

Universidad de Costa Rica
Universidad Nacional

Sistema de Estudios de Posgrado

**Relaciones de Poder entre los Profesionales en
Medicina y las Profesionales en Enfermería**

**Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de
Estudios de Posgrado en Estudios de la Mujer para optar
por el grado de Magister Científico**

María del Rocío Monge Quirós

TESIS

7492

Ciudad universitaria Rodrigo Facio Costa Rica

2004

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
UNIVERSIDAD NACIONAL

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**RELACIONES DE PODER ENTRE LOS
PROFESIONALES EN MEDICINA Y LAS
PROFESIONALES EN ENFERMERÍA**

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado en Estudios de la Mujer para optar por el grado de Magister
Scientiae

MARÍA DEL ROCÍO MONGE QUIRÓS

Ciudad universitaria Rodrigo Facio Costa Rica

2004



Signatura

Código de Barras



Devuelva este libro en la última
fecha indicada

13 ABO 2016
RECIBIDO
D. A. C.

19 SEP 2016
RECIBIDO
X. Rojas

23 SEP 2016
RECIBIDO
G. C.



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los miembros de la familia de esta investigación, por su apoyo y comprensión durante el desarrollo de esta investigación.

A mi madre Felicia, quien se ha mantenido a mi lado de las buenas y malas, con su amor incondicional, ejemplo y compañía, por su apoyo y comprensión durante el desarrollo de esta investigación.

DEDICATORIA

A mi Dios, quien me ha acompañado y bendecido con todo lo que me ha dado.

A Roberto, Ricardo y Jorge, mis hijos; a Chío, mi hija, cuya ayuda y comprensión constantes fueron siempre mi mayor estímulo para superar juntos las dificultades y los acontecimientos de una vida nada sencilla, consiguiendo mantener nuestra unión en un amor compartido.

A mi madre Felicia, quien se ha mantenido a mi lado, brindándome amor incondicional, ejemplo y compañía.

A mi familia, que con su gran comprensión y apoyo me ha permitido desarrollar esta investigación.

A mi familia, que con su gran comprensión y apoyo me ha permitido desarrollar esta investigación.

A mi familia, que con su gran comprensión y apoyo me ha permitido desarrollar esta investigación.

A mi familia, que con su gran comprensión y apoyo me ha permitido desarrollar esta investigación.

A mi familia, que con su gran comprensión y apoyo me ha permitido desarrollar esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Para mí fue de gran importancia contar durante el desarrollo de esta investigación con los aportes que me dieron diferentes personas. En este sentido quiero agradecer especialmente:

A Rosa Granados, mi amiga incondicional, quien se ha mantenido a mi lado en las buenas y en las malas y que, con una forma enérgica, cálida y certera, me ha animado y me ha proporcionado respuestas muy valiosas, sugerencias útiles, y muchas críticas al trabajo en desarrollo. Por su acompañamiento en la integración de mi persona y en el desarrollo de una experiencia vital de alivio y congruencia.

A Ligia Martín, por su paciencia, por su comprensión y por su deseo de enseñarme, de motivarme y por haberme regalado parte de su saber, que se puede ver esparcido a lo largo de esta tesis. El haber contado con ella como directora de mi trabajo final fue un honor para mí.

A Montserrat Sagot, quien con su lectura y comentarios a este trabajo, me ayudó a construir mis perspectivas.

A Nora Agnes Vega, quien me estimuló con su respaldo, su confianza y su respeto por mi trabajo.

A doña Olga Marta Solano, directora de la Escuela de Enfermería, por su aliento, su actitud positiva y su sororidad.

A Rebeca Gómez, quien con gran compromiso y afecto ha sido una amiga y acompañante importantísima en esta investigación.

A Griselda Ugalde, por ser la compañera y amiga con la que comparto la utopía de una sociedad sin subordinaciones.

A mis compañeras de la Maestría, especialmente Margarita Aragón y Marcela Hío, quienes durante muchas horas compartieron mis inquietudes.

A Delfina Charlton, por su calidez cotidiana, su fortaleza y su ejemplo de perseveración.

Mi gratitud especial a todas las profesoras de la Maestría Regional en Estudios de la Mujer, por haberme apoyado, confiando en mis ideas. Ellas me dieron la llave para abrir mi conciencia al conocimiento del género.

MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

A las enfermeras y a los médicos participantes por haberme hecho cómplice de sus historias, dándome lo que sabían y sentían de su vida, pero sobre todo, brindándome su confianza lo que me ayudó a desarrollar el estudio de un tema tan complejo.

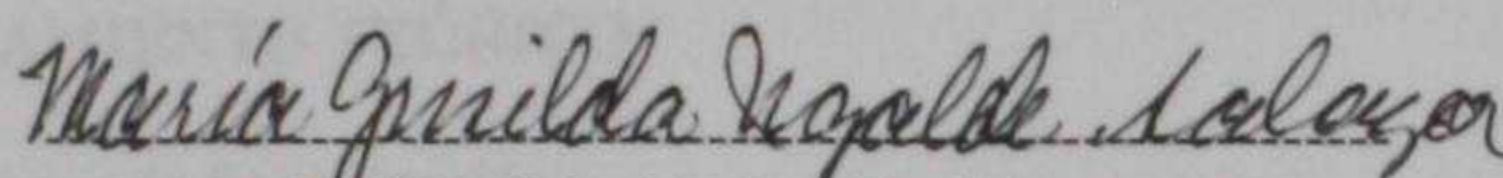
Cada una de estas personas creyó en esta investigación antes de que fuera realidad y tengo que agradecer su dedicación, su cariño y su apoyo.

Gracias otra vez,

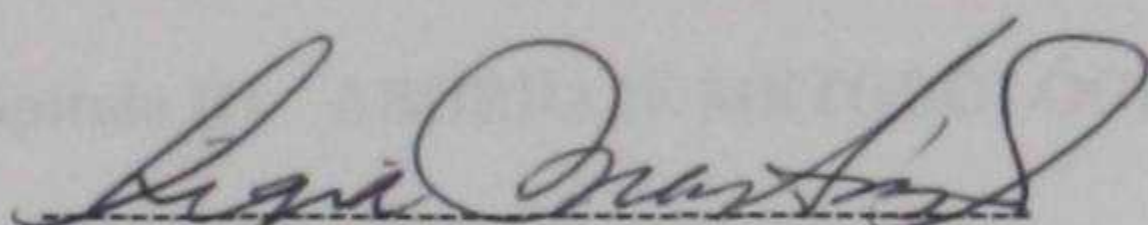
Rocío

MIEMBROS DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

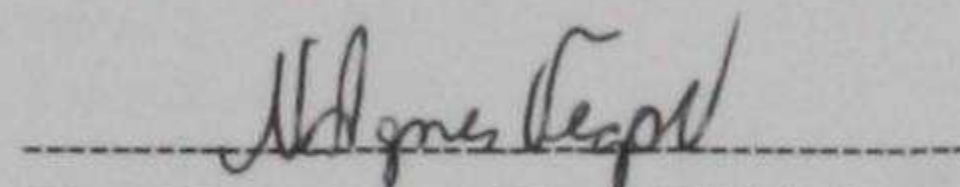
Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Estudios de la Mujer de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar al grado de Magíster Scientiae.



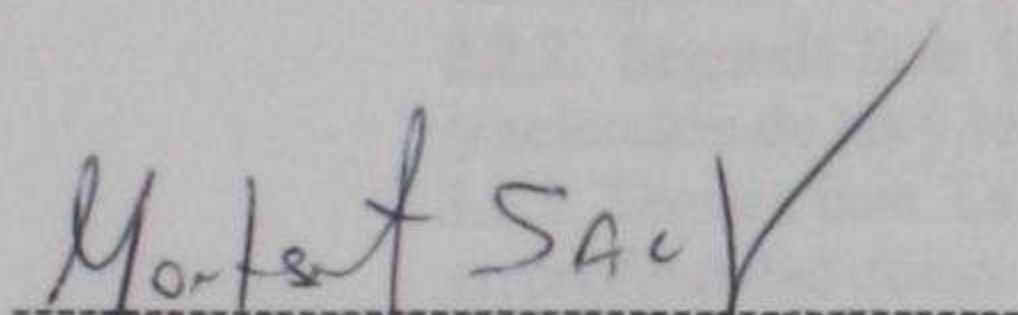
M.S.P. Griselda Ugalde Salazar
Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrado



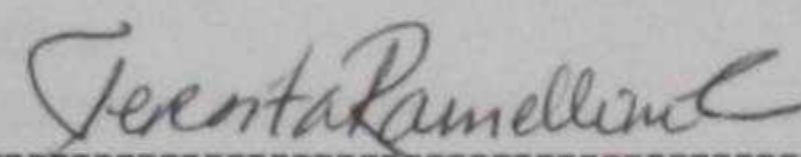
M.Sc. Ligia Martín Salazar
Directora de Tesis



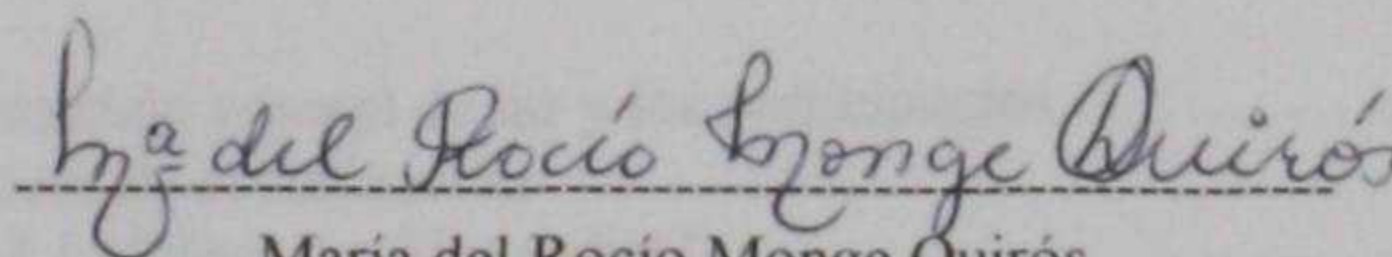
Dra. Nora Agnes Vega Villalobos
Asesora de tesis



Dra. Montserrat Sagot Rodríguez
Asesora de tesis



M.Sc. Teresita Ramellini Centella
Directora del Programa Regional de Estudios de la Mujer



María del Rocío Monge Quirós
Sustentante

Índice

INTRODUCCIÓN.....	i
Capítulo I ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
1.1 Historia de la Enfermería en el Mundo.....	6
1.2 Historia de la Enfermería en Costa Rica.....	34
Capítulo II ACERCAMIENTO TEÓRICO	
2.1 Procesos de Socialización.....	40
2.2 Construcción identitaria y socialización de género.....	41
2.2.1. Construcción de lo Femenino.....	45
2.2.2. Construcción de lo Masculino.....	46
2.3 Género y Poder.....	48
2.4 Teorías explicativas de la desigualdad.....	49
Capítulo III ABORDAJE METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de Investigación.....	53
3.2 Estrategia metodológica	
3.2.1. Primera fase. Elaboración del diseño de la investigación	54
3.2.2. Segunda fase. Ubicación, identificación y selección de las y los participantes.....	55
3.2.3. Tercera fase. La entrevista cualitativa en profundidad como técnica para recolectar la información.....	57
3.2.4. Cuarta fase. La realización de las entrevistas.....	58
3.2.5. Quinta fase. El análisis de los datos.....	61
Capítulo IV SOCIALIZACIÓN DE LOS Y LAS PARTICIPANTES	
4.1. Información general de las y los participantes.....	62
4.2. Procesos de socialización.	
4.2.1 ¿Cómo me hice mujer?.....	67
4.2.2. ¿Cómo me hice hombre?.....	70
4.3. El curar y el cuidar como características genéricas relacionadas con la elección de carrera.....	75

Capítulo V FORMACIÓN PROFESIONAL

5.1	Escogencia de la carrera.....	82
5.2	El significado de ser enfermera.....	83
5.3.	El significado de ser médico.....	84
5.4.	Percepción de la formación profesional.....	85

Capítulo VI RELACIONES DE PODER EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

6.1.	Concepción de las enfermeras y de los médicos como profesionales.....	91
6.1.1.	La percepción de las enfermeras con respecto a los médicos en cuanto a su relación profesional.....	92
6.1.2.	Yo creo que las enfermeras piensan que los médicos somos.....	95
6.1.3	La percepción de los médicos con respecto a las enfermeras en cuanto a su relación profesional.....	97
6.1.4.	Yo creo que los médicos piensan que las enfermeras somos.....	98
6.1.5.	La autoconcepción de la propia profesión de enfermería.....	101
6.1.6.	La autoconcepción de la propia profesión de médico.....	102
6.2.	Relaciones laborales entre la enfermera y el médico.....	104
6.2.1.	Valoración de las relaciones laborales.....	104
6.2.2	Manifestaciones de las relaciones de poder.....	106
6.2.2.1	Violencia psicológica y emocional.....	106
6.2.2.2.	Violencia sexual.....	110
6.2.2.3.	Violencia institucional.....	111

Capítulo VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1.	Conclusiones.....	116
7.2.	Recomendaciones.....	120
7.3.	Bibliografía.....	122

RESUMEN

Monge Quirós, María del Rocío

Relaciones de poder entre los
Profesionales en Medicina y
las Profesionales en Enfermería

Tesis Maestría en Estudios de la Mujer.- San José, C.R.

