

Los cuidados en la configuración de la identidad profesional de la enfermería española

Pablo Meseguer Gancedo¹

Recibido: 24-04-2020 / Aceptado: 28-10-2020

Resumen. La enfermería española expresa recurrentemente su malestar por su escaso reconocimiento social pese a que diferentes encuestas muestran una alta valoración de la profesión por parte de la sociedad española. Esta aparente contradicción es interpretable a partir del proceso, iniciado en la década de 1970, de reconfiguración de la identidad profesional de la enfermería española como profesión del cuidado frente a la figura auxiliar de la práctica médica que le había precedido. Un proceso que ha contribuido a transformar y prestigiar la profesión, pero que también ha tenido el efecto no buscado de reforzar la imagen de una enfermería que sería más una 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.

Palabras clave: identidad profesional; cuidados; enfermería; desigualdad de género.

[en] Care in the shaping of professional identity of the Spanish nursing sector

Abstract. The Spanish nursing sector repeatedly voices its discomfort due to its low social recognition despite the fact that different surveys show a high valuation of the profession by Spanish society. This apparent contradiction is interpretable from a process, which began in the 1970s, of reshaping the professional identity of the Spanish nursing profession as that of a care profession, compared to the auxiliary figure of medical practice that had preceded it. This process has contributed to transforming and giving prestige to the profession, but it has also had the unintended effect of reinforcing the image of nursing as a way of acting with tenacity, will, and dedicated self-denial rather than a profession dedicated to performing care tasks with a high degree of complexity and with which the population is cared for and cured.

Keywords: professional identity; care; nursing; gender inequality.

Sumario. 1. Introducción. 2. El imaginario necesario del cuidado. 3. La contraimagen necesaria del ATS. 4. De la identidad a la visibilidad 5. Una identidad profesional construida desde fuera del ámbito asistencial. 6. Bibliografía.

Como citar: Meseguer Gancedo, P. (2021). Los cuidados en la configuración de la identidad profesional de la enfermería española. *Polít. Soc. (Madr.)* 58(1), e69007. <https://dx.doi.org/10.5209/poso.69007>

Agradecimientos. Estoy muy agradecido a todas las enfermeras, y de forma muy especial a Luis María Infante Gómez, que brindándome su tiempo me han ayudado a aproximarme a las muchas realidades que componen su profesión.

1. Introducción

En 2003 la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias reconoció jurídicamente los cuidados de enfermería como el espacio competencial propio de esta profesión, delimitando así su actividad desde la autonomía con respecto a la práctica médica y la interdependencia de ambas disciplinas (junto a otras profesiones del campo de la salud) en la prestación de servicios sanitarios a la población. Este reconocimiento jurídico no ha impedido que, a día de hoy, sigan siendo recurrentes las voces que expresan su malestar por el escaso reconocimiento social que sufre la profesión. Un malestar que, sin embargo, contrasta con otros indicadores que muestran una alta valoración del trabajo enfermero por parte de la sociedad española.

Este artículo aborda esta aparente contradicción por medio del análisis de un proceso previo que sirvió como base para el reconocimiento jurídico del espacio competencial propio de la enfermería española: la configuración, iniciada en la década de 1970, de la identidad enfermera como profesión del cuidado frente a la figura auxiliar de la autoridad médica que le había precedido. Para ello, y desde la pretensión de contribuir al fértil campo de estudio y debate que vienen constituyendo los análisis sobre los trabajos de cuidados, nos serviremos de algunas de las herramientas teóricas proporcionadas por la sociología de las profesiones y un

¹ Instituto de Salud Carlos III (España).
E-mail: pablo.meseguer@isciii.es

material empírico compuesto de entrevistas en profundidad a enfermeras y fuentes secundarias de corte documental (fundamentalmente libros, revistas, manifiestos y blogs de miembros y colectivos de la enfermería española). Prestaremos especial atención a algunos episodios de la historia reciente de la enfermería española que resultan particularmente ilustrativos de las tensiones que han atravesado el fenómeno analizado².

