperar nuestra esencia enfermera. En <http://www.nuestraenfermeria.es/recuperar-nuestra-esencia-enfermera/>
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.

- Stein, L. I. (1967). The Doctor-Nurse Game. *Archives of General Psychiatry*. 16 (6): 699-703. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730240055009>
- Thomas, C. (1993). De-constructing concepts of care. *Sociology*. 27 (4): 649-669. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0038038593027004006>
- 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*. Núm. 15: 53-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/empiria.15.2008.1199>
- 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>
- Verwaest, J. (1993). Comment allier pénurie de personnel et management des ressources humaines en milieu hospitalier. *Point d'appui TEF*. Dossier 10: 55-64.