M. R. Monge Q., 2004

125h.

Las relaciones de poder se presentan en todos los ámbitos de la sociedad, tanto en la vida pública como en la privada. Así, este tipo de relaciones, propio del Sistema Patriarcal atraviesa todo el tejido social y se concreta en cada campo de acción, de acuerdo con las reglas del juego que la sociedad ha definido.

Es por esto que el propósito de la presente investigación es analizar y las relaciones de poder que se dan entre los médicos y las enfermeras dentro del contexto hospitalario y se desarrolla con participantes de todo el país, siendo la población escogida nueve enfermeras y seis médicos.

Con el fin de conocer aspectos de su historia de vida que pudieran haber influido en la construcción, la reproducción y el establecimiento de relaciones asimétricas con los y las compañeras (os) de trabajo; se aplicó un entrevista cualitativa en profundidad.

La información obtenida se analizó e interpretó a lo interno de las diferentes categorías y su análisis se hizo considerando tres temas fundamentales: la socialización, la formación profesional y las relaciones de poder desde la práctica profesional.

En la socialización de género de las personas participantes, se evidenció que por medio de distintas normas y principios de socialización, las personas aprenden comportamientos masculinos o femeninos, respondiendo a las expectativas sociales e internalizando la justificación de la desigualdad en razón del género.

Con respecto a lo femenino, a la mayoría de las enfermeras partícipes se les socializó para que asumieran posiciones de sumisión que se manifiestan a través de conductas como la dependencia, la debilidad, la subordinación y la emotividad. Además su principal razón de ser se justifica a través del cuidado de los otros y las otras.

Paralelamente, entre los estereotipos más difundidos en la construcción genérica de los médicos participantes, están que los hombres representan autoridad, que son seres libres que gozan de independencia, de individualidad, de racionalidad y de objetividad.

En cuanto a la formación profesional recibida por las enfermeras, esta estuvo influenciada por los aportes hechos tanto por las órdenes religiosas como por los militares en el contexto histórico de la Enfermería. Asimismo, en las relaciones con las profesoras,

se recrearon las relaciones de poder, con lo que se reforzaron la sumisión y la discriminación en ellas.

Por último, se analizan las manifestaciones de esa diferencia de poder en la práctica profesional, logrando identificar tres tipos de violencia, a saber: la sexual, la psicológica y la institucional.

Este estudio constituye un aporte más al proceso de construcción de conocimiento, debido a que visibiliza la inequidad entre las y los profesionales.

Conociendo la historia nos podemos afianzar en el presente con mayor poderío para construir una sociedad con igualdad de derechos, con equidad para todas y todos sus integrantes y con reconocimiento y respeto de las diferencias.

RELACIONES DE PODER, MÉDICOS, ENFERMERAS, HISTORIA DE LA ENFERMERÍA, PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL.

M.Sc. Ligia Martín Salazar
Directora de tesis
Maestría Regional en Estudios de la Mujer.

**RELACIONES DE PODER ENTRE LOS
PROFESIONALES EN MEDICINA Y LAS
PROFESIONALES EN ENFERMERÍA**

*... de una era de ...
... a ...
(Carver y Engler, 1980:67)*

Las enfermeras:

“... ofrecían al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa, y al paciente la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital, la gentil pero firme disciplina de una ama de casa acostumbrada a dirigir la servidumbre”

(Ehrenreich y English, 1988:67)

INTRODUCCIÓN

Por años y años, las mujeres hemos sido proveedoras de una gran parte de servicios y atención a la salud en diversas instituciones sociales y familiares. Por lo tanto, es la población femenina la primera en poseer una gran parte no sólo de los conocimientos médicos, sino de la parte médica real: es decir, la práctica de curar enfermedades.

Las mujeres siempre hemos sido sanadoras. Fuimos las primeras farmacólogas con los cultivos de hierbas medicinales, cuyos secretos se transmitían unas a otras. Nuestras ancestras tenían multitud de remedios experimentados por ellas mismas durante años. Muchos preparados de hierbas curativas continúan utilizándose hoy día en la farmacología moderna. También fuimos comadronas, que íbamos de casa en casa y de pueblo a pueblo. Durante siglos, fuimos médicas y enfermeras sin título, excluidas de los libros y de las ciencias, transmitiendo las experiencias de madres a hijas y de vecinas a vecinas. El pueblo les llamaba "mujeres sabias" (wise women), aunque para las autoridades solo fueran brujas y charlatanas.

Ellas vivieron y murieron en la hoguera mucho antes de que apareciera la Ciencia Médica. La mayor parte de las mujeres condenadas a morir en la hoguera eran simplemente sanadoras no profesionales al servicio de los campesinos. El nacimiento de la profesión médica en Europa al amparo de las clases dominantes, tuvo una influencia decisiva en la caza de brujas, pues ofreció argumentos "médicos" a los inquisidores.

Las brujas sanadoras eran a menudo la única asistencia que recibía el pueblo, falto de medios para acceder a los médicos dadas sus miserables condiciones de vida.

Las brujas eran personas empíricas, creían más en sus sentidos, en la investigación, en la experimentación, que en la fe y las doctrinas. Confiaban en su capacidad para actuar sobre las enfermedades y los embarazos. Por el contrario, la Iglesia era antiempírica, infravaloraba el mundo terrenal y desconfiaba de los sentidos, considerando innecesario investigar sobre las leyes naturales que rigen los fenómenos físicos, pues concebía el mundo solo como una creación permanente de Dios.

Fueron las mujeres quienes abrieron el camino para la medicina científica moderna con su método holístico de empleo de plantas medicinales y otros remedios, experimentando y edificando sobre la base de los conocimientos de su grupo, hasta que fue suplantada por los intereses científicos y económicos del hombre. Por ejemplo, las brujas fueron las primeras parteras, cuyo poder hubo que destruir para dar paso a la comercialización de la atención de salud (O.P.S., 1993:20).

A partir de aquí, la única posibilidad abierta a las mujeres en el campo de la salud era hacer de enfermeras. Se denominaba enfermera a la mujer que por casualidad asistía a otra persona.

La profesión de enfermera no existía como ocupación remunerada, hubo que inventarla.

El desarrollo de la enfermería como profesión, la cual se remonta a mediados del siglo XIX, se encuentra estrechamente relacionado con el concepto victoriano del rol de las mujeres (devotas, abnegadas, tímidas, incompetentes, sacrificadas, incondicionales para los demás). En el transcurso de la formación de las enfermeras, en ese período, se reforzaban las actitudes idealmente femeninas y la socialización de las enfermeras adquirió matices de los valores culturales de las clases dominantes.

Hoy en día las mujeres, en virtud de las funciones asignadas a cada género, seguimos siendo proveedoras de atención de salud, y tenemos la principal responsabilidad del cuidado y de la atención de las necesidades básicas de las personas.

Es por ello que el papel de nosotras en los servicios de salud puede considerarse como una extensión de las funciones de cuidado en el ámbito doméstico; la división del trabajo en el hogar por sexo se traslada al lugar de trabajo.

De hecho, ser enfermera implica ejercer una profesión compatible con el rol social dependiente que se nos ha asignado a las mujeres, así como con las características que en nuestra cultura se asocian con la feminidad.

La situación que vivimos las mujeres en el área de la salud, tiene una estrecha relación con las características de la integración al mercado laboral, con la rígida jerarquización de las distintas ocupaciones y profesiones incluidas en las instituciones de salud, en función de una marcada división por clase social y género, de la cual se derivan problemas como el poco prestigio que socialmente se otorga a las ocupaciones mayoritariamente ejercidas por las mujeres y su subordinación a la medicina, o el predominio del poder médico masculino en un ámbito en el que las mujeres representan la mayor fuerza de trabajo.

Tradicionalmente el sistema de salud ha tendido siempre a absorber un gran número de mujeres en sus diferentes ocupaciones y profesiones, por las características propias de los servicios prestados. Específicamente, en el caso del área de enfermería, la cual ha contado con un personal mayoritariamente femenino, el Colegio de Enfermeras de Costa Rica tiene registradas hasta el año 2003, 2320 enfermeras profesionales y solo 387 enfermeros profesionales.

Una situación contrastante ocurre con la profesión médica, ocupación estereotipada como masculina. El Colegio de Médicos de Costa Rica tiene inscritos 8739 miembros (as), de los (as) cuales, 5566 son hombres (63.7%) y 3173 son mujeres (36.3%)

Es imprescindible indicar que aunque en la actualidad en los hospitales se han ido incorporando hombres a la enfermería y mujeres a la medicina, todavía se trata de grupos minoritarios.

En el campo de la salud por tradición se acepta como un hecho natural que el hombre desempeñe el papel de médico y la mujer el de enfermera. La imagen se asocia automáticamente con atributos socialmente considerados como "masculinos" (competencia, ambición, independencia, dominación); en cambio, a la mujer corresponden rasgos que

vinculan la feminidad a labores de apoyo, de ayuda, de limpieza, de cumplimiento de órdenes, lo que implica actitudes personales como la sumisión, la compasión, la pasividad y la emotividad compatibles con las funciones de la enfermera, pero no con las del médico.

El médico es el que sabe y el que cura, y la enfermera es la que limpia, se trasnocha, cuida del paciente, y muchas cosas más para las que el médico no "tiene tiempo". Hay una relación directa entre las actividades de "menor valor" de la atención al paciente, con las mujeres y la enfermería y las de los médicos hombres, relacionadas con el conocimiento de la enfermedad, por lo tanto, de "más valor" en términos de las apreciaciones de la sociedad, debido a que generalmente se considera más importante lo que el médico hace que lo que la enfermera realiza.

"Las mujeres deben de satisfacer las necesidades de otros mediante la crianza, la simpatía, y la no competencia, en tanto que los varones son agresivos, competitivos, responsables de tomar decisiones e iniciar ideas, tomar riesgos y dirigir a los y las demás"
(Yeaworth, 1978:72).