2. El imaginario necesario del cuidado

La titulación de ayudante técnico sanitario (ATS) se creó en 1953 con la unificación de tres formaciones anteriormente separadas: las de enfermera, matrona y practicante. 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 masculinas estaban ligadas a las facultades de Medicina, las de ATS femeninas se ubicaban en los hospitales; mientras que los primeros contaban 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. Salvo en los casos excepcionales de unas pocas escuelas de ATS masculinas (y solo en lo que respecta a la obligatoriedad de las prácticas, nunca al régimen de internado), esto no sucedía con los alumnos varones.

La creación de 131 hospitales de la Seguridad Social entre 1951 y 1977 generó una importante demanda de ATS. Paralelamente se 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. Estas fueron asumidas por la nueva figura, creada en 1960, de auxiliar de clínica en instituciones hospitalarias y sanatoriales.

Una década más tarde se empezó a plantear un cambio en el plan de estudios de los ATS. Pese a que los primeros proyectos gubernamentales apostaban por que la formación profesional continuara siendo el espacio de aprendizaje de la enfermería, las presiones del colectivo consiguieron que en 1977 se crease el título de diplomado universitario en enfermería (DUE). La titulación universitaria no solo 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 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 Virginia 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. 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), por lo que resultaba incuestionable que “el médico prescribe, dirige el plan; el ATS ejecuta lo mandado” (ibid.: 82). Con la asunción por parte de las enfermeras de su propia formación, se habilitó un espacio de socialización en una concepción diferente 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.

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, y en un contexto en el que los cuidados estaban ocupando un lugar central en las reflexiones y prácticas de los feminismos culturales y de la diferencia, la enfermería se autodefinió como la profesión del cuidado, conceptualizando la medicina como la profesionalización de las actividades de curar. Los miembros más visibles de este

² Gran parte del material empírico empleado fue producido originalmente para la elaboración de la tesis doctoral *Cuidar profesionalmente. Una aproximación a la profesión enfermera en España*, presentada en 2017 en la UCM y codirigida por Elena Casado y Carlos Prieto.

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. Estas 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 *et al.*, 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 las organizaciones sindicales, donde los varones de la enfermería ostentaban un control casi absoluto. Los argumentos de Infante 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 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.).

Si en la sanidad española hasta la década de 1980 *curar* y *cuidar* no habían sido términos empleados como mutuamente excluyentes, su separación conceptual puede observarse en tanto que proceso de configuración de un *imaginario necesario del cuidado*, 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 (Acker, 1991). 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.

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 construir³. En ese relato que asimila la enfermería al cuidado, la etapa en la

³ 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 solo 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).

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 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 biomédico) 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. 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. 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. Apareció la Dirección de Enfermería (que en los organigramas sanitarios se situó al mismo nivel que la Dirección Médica) y aumentaron las funciones enfermeras, tanto en el ámbito asistencial como en la docencia, la gestión y la investigación.

Los cambios que estaba viviendo la enfermería resultaron especialmente manifiestos para los pacientes en el primer nivel asistencial: los ambulatorios en los que los practicantes ejercían su trabajo en la sala de *curas* —y las enfermeras, sentadas al lado del médico y que ocupaban gran parte de su jornada laboral rellenando las recetas que luego estos firmaban— fueron sustituidos por centros de atención primaria en los que apareció la consulta de enfermería. No solo 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. 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).

Así, en el número 100 de la *Revista Rol de Enfermería* publicado en 1986, 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, 1986: 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 a través de la comparación que Tey i Freixa realiza entre 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 esta enfermera) y la del título de DUE a finales de la década de 1970. Una de sus principales diferencias habría sido 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. Se habilitó así 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 ya que, según Tey i Freixa, 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 DE⁴», 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 adquiera conciencia de que, quien ejerce la enfermería debe tener a orgullo ser llamado enfermero o enfermera. [...] Este es un reto para la nueva generación. Debe imponerse de una vez la normalidad en este punto, pues me parece muy difícil que pueda justificarse ante la irónica valoración de quienes les pedirán cuentas en el futuro (ibíd.: 23).