Las mujeres y los hombres hemos tendido a aceptar estos valores como si fueran innatos y no impuestos. Por lo tanto, la relación entre médicos y enfermeras se da como una relación entre jerarquías diferentes, donde la enfermera asume el rol de apoyo y ejecución de las órdenes del médico, tendiendo a reproducir los valores genéricos imperantes de la mujer que trabaja: obediencia y sumisión.

Estas cualidades femeninas, (brindar cuidados, dependencia, pasividad y subordinación), resultan sumamente perjudiciales para las mujeres, especialmente para las que hemos decidido estudiar enfermería, debido a que las enfermeras competentes debemos poseer la capacidad de cuidar, curar y atender a los y las pacientes, por supuesto, pero también necesitamos desarrollar la capacidad de tomar decisiones, administrar, organizar y dirigir a otras personas, características que no son asignadas ni reforzadas al género femenino.

Uno de los principales obstáculos para que las enfermeras desarrollemos una imagen profesional y autonomía ha sido la imposición de aceptar un papel secundario, tener menos poder y estar bajo la autoridad de los varones. La suposición social de que la enfermería, como trabajo femenino (por ser una profesión de servicio, de cuidado, de abnegación), constituye una labor de segunda clase, representa una barrera importante para reclutar, conservar el personal y mejorar la imagen de la profesión.

En resumen, el Sistema de Salud es un espacio en donde se reproduce el sistema patriarcal y sus contradicciones genéricas, como son la desigualdad entre los médicos y las enfermeras.

En el presente estudio analizo las formas en que se manifiestan las relaciones de poder que se dan entre las profesionales de Enfermería y los profesionales de Medicina, así como los aspectos que inciden en la construcción de esas relaciones, tomando en cuenta las teorías del género, la construcción de las identidades femenina y masculina, la socialización, el poder y la historia misma de la Enfermería como profesión.

JUSTIFICACIÓN

El realizar la presente investigación es de suma importancia para mí, en todas las dimensiones:

Como mujer, porque me permitirá visualizarme como una persona que, influida por la socialización, tanto en la educación formal de la primaria y de la secundaria, como en todas mis relaciones sociales, se sintió atraída por una carrera profesional, considerada como "femenina", que fortaleció las concepciones patriarcales que manejamos las mujeres ante los hombres.

Como enfermera, porque me va a permitir darme cuenta la manera en que el proceso de socialización me reforzó durante mucho tiempo esa relación de subordinación ante los médicos.

Como docente de la Escuela de Enfermería, porque me permitirá reconocer la validez de la historia de cada una de las estudiantes, que les ha servido de base para pensar, sentir y percibir el mandato social que las obliga a interiorizar la pretendida superioridad de los hombres sobre las mujeres. Este reconocimiento me facilitará influir en la transmisión del currículo de manera tal, que ellas logren introducir la perspectiva de los derechos humanos, de la igualdad y de la equidad en sus vidas y en la atención de las personas.

También va a ser importante esta investigación para las cerca de 3000 mujeres en Costa Rica que se han dedicado a la profesión de enfermeras y que requieren profundizar en su identidad como mujeres y como grupo profesional

A esta motivación se añade otra: el deseo de proponer reformas al currículo de la carrera de enfermería y, por ende, a la profesión, con el fin de que ésta se oriente de una manera más adecuada a la equidad de género y a la igualdad de los derechos.

Los esquemas patriarcales dentro de los cuales hemos sido socializadas y socializados, nos han impuesto un orden de poder, un modo de dominación, cuyo paradigma es el hombre (Lagarde, 1990: 11).

Los hombres a través de la historia de la humanidad, han asumido el poder en casi todos los ámbitos y las mujeres hemos aprendido a estar bajo la autoridad de un hombre y a ver lo cotidiano como válido y obvio, porque de tanto oír los mismos discursos, de esforzarnos por desempeñar de la mejor manera posible, los papeles y los roles que la sociedad nos ha impuesto, de vernos sometidas a procesos de subordinación, de desvalorización y discriminación, nos hemos acostumbrado a no cuestionar, a no ser capaces de rechazar y de enfrentar, pero frecuentemente, sí somos capaces de negar esta condición, para no provocarnos el dolor que significaría el estar conscientes de nuestra realidad.

Esta situación me ha generado muchas interrogantes, a las cuales espero encontrarles respuesta en el transcurso de este proceso de investigación.

Creo necesario que las relaciones interpersonales de los y las profesionales de los que aquí me ocupo, deben de variar, así como también es preciso modificar los currículos de las escuelas de enfermería, con el fin de lograr que estas enfermeras sean reconocidas como personas con derechos y valoradas como profesionales capaces y competentes.

Es también mi intención, reforzar o redimensionar la complementariedad de ambos profesionales en el contexto de una relación de equipo.

Considero que esta investigación va a contribuir a develar que el problema que aquí trato no se debe solo al tipo de profesiones involucradas, sino que existen problemas de desigualdad, de discriminación y de subordinación. Dicho de otra manera, el problema es la construcción de lo que es la profesión enfermera y la profesión médica, vista desde el género y no desde la profesión en sí.

Las conclusiones y recomendaciones de esta investigación van dirigidas a las Enfermeras Profesionales y especialmente a las estudiantes que se encuentran en formación en las escuelas de enfermería, con el objetivo de que sean analizadas para tratar de crear estrategias que ayuden a la concientización y a la toma de acciones transformadoras.

Abrir un camino distinto para nosotras las enfermeras, solo es posible en la medida en que seamos capaces de recuperar y recrear nuestras historias de mujeres, tanto colectivas como individuales.

El problema investigado lo enuncio de la siguiente manera:

¿Cómo se construyen, reproducen y manifiestan las relaciones de poder entre los profesionales en medicina y las profesionales en enfermería?

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En esta sección, se describe el contexto histórico y la evolución de esta profesión en relación con la salud pública y la demanda de los servicios de enfermería en el mundo.

Se exploran los antecedentes históricos del desarrollo de esta profesión.

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN EN EL MUNDO

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia de la enfermería como profesión se remonta a los tiempos antiguos, cuando las personas se cuidaban mutuamente en el hogar. Con el tiempo, se desarrollaron roles más especializados, como el de la enfermera, que se encargaba de cuidar a los enfermos y heridos en la guerra y en los hospitales.

- Ellos cuidaban
- De los heridos
- De los enfermos
- De los niños

En el siglo XIX, se comenzó a ver a las enfermeras como profesionales de la salud. En 1854, Florence Nightingale fue pionera en establecer la enfermería como una profesión independiente. Ella fundó la primera escuela de enfermería en Inglaterra, donde enseñó a las mujeres a cuidar a los enfermos de manera profesional y científica.

En el siglo XX, la enfermería se convirtió en una profesión más reconocida, con el establecimiento de programas de estudio de enfermería en las universidades y la creación de organizaciones profesionales que defendían los intereses de las enfermeras.

Actualmente, la enfermería es una profesión altamente respetada y necesaria en el mundo. Las enfermeras desempeñan un papel crucial en el cuidado de la salud pública y en la atención de los pacientes en los hospitales y en la comunidad.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En este capítulo, describo el transitar histórico y la evolución de una práctica tan antigua como la vida social misma y el desarrollo de una organización que convierte en profesión un arte ejercido durante siglos.

Este apartado ayudará a profundizar el conocimiento sobre el tema expuesto.

HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN EN EL MUNDO

La Enfermería nace como un oficio y comienza a ser legalmente reconocida como profesión en los albores del siglo XX. Sin embargo, a través de su historia, no ha perdido la originalidad de su esencia: el cuidado.

La historia de la enfermería se puede dividir según Collière (1995:163) en cuatro etapas, aunque ninguna de ellas tiene límites temporales muy definidos, sí se pueden referir a grandes momentos de la evolución de la cultura en el ámbito occidental, empezando con la aparición de los hombres y las mujeres en la Tierra y finalizando en nuestros días. Dichas etapas son:

- Etapa doméstica
- Etapa vocacional
- Etapa técnica
- Etapa profesional

I Etapa doméstica: El concepto de ayuda a los y las demás está presente desde el inicio de la civilización. Lo que no está claro es que lo que denominamos el cuidado de enfermería aparezca con la humanidad, ya que en aquella época se entremezclaban diversas formas de cuidar, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas. Sin embargo, son estos primeros cuidados los que han dado origen a los cuidados profesionales, razón de ser de las enfermeras.

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

Alrededor de cada mujer en la familia se entrelazan y elaboran las prácticas rituales que tienden a asegurar la vida, su promoción y su continuidad. La mujer utiliza elementos que son parte de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el

abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto para transmitir bienestar.

Las primeras civilizaciones, aunque diferenciadas geográficamente, presentan muchos aspectos comunes relacionados con el concepto salud-enfermedad y formas de luchar contra ésta. Es persistente el pensamiento de interpretar la salud-enfermedad como intervención sobrenatural, considerando ambas como premio o castigo ante las conductas humanas.

Esta consideración fundamenta la utilización de métodos para tratar la enfermedad. Estos procedimientos entremezclan los saberes naturales con rituales de tipo espiritual, razón por la que la atención de los enfermos y enfermas era responsabilidad de una figura a la que se le atribuía poderes divinos.

Los datos históricos aportan extensa información sobre las prácticas curativas empleadas por curanderos, chamanes y sacerdotes-magos, siendo escasos los conocimientos sobre las personas que practicaban directamente los cuidados, especialmente los de las mujeres.

Con el advenimiento de la civilización greco-romana se realiza la transición de lo mágico a lo racional. El desarrollo del conocimiento empírico determinó que la atención de salud fuera responsabilidad de personas que comenzaron a transformar la medicina de lo mágico a lo científico. Igualmente en el mundo greco-romano aparecen grupos específicos que se pueden considerar como primeros cuidadores y cuidadoras.

TIEMPOS REMOTOS

Durante toda la Prehistoria el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayeron en las mujeres y en los sanadores.

El protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres, quienes por construcción genérica hemos sido, en cada familia las que desempeñamos las prácticas encaminadas al mantenimiento de la vida y a los cuidados que favorecen el bienestar de sus integrantes.

“Los cuidados que se tejen alrededor de todo aquello que crece y se desarrolla revierten en las mujeres y lo hacen hasta la muerte: cuidados a los niños y también cuidados a los enfermos y a los moribundos, puesto que ¿acaso dándoles la vida no les comunican la muerte?” (Collière: 1995, 14)

Los elementos empleados por las cuidadoras formaban parte de la propia naturaleza: agua, pieles, plantas y el contacto físico a través de las caricias.

Las personas primitivas habitaban dos mundos, el conocido y el desconocido. El primero referido a todo lo que podía observar y entender, así comprendía las heridas

producidas por agresiones. Cuando no encontró explicaciones a ciertos hechos, como ocurría al enfermar, buscó la respuesta en elementos sobrenaturales, interpretándolos como fuerzas causantes de desastres y enfermedades. La incorporación de la creencia en espíritus influyó de forma decisiva en el cuidado de la salud.

La figura central responsable de este cuidado fue el sanador, conocido con distintos calificativos como chamán, hombre-medicina, curandero y brujo. La persona que se diferenciaba del grupo era la elegida para serlo. La diferencia estaba determinada por una señal que recibía de la divinidad, muchas veces, esta diferencia se refería a un defecto físico como el ser jorobado, tuerto o epiléptico.

Estos poderes solían considerarse hereditarios, de padres a hijos, y una vez heredados se comenzaba la instrucción por parte del más viejo al nuevo chamán. Casi siempre la función del curandero era exclusiva y él se mantenía alejado del poblado, por el respeto que infundía la posesión de poderes sobrenaturales. En ocasiones, el ser hechicero implicaba ostentar el cargo de jefe del clan. La única función que no ejercía el sanador era asistir a la parturienta, porque el parto se consideraba como un acto sucio. Esta tarea era exclusiva de las mujeres.

Era así como se entrelazaban los ritos mágicos, los conocimientos intuitivos y los cuidados domésticos.

SOCIEDADES ARCAICAS SUPERIORES

Por otro lado, las Sociedades Arcaicas Superiores que se encuentran en el tiempo entre la Prehistoria y el Mundo Clásico, comenzaron a fomentar la industria, las artes, y la administración. Son las primeras civilizaciones que han dejado como legado textos escritos, entre las que se considera: el Egipto Antiguo, los Pueblos Orientales Clásicos, la Cultura Precolombina, Babilonia y Palestina (Martínez: 2001,34)

Estas culturas alcanzaron un alto grado de desarrollo y civilización en los campos del arte y el comercio.

Al igual que los pueblos primitivos, estas sociedades tuvieron en común la creencia de que la salud-enfermedad se debía a causas sobrenaturales y divinas.

En cuanto a la Cultura Babilónica, todo lo que se conoce de ella es a través de tablillas, siendo muy difícil reconstruir los hechos. Aunque existen muchas tablillas, elaboradas por los escribas, las lagunas que se aprecian en el conocimiento de este pueblo son consecuencia de la pérdida de un buen número de ellas, debido a que eran confeccionadas en barro y el clima de Mesopotamia no es el más adecuado para su conservación.

Estas tablillas contenían las descripciones de los síntomas patológicos, los cuales agrupaban en torno a las tres cavidades más importantes del cuerpo: cabeza, tronco y

abdomen. Además, en las tablillas se explicaban los tratamientos a emplear en cada caso para que sirvieran de recordatorio a los sanadores.

Creían que las enfermedades eran por causa de la transgresión de una ley: comer la cassia.¹ La lucha contra la enfermedad era responsabilidad de los sacerdotes o escribas, hombres cultos que vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo. Recibían el conocimiento a través de la palabra y se servían de las tablillas como consulta. También existían los cirujanos, que eran considerados dentro de una clase inferior y actuaban como sanadores realizando técnicas quirúrgicas simples.

La historia de Babilonia hace escasa mención de los cuidados como ocupación independiente, sin embargo, los escritos a menudo citan prácticas que se podrían asociar con éstos. Probablemente el cuidador babilónico era un sirviente doméstico o un esclavo, cualquiera que fuese su sexo. No obstante, existen relatos de amas de cría, parteras o cuidadoras de niños (as) que tenían un gran apego a su trabajo (Brito: 1966, 89)

El diagnóstico de las enfermedades se basaba en el pecado cometido y el pronóstico dependía de la gravedad de la falta. En caso de enfermedad grave no intervenían para no actuar en contra de los designios divinos (Domínguez: 1986, 95).

Es en esta Cultura donde nace el Código de Hammurabi que es la primera reglamentación que se conoce para el ejercicio profesional. Este código entre otras cosas regulaba la práctica médica y quirúrgica.

El control para los cirujanos era estricta y establecía la remuneración de los médicos y las sanciones para los errores de tratamiento, así como la compensación a las y los enfermos(as) dañados(as) durante el mismo. Si la equivocación del tratamiento la sufría un señor, el cirujano tenía más pena que si era un plebeyo y menos si se trataba de un esclavo o de una mujer.

Paradójicamente, los sacerdotes y escribas al gozar de una posición social muy alta, no recibían ningún tipo de castigo.

Paralelamente a la Cultura Babilónica, se desarrollaba la Cultura Hebrea, quienes fueron excelentes escritores de narraciones históricas, que han sido recopiladas principalmente en el Antiguo Testamento. Consideraban la enfermedad como "castigo por un estado de impureza del espíritu" (Hernández: 1995, 143).

Las prácticas médicas no las consideraron fundamentales porque la salud se conservaba manteniéndose puro ante Jehová. Así, la religión y la medicina estaban combinadas y la responsabilidad de la salud pública recaía en los sacerdotes-médicos, que procedían de la tribu sacerdotal de Leví. A estos hombres se les consideraba de manera

1. Los mesopotámicos creían que la humanidad vivía en un paraíso donde existían ocho frutos diferentes. Entre estas frutas había una prohibida llamada cassia, que no se podía comer.

especial, se recomendaba al pueblo que los honrara, pues habían sido creados por Dios, siendo éste el que curaba y el sacerdote su intermediario.

Creían que todos los hombres debían tener acceso a la atención médica, con independencia de su posición social. Se fomentaron los deberes de hospitalidad con los extraños(as) y el consuelo a las viudas, huérfanos(as), ancianos(as) y pobres. La visita a las y los enfermos(as) era una característica importante de la vida cotidiana, al tiempo que una obligación.

Se instituyeron casas para forasteros, llamadas xenodochias, que más tarde se ampliaron para incluir el cuidado de los(as) enfermos(as). Estas xenodochias se financiaban mediante un sistema de recaudación.

Se desconoce si había cuidadores o cuidadoras en estas instituciones, que fueron verdaderas predecesoras de las posadas y los hospitales modernos.

Por otro lado, la civilización egipcia fue una de las primeras que surgió en la Prehistoria. De esta cultura se sabe mucho más que de otras por los documentos que han sobrevivido al paso del tiempo. Estos documentos son los papiros, equivalentes a las tablillas de Babilonia. En los papiros se explica la preparación de medicinas y algunas intervenciones quirúrgicas.

Entre los papiros más importantes está el de Ebers. En él se recopiló el resumen de los textos más conocidos en aquel tiempo. Otros papiros que aportan conocimientos son el de Brugsch y el de Edwin Smith, que han servido para dar un cuadro casi completo de la asistencia sanitaria egipcia (Chavarría: 1992, 324).

Ellos creían que la salud y la enfermedad eran designio de los dioses, dando de este modo un carácter sobrenatural a estos aspectos.

La asistencia sanitaria fue simultáneamente mística y empírica, haciéndose evidente la existencia de dos grupos que se ocupaban al mismo tiempo de las personas enfermas, aunque de distintas formas. Por un lado, los sacerdotes y por el otro, los médicos-técnicos, cuyos conocimientos fueron muy vastos. Los médicos alcanzaron un alto nivel de especialización y cada uno trataba un único trastorno, por lo que Egipto contó con una gran cantidad de médicos técnicos.

La posición del médico en la jerarquía social estaba claramente definida y diferenciada. Los médicos constituían una casta con particulares atribuciones y a menudo se les concedían títulos que compartían con los sacerdotes. Existían escuelas médicas como las de Sais y Heliópolis.

La posición de las mujeres era más elevada que en otros países orientales, disfrutando de una considerable libertad y dignidad y ocupando en su propio hogar una posición de autoridad.

Es probable que los cuidados fueran la principal responsabilidad de la madre o las hijas en la casa. Además, los médicos no practicaban la obstetricia, campo que se dejaba

completamente a cargo de las parteras. Las amas de cría eran contratadas para amamantar a los y las recién nacidas(os) durante unos seis meses aproximadamente.

Es casi imposible imaginar que en un pueblo tan avanzado en la medicina, la farmacia y la higiene, no hubiera personas, hombres o mujeres, que se dedicaran específicamente a los cuidados, sin embargo, la historia no aclara este punto.

Respecto a la terapéutica, utilizaban remedios de los mundos animal, vegetal y mineral. Practicaron trepanaciones, vendajes y circuncisiones. Fueron expertos en intervenciones craneales.

No se han encontrado hallazgos que demuestren la existencia de hospitales, sin embargo, los templos ofrecían algún tipo de alojamiento para las personas enfermas. Era ahí donde los sacerdotes-médicos ejercían la práctica médica.

También es segura la existencia de sacerdotisas o mujeres del templo, lo que no está tan claro es cuáles eran sus funciones, aunque se supone que realizarían algún tipo de labor relacionada con los cuidados.

En cuanto a la India, esta civilización desarrolló extraordinariamente la ciencia y la cultura. Los conocimientos que se tienen sobre este pueblo derivan de varios documentos históricos, siendo los más importantes los Vedas y Upavedas, que trataban temas sobre medicina, cirugía, enfermedades infantiles y contenidos sobre la higiene y la prevención de las enfermedades (Brito: 1966, 104)

Las bases para la curación en la India eran el médico, el y la paciente, los fármacos y el o la ayudante del médico. Los Maestros afirmaban que sin el médico, los demás no tenían ningún valor.

Los cuidadores eran hombres jóvenes y los escritos se refieren a las cualidades que debía poseer el o la ayudante del médico:

- Conocimiento de la forma en que deben prepararse o combinarse los medicamentos para su administración.
- Astucia.
- Dedicación al o la paciente que se atiende.
- Pureza, tanto de mente como de cuerpo.

En los documentos históricos de la India se hacen referencias frecuentes a los cuidadores, en la mayoría de los casos varones. Sin embargo, en situaciones excepcionales eran mujeres ancianas. A las que también se les exigían cualidades tales como:

- Altos principios.
- Habilidad.
- Capacidad de inspirar confianza.

En su terapéutica utilizaron muchos medicamentos obtenidos del reino animal. Trataron la lepra y tenían grandes conocimientos sobre las enfermedades y la cirugía estuvo muy perfeccionada.

Fue en esta civilización donde se construyeron los primeros hospitales de la historia, edificados por orden gubernamental. Es muy posible que los y las cuidadoras hindúes aparecieran al generarse la necesidad de que un grupo de personas cuidaran a las personas enfermas ingresadas (García: 2001,49).

Sobre la estructura y funcionamiento de los hospitales no se sabe mucho. Se cree que existieron edificaciones específicas para el parto y el puerperio, farmacia para preparar medicamentos y salas de operaciones.

En lo que se refiere a la antigua China, los aspectos de salud y enfermedad quedaron recogidos en el Canon de Medicina Nes Ching. Consideraban la salud como el resultado armónico del espíritu consigo mismo y con el universo. Se pensaba que la naturaleza estaba regida por la dualidad básica del Yin y el Yang. El primero, oscuro, negativo y femenino; el segundo, claro, positivo y masculino. El desequilibrio entre estas dos energías contrapuestas originaría la enfermedad.

No se encuentran referencias concretas a la figura del o la cuidador(a) y posiblemente no existió como tal, debido, por un lado, a la posición inferior de las mujeres según la doctrina de Confucio, y por otro, a la creencia de que la enfermedad era producida porque la persona era un ser poseído por espíritus maléficos, temiéndose su propagación a cualquiera que tuviera contacto con ella.

En las creencias del pueblo chino figuraba la responsabilidad de cuidar de las personas pertenecientes a cada familia en el seno del hogar. Puede ser que este principio fuera la causa de la ausencia de hospitales. Sin embargo, se han identificado salas de curación situadas junto a los templos con dos funciones, la oración y la recuperación de la salud (Muñoz: 1992,95).

Los chinos tuvieron escaso desarrollo de la cirugía por razones de credos. Siguiendo la doctrina de Confucio, no realizaban disecciones por la prohibición de profanar cadáveres. Sus conocimientos se fundamentaron más en la especulación.

Al igual que en otras culturas antiguas, en el Nuevo Mundo, nombre con el que se conoce el continente Americano, se creía que la enfermedad era desencadenada por el enfado de los dioses. La salud era simplemente un equilibrio entre la humanidad, la naturaleza y lo sobrenatural.

La población americana alcanzó un alto grado de desarrollo y civilización en muchos campos como las artes y el comercio. También hicieron notables aportaciones a la medicina moderna. Sin embargo, se hace escasa mención de los o las cuidadores(as) como entidad independiente.