3. La contraimagen necesaria del ATS

Hemos visto cómo la construcción identitaria de la enfermería española en torno a sus cuidados 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 señalado 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 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 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 solo 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, el espacio laboral de la enfermería 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.

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. Aun 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 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 solo 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. Estas habían visto en la reforma de la atención primaria 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 este y la asistencia hospitalaria.

⁴ En ocasiones, es por medio de las siglas DE y no DUE como se hace referencia al título de Diplomado Universitario en Enfermería.

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, cuando 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 solo 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. [...] 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. 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 estas 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 Freixa, para las enfermeras con un título universitario, los ATS constituyen la rémora de un pasado que, desde su periodo formativo, 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).

Atendiendo a esta percepción, propiciada desde la universidad con respecto a la figura del ATS, no resulta extraño que se generaran intensas tensiones entre estos y los primeros DUE:

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: “Mandaba, 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 más que 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 solo 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 delante [...]. 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. Formada como DUE].

Pese a que muchas enfermeras formadas como ATS manifiestan que esta imagen no concuerda ni con su pasado ni con el presente de las muy pocas que quedan en activo, 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 vascular 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 que parece que somos menos enfermeras y más técnicos [enfermera del servicio de angiología y cirugía vascular de un hospital público de la Comunidad de Madrid. 34 años. Formada como DUE].

Como hemos señalado, la década que siguió a la puesta en marcha del título de DUE supuso una intensa transformación en la enfermería española, que tuvo en la enfermería docente una de sus principales impulsoras. 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 solo que de las siete especialidades previstas solo 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).

4. De la identidad a la visibilidad

En octubre de 2014, la auxiliar de enfermería Teresa Romero es hospitalizada para ser tratada de ébola. Es la primera persona infectada en Europa del brote de dicho virus desatado en África occidental meses antes. De esta zona 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 que “para explicar cómo quitarse o ponerse un traje no hace falta hacer un máster”⁵. 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”⁶. 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, se convoca una rueda de prensa protagonizada por médicos, en la que quedó en un segundo plano el resto de miembros del equipo multidisciplinar que la había tratado.

La escena anterior constituye un fotograma de la historia reciente de la enfermería en España, y de cómo esta es proyectada 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, por lo que resultó 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 superaron 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 a nutrirla, hidratarla, administrarle fármacos para procurar que la sintomatología del virus le resultase menos agresiva, proporcionarle estabilidad emocional e higiene, etc. Es 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.

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, esta sea entendida solo

⁵ Fuente: *El programa de Ana Rosa, Telecinco, 9-10-2014.*

⁶ Fuente: periódico *Eldiario.es, 9-10-2014.*

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 manifiestan 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: aquel 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”.

Durante la década de 1980 la enfermería 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 biomédico) 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 de enfermera contribuya a explicar que, 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”.

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. Una sombra que trata de sortearse por parte de la enfermería española con campañas como “Mírame, diferénciate”, lanzada en 2011 y descrita así por su equipo promotor:

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).

La campaña sitúa el foco en la importancia de dotar de un perfil más humanizado a los servicios de salud, algo que se ha demostrado indispensable para mejorar la calidad asistencial. No obstante, en lo que respecta al lugar en el que simbólicamente se está colocando a las enfermeras, cabe preguntarse si campañas como “Mírame, diferénciate” podrían estar teniendo el efecto de seguir reforzando la imagen de una enfermería que sería más una 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 los problemas de la sanidad española es tratar 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, creó, 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, 2013: 77).