En estas tribus se combinaban con frecuencia la religión, la magia, la medicina, los cuidados y la farmacia. Estas actividades estaban a cargo de una persona que estaba apartada del resto de la tribu. Primero fueron los curanderos (brujos) y más tarde los sacerdotes, que intentaron sanar las enfermedades tanto de la mente como del cuerpo.

tesis
7492
FI-18748



La posición de las mujeres indias era socialmente muy alta. Parece que tenían autoridad total sobre el hogar. Además formaba parte de un consejo de mujeres y declaraba la guerra después de que se tomara tal decisión. Cabe suponer que su papel incluía el cuidado de los(as) niños y niñas, la asistencia al parto y algún tipo de participación en el cuidado de los(as) enfermos(as) y los(as) ancianos(as).

EL MUNDO CLÁSICO

Se refiere a la Grecia Clásica y la Roma Antigua. Es cuna de nuestra civilización en todos los sentidos. La sociedad estaba integrada por: los(as) ciudadanos(as), los(as) plebeyos(as) y los(as) esclavos(as). Esta diferenciación marcó considerablemente los cuidados de la salud que recibieron cada uno(a) de ellos(as).

Los ciudadanos, hombres libres y ricos, no necesitaban trabajar para vivir, se dedicaban a la filosofía, las artes, las letras y la política. Constituían el nivel más privilegiado de la sociedad que estaba formado por el 25% de la población.

Un segundo grupo era el de los plebeyos, hombres libres pero que necesitaban trabajar para vivir. Generalmente eran artesanos o capataces. No tenían derecho a la propiedad y constituían el 15% de la población.

Por último, los esclavos, que eran la base de la economía. Formaban el 60% de la población y realizaban las tareas de la sociedad (Martínez: 2001,54). No se menciona el grupo en el que ubicaban a las mujeres.

La historia documentada de Grecia se inicia con la Época Homérica o Era de los Héroes. Las obras de Homero, "La Iliada" y "La Odisea", fueron los libros sagrados de Grecia. A través de la mitología, reconstruían los orígenes de los pueblos y discutían sobre la salud, la enfermedad y la práctica médica.

Los poemas de Homero proporcionaban un panorama sobre los remedios habituales y la cirugía de heridas sencillas, los hechizos contra la enfermedad y las súplicas a los dioses para proteger al guerrero contra el mal. El pueblo consideró la enfermedad como un estado de impureza, los sabios la interpretaron como causa de razón natural.

La interpretación de los sabios surgió a partir de los conocimientos aprovechados por los cirujanos y farmacopeas y que les fueron dados por sus filósofos. Progresivamente, los médicos empíricos se unieron y formaron pequeñas escuelas de medicina técnica, donde se enseñaba el estudio de la persona en todos los sentidos.

Los cuidados de la salud eran practicados por diferentes grupos, los cuales elaboraron un concepto de enfermedad de forma racional, despreciando las creencias, los poderes y saberes sobrenaturales y considerando solamente la intelectualidad.

Los cirujanos se dedicaban al tratamiento de las enfermedades de forma empírica, no tenían formación teórica. Se distinguieron tres grupos: los farmacopeas, que recogían y

administraban hierbas; los rizotomas, que recogían y administraban raíces, y los gimnastas que practicaban la gimnasia y el masaje.

Los esclavos(as) fueron los ayudantes de los médicos técnicos. Realizaban la función de cuidadores(as). En los escritos hipocráticos se dan directrices específicas sobre la aplicación de cataplasmas, compresas frías, dietas líquidas, baños calientes, alimentación ligera, entre otras cosas.

Las parteras eran las mujeres que brindaban la mayor parte de los cuidados obstétricos. Los médicos solo participaban en los partos difíciles o anormales. Cualquier otro tipo de asistencia a la salud estaba vedada a las mujeres. Ellas no podían ser iniciadas en ningún arte, pero los cuidados a la familia recaían principalmente en la esposa (Martínez: 2001,52).

Los médicos técnicos fueron poseedores de todos los conocimientos relacionados con los cuidados de la salud. Comenzaron a ejercer la medicina educativa, informando y recomendando a los(as) enfermos(as). Estas recomendaciones iban dirigidas a la élite de la sociedad, de forma que la mayoría del pueblo no llegó a alcanzar las enseñanzas para cuidarse.

En el siglo de oro aparecieron los primeros tratados de medicina. Los estudiantes eran varones de quince años, pertenecientes a la clase alta de la sociedad y bien preparados en todos los aspectos, que hacían un juramento para ingresar en la escuela de medicina. Los conocimientos médicos solo pertenecían a los que juraban para ejercer la profesión. Una vez terminados los estudios pasaban a pertenecer al grupo de los ciudadanos junto con los filósofos y los políticos. El trabajo de los médicos estaba basado en la inteligencia, dejando de lado el aspecto manual, que era ejercido por los cirujanos, este hecho fomentó que el médico técnico no estuviera en contacto con el (la) enfermo(a), alejándose de la práctica médica. Entre los médicos griegos más famosos está Hipócrates.

Uno de sus principios filosóficos era prestar asistencia a las personas, independientemente de su condición social, pero en la práctica real la medicina no fue así, ya que la atención en salud dependía de la categoría de los(as) ciudadanos(as).

Las personas ciudadanas libres eran atendidos(as) por los médicos técnicos, que ejercían una medicina educativa. Los(as) plebeyos(as) podían, en la mayoría de los casos, costearse la asistencia de un médico. Si no podían hacerlo, acudían al gimnasta, quien prescribía regímenes dietéticos y estilos de vida. Los(as) esclavos(as) no eran sujetos(as) de derecho, fueron atendidos por esclavos(as) de los médicos técnicos que aprendían de sus amos.

En sus tratamientos no utilizaron rituales mágicos. Practicaron curaciones basadas en conocimientos intelectuales. Las instituciones sanitarias fueron evolucionando con el tiempo. En un principio existió el "tenderete", más tarde el "iatreion", culminando con el templo.

El tenderete era una especie de tienda de campaña donde el médico empírico atendía a las y los enfermos(as), permaneciendo cierto tiempo en cada ciudad, reuniendo a los(as) ciudadanos(as) en la plaza. Iatreion significa oficina del médico. El médico montó el antiguo tenderete fuera de la casa donde vivía e hizo de ésta su residencia fija.

Los templos eran edificios construidos en honor a Esculapio (dios de la medicina). Generalmente estaban situados en colinas y montañas, cerca de manantiales de aguas medicinales, por lo que prácticamente eran sanatorios. Los(as) griegos(as) acudían al templo para curarse, cuando se producía una curación, dejaban representaciones significativas de ella en el templo (exvotos). Estos templos disponían de baños, bibliotecas, salones de recreo y de música (García: 2001,65)

Por su parte, Roma en sus principios atribuía la salud-enfermedad a las fuerzas sobrenaturales. Posteriormente, por influencia de los(as) griegos(as) adoptaron la interpretación natural. El pueblo romano destacó por el carácter militar, bélico y agresivo. La preocupación de ellos fue poseer un gran imperio, por tanto, lo que aportaron a la asistencia sanitaria no fue ciencia sino organización. Establecieron una serie de instituciones para la promoción y fomento de la salud, entre las que figuran el "Ahorae" y la "Alimenta de Trajano".

El "Ahorae" era un almacén alimentario donde se guardaba el grano de trigo recogido en las diferentes partes del Imperio para llevarlo a Roma y ahí procedían a repartirlo entre los y las habitantes y así evitar el hambre. La "Alimenta de Trajano" era una especie de hospicio donde se recogía a los(as) huérfanos(as), manteniéndolos(as) hasta la edad adecuada para entrar en el ejército.

Los cuidados médicos en un principio los brindaba el pater familiae, luego fue sustituido por el siervus medicus, que generalmente era griego(a), por lo que la medicina era considerada una práctica de esclavos(as) y no de personas de condición libre. Las mujeres romanas eran muy independientes y se dedicaban a muchas actividades fuera del hogar, su papel seguía siendo el cuidado de los niños y niñas y la atención de los partos. Así, el cuidado de los(as) enfermos(as) lo asumían los esclavos y sirvientes (hombres y mujeres) de la casa.

En los siglos II y I a. de C ya se conocía la existencia de médicos procedentes de Grecia. Fueron estos médicos los que enseñaron la profesión a los romanos, que hasta entonces ejercían la medicina mágica.

Inicialmente la labor de los médicos fue difícil debido a que en Roma la medicina era considerada una profesión indigna, por lo que la ejercían solo esclavos y extranjeros. Luego, la posición del médico se consolidó gracias a la labor destacada que realizaron algunos médicos como Sorano de Efeso y Galeno de Pérgamo (Lain: 1976,203)

El hospital romano por excelencia fue el Valetudinaria, el cual originalmente era una organización militar. Comenzó siendo móvil, con tiendas de campaña y avanzaba junto al ejército. Cuando los límites romanos se estabilizaban y el ejército quedaba en lugar fijo, el Valetudinaria se fijaba también y se construía en piedra.

Este hospital era cuadrado o rectangular, con un patio central a cuyo alrededor se disponían las habitaciones. La limpieza y el aseo de las y los enfermos(as) eran llevados a cabo por los "optiones", dirigidos por un jefe cuya misión era mantener en orden este establecimiento.

Los(as) cuidadores(as) eran los "nosocomi" y el cuidado prestado tenía como objetivo principal la recuperación rápida de los soldados, para que se incorporaran al ejército lo antes posible. También se crearon los Valetudinarium para esclavos(as) enfermos(as) de las casas ricas; siendo probable que los(as) esclavos(as) actuaran como cuidadores(as) en estas instituciones.

II Etapa vocacional: Surge con el inicio del cristianismo y se prolongó hasta los inicios de la etapa contemporánea. La fe católica trajo consigo una serie de cambios. Los(as) cristianos(as) decían que toda persona tiene que ser hijo(a) de Dios de manera igualitaria, haciendo desaparecer con este pensamiento los tres niveles sociales existentes hasta aquel momento.

La Iglesia resaltó la misión salvadora de Cristo para con los(as) desvalidos(as) y enfermos(as). Como consecuencia directa de esta forma de sentir la religión, se crearon numerosas instituciones dedicadas al cuidado de los(as) enfermos(as) y necesitados(as), y a partir de este momento, la presencia de la Iglesia fue constante en el mundo de la enfermedad.

INICIO DEL MUNDO CRISTIANO

A partir del Cristianismo, las referencias a los cuidados son continuas. Su auge fortaleció el desarrollo de los cuidados, que pasaron a considerarse un deber sagrado y adquirieron un enfoque humanitario que previamente no habían tenido. Sin embargo, este pensamiento religioso también obstaculizó el progreso de los cuidados, dada su estrecha relación con la religión y las órdenes religiosas. La disciplina estricta se convertiría, durante muchos siglos en un modo de vida.

"Las personas dedicadas a la tarea de cuidar acabaron por ser adiestradas para la docilidad, la pasividad, la humildad y un desprecio total de sí mismas" (García: 2001,69)

Se promulgó una obediencia absoluta a las decisiones de otras personas de rango superior, generalmente el sacerdote o el médico. El criterio individual de la o el cuidador(a) y la responsabilidad personal para tomar decisiones en relación con la atención de los(as) enfermos(as), fueron olvidados y permanecieron ajenos a la actividad de cuidar durante mucho tiempo.

Para los(as) nuevos(as) cristianos(as), la enfermedad era una oportunidad de vida, que suponía la imitación de la vida de Jesús. De este modo, tenían la obligación de asistir al(la) enfermo(a) reproduciendo lo que fue práctica cotidiana en la vida pública de Jesús.

La enfermedad ya no se interpretó como un castigo sobrenatural; se entendió como una gracia recibida y un modo de redención. En esta época, la obligación de cuidar a las personas enfermas se fundamentó tanto en el ejemplo como en el mandato de Jesús a sus discípulos. Éstos predicaban en sus mensajes:

“...cualquier ciudad que entrareis y os recibieren, curad a los enfermos que en ella hubiere” (Lucas 10, 8-9)

El credo cristiano propugnaba que las personas dejaran de preocuparse de sí mismas y se ocuparan de forma altruista de servir a los y las demás. El amor al prójimo, la misericordia, la caridad y el servicio desinteresado caracterizaron los cuidados a los y las enfermas(os), convirtiéndolos en una obra de misericordia.

Rápidamente se incrementó el número de congregaciones, hermandades y órdenes dedicadas al cuidado de los(as) enfermos(as). Las primeras fueron de mujeres, fundadas para realizar un trabajo social. Destacaron las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas.

Las diaconisas eran un grupo de mujeres de elevada posición social, pertenecientes a las familias más distinguidas. Aunque su ocupación principal se relacionaba con los ritos de las catecúmenas², también ejercían funciones de auxilio en los hogares más necesitados proporcionándoles dinero, ropa y cuidados.

Las viudas eran un grupo numeroso de mujeres dedicado a la asistencia de enfermos(as) y pobres. No eran viudas en el sentido estricto, este título se utilizaba como muestra de respeto por la edad. Se dedicaban a trabajar con los(as) pobres y los(as) enfermos(as) y más tarde desempeñaron un papel importante en la creación de hospitales.

Las vírgenes constituyeron un conjunto de mujeres más dedicado a las labores de la Iglesia y ejercicios religiosos que a la práctica de la caridad entre los(as) necesitados(as). Se podría decir que fueron las precursoras de las monjas. Las matronas romanas aparecieron cuando el cristianismo se infiltró entre las clases dominantes romanas, siendo la matrona la mujer rica que atendía a los(as) enfermos(as), a los(as) pobres y a los(as) necesitados(as).

Entre ellas destacan:

- Marcela, que destinó su palacio para que instalaran el primer monasterio. Estas casas se multiplicaron en Roma, conociéndose más tarde como Casas de Marcela. Se preocupó de la formación de sus seguidoras en el cuidado del(la) enfermo(a).

² Mujeres que se preparaban para recibir el bautismo

- Fabiola, construyó en su palacio el primer hospital público cristiano en Europa, trabajando ella como cuidadora. Estos hospitales, que luego proliferaron, eran conocidos con el nombre de "nosocomios".
- Paula, perteneció a una de las familias más nobles de Roma. Posteriormente emigró hacia Palestina, fundando una serie de hospitales a lo largo del camino de Belén en los que ella cuidaba personalmente a los(as) enfermos(as). Se cree que fue la primera en diseñar un sistema de instrucción específico para mujeres dedicadas al cuidado. (García: 1984.53)

Referente al tratamiento de la enfermedad, los(as) cristianos(as) no le dieron importancia a la ayuda médica o técnica al(la) enfermo(a); lo primordial era la ayuda y asistencia humanitaria a las personas enfermas, dado que se practicaba la caridad y era una oportunidad de redención tanto para el(la) enfermo(a) como para la y el cuidador(a).

Con el auge de las congregaciones, la Iglesia se vio en la necesidad de ampliar sus servicios sociales. Los obispos asumieron la tarea de construir lugares donde poder acoger a los(as) desvalidos(as) y enfermos(as) y cuidar de ellos(as). Estas instituciones se llamaron "xenodoquios", los cuales eran atendidos por diaconisas ayudadas por viudas.

Es importante tener en consideración que los hospitales de esta época, aunque intentaban curar a los(as) enfermos(as) de sus dolencias físicas, ponían mayor interés en tratar las afecciones del alma.

ALTA EDAD MEDIA

Este término se utiliza para dividir teóricamente la Historia en Antigua y Moderna. Es un período comprendido entre el Mundo Clásico y el Renacimiento y fue, durante mucho tiempo, una etapa negra de la historia de la humanidad.

Comprende hasta el inicio del siglo VI y se caracterizó por un retroceso en todos los aspectos. La ciencia y la cultura se estancaron. El comercio y la industria desaparecieron. Las guerras, las grandes epidemias y los desastres naturales se aunaron para imponer el caos que hizo volver atrás a la humanidad.

Los estados se dividieron en feudos, gobernados por señores feudales que tenían el poder absoluto en su territorio. Se presentaron continuas guerras contra pueblos vecinos. Contrariamente, la doctrina cristiana se arraigó en la sociedad y la Iglesia adquirió más poder e influencia.

En esta época surge una estructura social muy clara: los(as) pobres y los(as) ricos(as), los(as) cuales se distinguieron en la forma de vestir, la forma de alimentarse y la vivienda, lo que determinó que cada clase social padeciera de diferentes problemas de salud.

En la Alta Edad Media se produjeron tres fenómenos significativos que determinaron la forma de vida de la sociedad: el feudalismo, el monasticismo y el islamismo (Gracia: 1984,12) El feudalismo fue un sistema de gobierno patriarcal que

proporcionaba a los hombres hogar, alimento y protección física para sus familias. A cambio de estos servicios debían trabajar la tierra como granjeros y se convertían en soldados de sus señores en caso de guerra.

El monasticismo fue un sistema de vida cuyo fin era purificar el alma, librarla del pecado por medio de la vida solitaria, la automortificación, la autonegación y la disciplina estricta. El islamismo fue una religión fundada por Mahoma. El libro que recoge las enseñanzas de Mahoma es el Corán y su dios es llamado Alá. La esencia de esta religión es la sumisión y la rendición a la voluntad de Alá. A los seguidores de esta religión monoteísta se les llamó musulmanes.

En la Europa medieval, la implantación del cristianismo produjo cambios significativos como la incorporación al cristianismo de las clases sociales privilegiadas, el gran apoyo institucional que recibió el cristianismo al ser declarado religión oficial y la fusión de la cultura griega y el pensamiento cristiano, lo que dio lugar a la Teología, estudio de todo lo referido a Dios y sus atributos.

Estos hechos favorecieron la extensión de la religión cristiana a todas las clases sociales. La Europa cristiana de la Alta Edad Media fue sacudida por grandes epidemias, apareció el hambre, se practicó el infanticidio en niñas y las prácticas abortivas y contraceptivas.

El pueblo continuó manteniendo la idea de que la enfermedad la enviaba Dios. Los pueblos que no se convirtieron al cristianismo permanecieron creyendo que la enfermedad era un castigo por una desaprobación divina. Ambas creencias se fundieron y se generalizó la interpretación de que la causa de la enfermedad era el pecado, y en su curación debía haber una intervención divina.

La asistencia a las personas enfermas continuó según la filosofía iniciada con el advenimiento del cristianismo. Los cuidados estaban basados en las obras de misericordia, que habla de la atención material y espiritual que los y las cristianas(os) debían prestar a los y las otras(os).

De esta forma:

“La asistencia al enfermo fue en todo este periodo más una obra de caridad o de misericordia que de justicia, más patrimonio de la Iglesia que del Estado, más ejercicio de sacerdotes que de médicos” (Gracia: 1984, 41).

En cuanto a los(as) cuidadores (as) de la época, se pueden citar dos grupos: las mujeres de los señores feudales y los monjes.

La mujer feudal

En el feudalismo, la mayoría de las mujeres eran forzadas a casarse jóvenes y a menudo en contra de su voluntad. Su valor social residía en su capacidad de procrear y administrar un hogar. Tenían a su cargo, además de las labores del hogar, el cuidado de

los(as) enfermos(as) de la hacienda. Practicaban primeros auxilios y tenían un amplio conocimiento de remedios caseros.

Los monjes

En lo referente a los monasterios, en un principio no fueron creados para cuidar a los(as) enfermos(as), atender a los(as) huérfanos(as) o amparar a los(as) pobres. Con el paso del tiempo el cuidado de las personas enfermas se convirtió en función y deber de la comunidad monástica.

La medicina de esa época se denominó monástica debido a que por encima del médico seglar prevaleció el sacerdote médico. Los conocimientos de todas las ramas del saber quedaron casi exclusivamente confinados en la clase religiosa.

En relación al cuidado, los monjes practicaban una mezcla de tratamientos médicos y enfermeros sin hacer distinción entre ambos (Martínez: 2001,59) Con los principios del pensamiento cristiano se crearon los primeros hospitales. Todos ellos construidos junto a monasterios o catedrales y se caracterizaron por:

- Ser instituciones puramente eclesiásticas. La Iglesia fue la responsable de tener caridad con las y los necesitados(as).
- Tener como fin principal la caridad y la misericordia con el y la pobre y las personas enfermas, quedando relegada la asistencia médica.
- Estar destinados a las clases sociales más desprotegidas, siendo así denominados hospital de pobres, lo que marcaba una diferencia con el hospital de enfermos(as).

BAJA EDAD MEDIA

Se extiende aproximadamente entre el año 1000 y 1500. En esta época se produce un cambio social favorecido por grandes movimientos poblacionales y por el progreso de las artes, la arquitectura y la medicina. Surgió una clase social nueva, la clase media, constituida por mercaderes, banqueros y tenderos.

Entre los hechos históricos más significativos que se dieron, sobresalen las Cruzadas, las cuales no tuvieron éxito militar duradero, pero el intercambio de ideas y productos, el adelanto del comercio y de la industria, como también las modificaciones sociales que llevaron consigo, las convirtieron en un punto de referencia muy importante en la historia de la humanidad.

Los problemas de salud de la época fueron producto de los movimientos migratorios y de un saneamiento ambiental deficiente. Las epidemias que padeció la población fueron la peste negra, la lepra y la gripe. Vivían en condiciones de hacinamiento lo que favorecía la propagación de enfermedades, lo que provocó que los(as) cuidadores(as) salieran de las instituciones y volvieran de nuevo a los domicilios.

Las personas atraídas por los cuidados seguían procediendo de niveles intelectuales y sociales elevados. Numerosos hombres se hicieron cuidadores y el ideal militar de

disciplina y orden se introdujo en los grupos dedicados a la atención de las y los enfermos(as). La forma de aprendizaje de los(as) cuidadores(as) no fomentaba un genuino proceso educacional, sino que hacía hincapié en el aspecto de servicio, lo que impidió el progreso de los cuidados durante muchas décadas.

Las Cruzadas permitieron sistematizar la actuación de los(as) cuidadores(as), en consecuencia se fundaron organizaciones de tres tipos:

- Órdenes militares, las cuales en su servicio al prójimo combinaban las particularidades de la religión, la caballería, el militarismo y la caridad. Sus miembros se dividían en tres clases: - los caballeros, hombres de clase social alta, que cuando no estaban en las batallas, ayudaban a cuidar enfermos(as), - los sacerdotes, atendían las obligaciones religiosas en los hospitales, las iglesias y en los campamentos, - los hermanos sirvientes, su principal responsabilidad era atender a los(as) viajeros(as) y cuidar a los(as) enfermos(as).

En Alemania, a finales del siglo XII, fundaron una orden de mujeres para realizar específicamente labores de hospital. Sin embargo, no eran admitidas como integrantes de pleno derecho, por lo que se les llamaba "consorores" (hermanas laicas). Es posible que sus obligaciones de cuidadoras se consideraran de poca categoría, ya que la regla decía que las mujeres han de ser admitidas porque el cuidado del ganado y de los(as) enfermos(as) del hospital lo realiza mejor el sexo femenino.