5. Una identidad profesional construida desde fuera del ámbito asistencial

A lo largo de este artículo hemos analizado cómo en la década de 1980 se configuró una nueva identidad profesional en la enfermería española apoyada en un proceso de separación conceptual que delimitó los términos *curar* y *cuidar* como mutuamente excluyentes. Este proceso se vio acompañado de 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 señalaban 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 décadas 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. 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 la serie histórica del Barómetro Sanitario que elabora el Ministerio de Sanidad, la valoración media para el periodo 1998-2018 de los cuidados del personal de enfermería prestados en los hospitales públicos es de 7,3 sobre 10. Para los cuidados de enfermería en atención primaria solo existen datos de los años 2017 y 2018, y la valoración media es de 7,6. Por su parte, cuando en el Barómetro de febrero de 2013 el CIS preguntó por la valoración de diferentes grupos profesionales, las enfermeras obtuvieron una puntuación de 7,96 sobre 10.

La distancia entre el reconocimiento social del que, según Ramió y otras muchas voces de la enfermería española, carecen las enfermeras y el que la sociedad española expresa a través de las encuestas mencionadas puede explicarse por la construcción identitaria que vertebra la profesión. Mientras que las personas encuestadas 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 solo 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 solo una profesión, sino una forma de estar en la vida”, ¿no parece consecuente no querer estar en la vida en las 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 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 la Comunidad de Madrid. 28 años. 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 académicas 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 solo 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).

Como hemos visto, 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 un corsé 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”. Sin embargo, tal como hemos visto en el manifiesto de “Enfermería visible”, en los últimos años empiezan a observarse tensiones 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” podría estar suponiendo un lastre para el desarrollo profesional de la enfermería del siglo XXI. Tensiones que, con toda probabilidad, contribuirán a que la identidad profesional de la enfermería española siga caminando por la senda de su permanente reconfiguración, como no ha dejado de hacer a lo largo de su historia.

6. Bibliografía

- Acker, F. (1991): “La fonction infirmière. L’imaginaire nécessaire”, *Sciences Sociales et Santé*, 9 (2), pp. 123-143.
- Alberdi, R. M. (1992): “Las enfermeras del tercer milenio”, en VV.AA., *Las enfermeras del tercer milenio. De la asistencia sanitaria a los cuidados de salud*, Sevilla, Asociación Española de Enfermería Docente, pp. 30-53.
- Alberdi, R. M., et al. (1984): *Conceptos de enfermería. Curso de nivelación de ATS*, Madrid, UNED.
- Allué, M. (1996): “La imagen social de la enfermera: la mirada del que es cuidado”, en VV.AA., *Las enfermeras. Diversas miradas para una imagen*, Cuenca, Asociación Española de Enfermería Docente, pp. 15-31.
- Anderson, B. (1993): *Comunidades imaginadas: reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*, México, FCE.

- 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 XX*, Madrid, Díaz de Santos.
- Castañeda, P. y A. Pérez (1975): “Moral profesional”, en VV.AA, *Tratado del ayudante en medicina y cirugía*, Vol. III, Madrid, Oteo.
- Domínguez-Alcón, C. (1979): “Para una sociología de la profesión de enfermería en España”, *Reis*, 8, pp. 103-129.
- Domínguez-Alcón, C. (1986): “Sociología, cuidados de enfermería y salud”, *Revista Rol de Enfermería*, 100, pp. 50-58.
- Enfermería Visible (2014): “Manifiesto”. Disponible en: http://enfermeriavisible.es/?page_id=60 [Consulta: 10 de enero de 2020].
- Fernández-Salazar, S. (2011): “De mirarnos por primera vez”. Disponible en: <http://www.diferenciate.org/de-mirarnos-por-primera-vez/> [Consulta: 12 de enero de 2020].
- Hernández Yáñez, J. F. (2010): *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*, Madrid, Fundación Alternativas.
- Hernández Yáñez, J. F. (2013): *Convicciones y conveniencias. Profesiones sanitarias y relaciones de poder*, Las Palmas, La Bucanera.
- 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.
- Ramió, A. (2005): *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*, Tesis doctoral inédita, UB, Barcelona.
- Tey i Freixa, R. (1986): “La enfermería: dos visiones separadas por treinta años”, *Revista Rol de Enfermería*, 100, pp. 18-24.