- Órdenes Mendicantes o religiosas, surgieron como respuesta a la rápida propagación de las enfermedades epidémicas. Dependían de la mendicidad para su sustento, de esto viene su nombre. Estas órdenes fueron estimuladas por la fe, la caridad y el amor al prójimo. La mayoría de estas órdenes estaban formadas por mujeres.
- Órdenes seculares, fueron formadas por personal semireligioso que no seguía los votos de la vida monástica. Sirvieron a los(as) enfermos(as), los(as) pobres, los(as) abandonados(as) y los(as) huérfanos(as) en sus propias comunidades y en ocasiones, ejercieron en el hospital. El desarrollo de estas órdenes fue de mucha importancia en la secularización de los cuidados; en parte su éxito fue debido a la libertad del personal dentro de su comunidad. Dentro de los grupos más famosos están: las Beguinas y las Hermanas del Hôtel Dieu de París. Las primeras eran mujeres que trabajaban para vivir, ocupando la mayor parte del tiempo en cuidar enfermos(as) en los hospitales o en los hogares. No vestían hábitos y podían dejar la orden en el momento en que lo desearan, debían prometer obediencia y castidad mientras pertenecieran a la Orden. Llegaron a ser famosas por los buenos cuidados que brindaban y por la administración de los hospitales. Mientras que las Hermanas del Hôtel Dieu de París, son una de las órdenes más antiguas dedicadas al cuidado de los(as) enfermos(as). Ellas ejercían de enfermeras y pasaban la vida en las salas del hospital, únicamente salían para visitar a los(as) enfermos(as).

(Hernández: 1995,86).

Durante toda la Edad Media, las parteras eran las encargadas de traer los(as) niños(as) al mundo. Solo en los casos complicados se pedía al barbero cirujano que ayudara en el parto. Los médicos acreditados sólo atendían a las mujeres embarazadas en casos especiales, generalmente si la mujer era de familia noble. Los servicios del médico en esta área no eran valorados e incluso se prohibía que los médicos atendieran partos.³ También en esta época se presentó un aumento rápido del número de hospitales debido a la demanda y se produce la división del trabajo, apareciendo diferentes tipos de trabajadores(as), principalmente la figura de la enfermera(o).

Los cuidados de enfermería, que estaban enfocados básicamente a la custodia de los y las pacientes, se dispensaban las 24 horas del día. Sin embargo, los hospitales sufrieron cambios negativos muy significativos, como por ejemplo: En cada cama se ubicaban tres o cuatro enfermos(as), generalmente estos(as) estaban sucios(as) y mal alimentados(as), y además, se empleaban a personas no idóneas para aumentar la dotación del personal cuidador.

Este último aspecto fue el primer paso de la decadencia que se produjo y por la cual se presentó un largo período conocido como Época Oscura de la Enfermería, coincidiendo con el inicio del mundo moderno.

EL MUNDO MODERNO

La Edad Moderna se inicia con la caída de Constantinopla en 1453. Se dividió en tres etapas: El Renacimiento, El Barroco y La Ilustración.

Como hechos importantes de esta época está el aumento de la cultura como consecuencia de la aparición de la imprenta, el descubrimiento y conquista de América, la separación de gran parte de Europa de la Iglesia Romana, el Protestantismo y la contrarreforma. (Vásquez: 2001, 35).

La incesante actividad intelectual que caracterizó al Mundo Moderno, trajo grandes avances científicos, se desarrollaron teorías filosóficas, químicas y físicas que repercutieron positivamente en la atención a la salud. Hubo mucho conocimiento de las enfermedades y sus causas y adquirieron gran importancia las teorías organicistas sobre las patologías. Se descubrieron aparatos y se inventaron técnicas de gran aplicación en el cuidado de la salud.

Las enfermedades estuvieron relacionadas con el estilo de vida, diferenciándose las padecidas por los(as) nobles y ricos(as) y las padecidas por el pueblo. Los efectos del protestantismo sobre las mujeres fueron significativos. Esta religión era extremista en su intolerancia con respecto a la educación femenina, privándolas de sus actividades fuera del hogar. Por otra parte, proclamaban que la fe era más eficaz que la caridad como medio de

³En Hamburgo, en 1522, fue quemado en la hoguera un médico por asistir a un parto vestido de mujer.

salvación, lo que hizo que se perdiera el interés por cualquier tarea que implicara sacrificio personal.

En muchos países, las órdenes religiosas se dispersaron y cerraron sus conventos, por lo que surgió el abandono del cuidado a las y los enfermos(as), pasando esta actividad a manos de personal seglar de estrato social muy bajo y retribución muy escasa.

Las personas que en esta época se incorporaron al cuidado de las y los enfermos(as) fueron en su mayoría mujeres dedicadas a la prostitución, entregadas a la bebida y frecuentemente procedentes de cárceles. El interés de ellas por instalarse en los hospitales no fue otro que el tener aseguradas la cama y la comida. Los conocimientos y los sentimientos humanitarios eran totalmente nulos. En los hospitales carecieron de organización y supervisión para ellas. Como resultado de estos hechos, los cuidados llegaron al nivel más bajo de la historia, siendo conocida esta etapa como Época Oscura de la Enfermería.

El caos ocasionado llegó a tal extremo que el Papa convocó el Concilio de Trento. Este Concilio fue un movimiento de respuesta al Protestantismo y ha pasado a la historia como la Contrarreforma. En él se analizó la asistencia a las y los enfermos(as) y se hicieron recomendaciones para la organización, mantenimiento y supervisión de los servicios hospitalarios. Este fue el punto de partida de numerosos grupos religiosos dedicados al cuidado del y la enferma(o). Uno de estos grupos fueron "Las hijas de la Caridad", que era un grupo de mujeres guiadas por Vicente de Paúl. Cualquier mujer podía unirse a ellas siempre que contara con el permiso del marido o del padre. Vicente de Paúl estableció directrices para realizar el trabajo, por ejemplo,

"...atender las necesidades primordiales de los enfermos, prepararles el alimento, dárselos si era necesario, ocuparse del aseo personal, arreglar las habitaciones, tenerlos presentes para repetir las visitas en el día, sostener la moral, consolidar su fe, contribuir con su presencia y su sostén a aliviar la pena de los que lloran a sus muertos y solidarizarse con ellos todo lo posible" (García: 2001, 102)

El número de seguidoras fue en aumento y esto hizo que se pensara en la necesidad de un entrenamiento previo y que se unificaran los planes de trabajo. Las Hermanas de la Caridad extendieron su acción rápidamente por muchos países. En la actualidad, constituyen la comunidad religiosa más numerosa de la Iglesia Católica dedicada a la Enfermería.

Los remedios para las enfermedades tuvieron carácter religioso, astrológico y mágico. Se trataron de evitar las epidemias con procesiones y oraciones, entre otras. También era frecuente la consulta a los astros como un recurso importante para la cura de enfermedades. Se combinó con la práctica de la magia, dándole poder curativo a la imposición de las manos del rey.

La medicina oficial estuvo muy revolucionada por los inventos y descubrimientos. El inicio de la disección dio paso al conocimiento del cuerpo humano.

Entre los grandes inventos de esta época destacan el termómetro, la inyección intravenosa, la transfusión sanguínea, la ligadura de las arterias como tratamiento de la hemostasia y surgen las primeras experiencias sobre la toma de la presión arterial. (Leddy: 1985, 18). En forma lenta y progresiva se produce la secularización de los hospitales. El poder civil comienza a considerar la atención de los y las enfermas como un deber del estado y un derecho de las personas.

A fines del SXVIII los hospitales pasan de ser una institución eclesiástica a una institución civil. Esto implicó un desplazamiento de la Iglesia como protagonista de la asistencia de los y las enfermas(os), aunque siguió presente, adaptándose a los cambios producidos. Sin embargo, había pocos médicos técnicos, que fundamentalmente atendían a los privilegiados, quedando el pueblo al margen. Al no poder acudir al médico técnico, lo hizo al astrólogo, al mago, a la bruja; razón por la cual la Iglesia crea órdenes religiosas aptas para servir a los grupos menos favorecidos.

III Etapa técnica: llamada así por la orientación eminentemente técnica de la atención de enfermería. El concepto de salud-enfermedad en los inicios del mundo contemporáneo pierde la connotación religiosa que imperaba hasta entonces. El concepto de salud se relaciona con la lucha contra la enfermedad.

Señala R. Tey (1982), que el siglo XX transcurre para las enfermeras con dos presiones de significado opuesto que hacen entrar a éstas en un conflicto permanente. Por una parte, la sociedad de la época espera de las enfermeras una actitud maternal y abnegada. Por otra, los servicios de atención a la salud, organizados bajo patrones médicos, exigen a las enfermeras cada vez más especialización en técnicas curativas y menos preparación en la atención a los y las enfermas(os) como personas.

Ambas influencias entran en crisis, motivada la primera por la progresiva secularización de la sociedad y de las mismas enfermeras, que comienzan a desechar el aspecto vocacional en el sentido religioso. Y la segunda por la dependencia de la enfermería a la clase médica, porque cada vez se hace menos cuestionable que una profesión femenina debe de estar organizada y gestionada por mujeres⁴.

A pesar de esto, la actividad de la enfermera en este tiempo, se basa en la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales, como trabajo auxiliar de la medicina, siendo sus tareas más importantes y valoradas la medición de signos vitales, curaciones y administración de medicamentos.

⁴ Tey Freixa, R. Hacia una definición de Enfermería. Barcelona. Terceras Sesiones de Trabajo de la AEED, 1982:17 y 18

EL MUNDO CONTEMPORÁNEO

Se enmarca en los siglos XIX y XX y se caracterizó por la revolución desde varios puntos de vista, destacando la revolución demográfica. La población mundial pasó de ochocientos cincuenta millones de habitantes en 1750 a mil trescientos millones en 1850. Los dos siglos que comprenden esta etapa están bien diferenciados en todos los sentidos.

En el siglo XIX creció la población, aumentaron los nacimientos y disminuyó la mortalidad infantil. Apareció el control de la natalidad en la clase social alta; por el contrario, los(as) obreros(as) no practicaron este control hasta bien entrado el siglo XX.

Se produjo una gran emigración, lo que favoreció que en Europa disminuyera el hambre. Del mismo modo, existió la inmigración de la población de las zonas rurales que, en busca de trabajo, se trasladó a las grandes ciudades, iniciándose la llamada Revolución Industrial.

De este modo, según Laín Entralgo (1979), surgieron dos estratos sociales bien diferentes; la burguesía, convertida en clase capitalista, y los(as) trabajadores(as), que formaron el proletariado. Estos últimos fueron adquiriendo conciencia de clase y se asociaron en defensa de sus derechos, dando lugar a la creación de los sindicatos. De esta forma se inició la lucha de clases.

Por otro lado, el siglo XX ha estado marcado por las dos Guerras Mundiales. A partir de la primera, la humanidad conoció dos revoluciones: una social y otra técnica, con las que se han conseguido mayor libertad civil y mayor justicia social. La revolución técnica ha llevado al descubrimiento de la energía nuclear, de gran aplicación en diferentes campos.

Como consecuencia de la Revolución Industrial, evolucionaron una serie de teorías sociales, destacándose la posición de Saint-Simon (1825) que preconizó la entrega del poder a la clase trabajadora, sin atacar la propiedad privada y con la producción coordinada por el Estado. Sus discípulos fueron los primeros que en 1832 utilizaron el término socialismo.

Por otra parte surgieron las ideas más radicales de Karl Marx, que basaba la plena libertad de las personas no solo en el desarrollo intelectual y moral, sino en la óptima organización de la promoción y el reparto de la riqueza material, con la supremacía del grupo sobre el individuo.

Mientras tanto, el sentimiento de libertad se intensificó. Se elevó la importancia de toda clase de trabajo humano. Se suprimieron algunas prohibiciones que pesaban sobre las minorías raciales, especialmente los(as) judíos(as). Y se abrió a las mujeres el acceso a pensamientos que hasta entonces habían permanecido cerrados para ellas.

Las ciencias, por su lado, progresaron espectacularmente; la incesante práctica investigadora da como resultado el desarrollo científico, repercutiendo en los avances

médicos. Se produce el descubrimiento de numerosos agentes etiológicos causantes de enfermedades infecciosas, así como la penicilina para tratar las infecciones.

En la disciplina médica se inicia el descubrimiento de importantes teorías que se desarrollan a lo largo del siglo XX, como la del Psicoanálisis de Freud, la del origen de las especies de Darwin y la de la genética de Mendel, entre otras. (Lyons, A y col: 1980, 121)

Adquiere gran importancia el Paradigma de la Categorización, corriente que orienta el pensamiento médico hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

Con el inicio de la Revolución Industrial se modificó significativamente el equilibrio ecológico, apareciendo nuevos problemas de salud, como la viruela, la fiebre amarilla, la fiebre tifoidea y el cólera. Junto a estas enfermedades, se dieron las del proletariado, relacionadas con el trabajo en las fábricas, tales como las deformidades de la espalda, las intoxicaciones por el uso de productos tóxicos, los accidentes en las grandes obras de construcción y de tendidos eléctricos.

Durante el siglo XIX, la asistencia sanitaria fue eminentemente curativa e individual, variando según la clase social de los y las enfermas(os). La clase alta recibía atención directa de los médicos, acudían al consultorio del médico y si no podían trasladarse, era el médico el que acudía al domicilio de ellos y ellas. Para las enfermedades crónicas, disponían de balneario o casa de reposo donde se utilizaba el poder curativo de las aguas termales o del barro (lodoterapia).

La clase media no siempre podía costearse la atención médica. Este alto costo favoreció la aparición de seguros que fueron la base para la posterior creación de la Seguridad Social. La clase baja era la única que acudía al hospital. Se la utilizaba como objeto de la enseñanza médica y como recurso para la investigación en las salas de autopsias. Estas personas tenían la ventaja de ser atendidos por médicos célebres, quienes con su trabajo en el hospital elevaron la medicina al nivel actual.

Los hospitales tuvieron cambios importantes tanto en su estructura, como en su organización, funcionamiento y objetivos. Este nuevo concepto de hospital determinó un mayor poder de la clase médica. Estos cambios implicaron una gran pérdida de poder para la iglesia. (Chavarría, M. y col: 1992, 84)

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX y parte del XX, sin embargo, en las primeras décadas del siglo XIX se mezclaron diferentes tipos de cuidadores y cuidadoras. Por una parte, continuaron ejerciendo como enfermeras mujeres que hicieron que la enfermería se situara en el nivel más bajo que se conoce en la historia. Por otro lado, se mantenían las órdenes religiosas que atendían a los enfermos y enfermas.

A finales del siglo XIX se inició una enfermería enseñada por principios. En este aspecto tiene gran significado histórico el libro **El arte de la Enfermería**, escrito por los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios en 1833. Los contenidos de esta obra, entre otros, describen las formas de administrar la alimentación a los y las enfermas (os),

aplicación de los fármacos prescritos, realización del aseo y acompañamiento emocional (Molina: 1973,90)

Fue en este mismo siglo que se inició un movimiento de interés público por el progreso de la enfermería con distintas corrientes de opinión. Mientras unos defendían el sistema avalado por los aspectos religiosos, otros lo hacían pensando en enfermeras remuneradas, preparadas y auspiciadas por el poder civil. Este fue el inicio de la enfermería moderna y con él, la profesionalización de la actividad de cuidar. Consiguieron la reforma, entre otros, el matrimonio Fliedner, Florence Nightingale y las órdenes religiosas surgidas en la Edad Moderna.

Matrimonio Fliedner y las Diaconisas de Kaiserswerth

En los primeros años del S XIX, el pastor luterano Teodoro Fliedner y su esposa cambiaron el concepto de enfermería. Este matrimonio vivió en Kaiserswerth, a orillas del Río Rhin, en Alemania. El señor Fliedner trabajó en la reforma de las cárceles, formando una asociación de cárceles alemanas. Esta labor le resultó muy difícil porque fue obstaculizada por el pensamiento social de la época que decretaba que las mujeres debían permanecer en la casa, siendo mal visto que se mezclaran con los malhechores. El objetivo se consiguió al incorporarse un grupo de ex presas recuperadas socialmente al lado de los Fliedner. Ellos también atendieron a los y las pobres y enfermos(as) y empezaron a organizar un hospital, pero al no contar con enfermeras, pensaron en preparar diaconisas, siendo ésta su labor más importante. La señora Fliedner fue la encargada de seleccionar a las mujeres que deseaban ser diaconisas y de planificar su enseñanza.

Estas diaconisas se extendieron por varios países y fundaron escuelas con los principios y organización de sus maestros. Igualmente, se preparaban en esta institución diaconisas destinadas a la enseñanza. La señora Fliedner dispuso desde el principio, las actividades del Instituto. En cada sala del hospital (de hombres, de mujeres y de niños) trabajaba una diaconisa. Las tareas domésticas como la limpieza de la casa, el trabajo de la cocina, el lavado y el cuidado de la ropa correspondían a las diaconisas, organizadas por turno. El jardín-huerta proporcionaba las hortalizas y las frutas y era también atendido por ellas. (García, C: 2001, 134).

Esta organización del Instituto Kaiserswerth sirvió de modelo años después a instituciones de formación de enfermeras. La obra de este matrimonio se vio finalizada con una estructura, construida alrededor de la casa original, que contaba con:

- Hospital de 120 camas.
- Asilo para mujeres dementes.
- Escuela para niños y niñas de todos los credos.
- Escuela para jóvenes, generalmente huérfanas(os).
- Asilo para mujeres ex presidiarias.
- Escuela para maestras, institutrices y enfermeras.

Para ingresar como diaconisa se exigía:

- Edad mínima de 18 años.
- Carta de un ministro de la Iglesia haciendo constar la buena moral de la aspirante.



- Carta de un médico certificando buena salud.
- Limitación de dinero para gastos personales.

La organización del aprendizaje constaba de:

- Tres años de formación.
- Un período de prueba de tres meses a un año.
- Enseñanzas teóricas por medio de clases y conferencias.
- Rotación de prácticas en las unidades del hospital y en la escuela.
- División de las estudiantes en grupos de primer y segundo años y en enfermera-jefe, correspondiendo este cargo al tercer año.

Las enseñanzas, tanto teóricas como clínicas, eran impartidas por médicos. Todas las diaconisas eran asignadas por turnos fijos. Las que estaban destinadas a ser maestras debían de permanecer un tiempo al servicio de los niños(as) enfermos(as). Las que querían dedicarse a la enfermería asistían en las salas de hombres, mujeres y niños(as); unidades para enfermos(as) contagiosos(as); convalecientes y diaconisas enfermas.

Florence Nightingale

Nació en Florencia, el 12 de mayo de 1820 y murió el 13 de agosto de 1910. Ella representa el fin de la actividad de la enfermera empírica y exclusivamente vocacional. Ella es la verdadera pionera de la profesionalización, iniciando las artes literarias de la disciplina, la organización de la profesión y la educación formal de las enfermeras.

Perteneció a una familia de la sociedad inglesa de esa época. Se interesó por la política, la sociedad y las humanidades; pero su interés principal fueron las obras sociales y el cuidado de las y los enfermos y enfermas. Una vez que tomó la decisión de dedicarse a la enfermería y de iniciar la reforma para el mejor funcionamiento de los hospitales, tuvo que luchar para vencer las dificultades que se le presentaron, fundamentalmente la oposición de su madre, que consideraba deshonrosa la ocupación de enfermera para su hija. (García, C: 2001,137).

Ella fue autodidacta, comenzó la adquisición de conocimientos visitando hospitales. Su posición social le permitió tener acceso a informaciones sobre enfermería. Así conoció la obra de los Flidner, viajó a Kaiserswerth y permaneció un tiempo en el Instituto. También se desplazó a otros lugares para conocer lo que se estaba haciendo en lo referido al cuidado de las y los enfermos y enfermas.

Su primer empleo fue como superintendente de un establecimiento para damas enfermas. Introdujo algunas comodidades para las internadas, como el uso de campanilla para las llamadas, agua caliente y algo tan novedoso como la instalación de un ascensor. También se ocupó de buscar empleo o domicilio a las convalecientes a la salida del hospital. Cuando intentó organizar en el mismo centro, una escuela de enfermeras, tropezó con la negativa de la Junta de Gobierno, debido a que éstos no comprendían las intenciones de ella.

Durante la Guerra de Crimea, se ofreció como voluntaria para ir a Turquía. Allí organizó un departamento de enfermería y dedicó sus esfuerzos a eliminar los problemas de contaminación en los pabellones del hospital. Aquí las condiciones eran deplorables. Además de las heridas, los soldados sufrían infecciones, infestación de piojos y enfermedades asociadas a las malas condiciones higiénicas. Los enfermos que no podían alimentarse morían de inanición. No había mesas de quirófano ni anestesia.

Lo primero que ella hizo fue organizar el saneamiento del hospital: se instalaron ebulliciones y lavaderos para la ropa (las mujeres, parejas de los soldados fueron contratadas para estas labores), se habilitaron cocinas dietéticas donde se preparaba la alimentación de los soldados más graves y delicados, incluso se destinó un despacho donde Florence Nightingale preparaba sus informes sanitarios para las autoridades inglesas.

Al cabo de unos meses de la llegada de Nightingale y el grupo de enfermeras a Crimea, la mortalidad de los soldados ingleses descendió de un cuarenta a un dos por ciento. Terminada la Guerra de Crimea en 1856, Nightingale volvió a Inglaterra, donde fue recibida por la Reina Victoria y condecorada con la Cruz de San Jorge. A su vez, el pueblo inglés organizó un fondo de suscripción popular, llamado Fondo Nightingale, para mantener las escuelas de enfermeras, donde Florence Nightingale trabajó para una mejor preparación de estas profesionales.

En 1860 organizó una escuela modelo donde se enseñaba el arte de la enfermería. Esta escuela estaba subvencionada por el Fondo Nightingale y se instaló en el Hospital Santo Tomás. Se habilitó una parte del centro para residencia de las estudiantes, con una disciplina y vigilancia estrictas que garantizara a los padres y madres de éstas la buena reputación de sus hijas. Con esto se trataba de romper la Etapa Oscura de la enfermería, haciendo comprender a la sociedad que las profesionales eran personas de ética, moralidad y preparación dignas. Se les vigilaba todo acto, de modo que no recayera crítica sobre la escuela a causa de un mal comportamiento de las estudiantes.

En esta escuela el período de formación era de dos o tres años según las alumnas. Las aspirantes eran sometidas a un período de prueba de un mes y a un curso básico de un año, concluido éste realizaban un examen y las que lo superaran eran designadas como enfermeras certificadas. Terminado este período, se iniciaba otro de tres años para las que no pagaban, y dos para las que lo hacían. En este período se dedicaban por completo a la práctica de enfermería en las salas del Hospital Santo Tomás o en otros.

Una vez que finalizaba la formación, se enviaba un informe del servicio de cada estudiante al Comité del Fondo, que se encargaba de facilitarles empleo en un hospital. De esta forma, se conseguía que las enfermeras graduadas en la Escuela Nightingale no entraran en el servicio privado, que hasta entonces había absorbido a las mejores enfermeras, sino que trabajaran en los hospitales practicando la asistencia y la docencia de la enfermería. (García, C: 2001, 140)

Esta escuela sirvió de modelo para otras, y el libro "Notas sobre Enfermería" de Florence Nightingale sirvió como libro de texto. Las nuevas enfermeras, graduadas de esta escuela,

"... debe ser una persona de la que se pueda uno fiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de confianza... No puede ser chismosa, ni ligera charlatana; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo;... debe ser estrictamente moderada y honesta, pero, más que esto, debe ser una mujer religiosa y devota; ha de respetar su propia vocación, porque con frecuencia se coloca en sus manos el precioso don de la vida; debe ser una minuciosa, fiel y rápida observadora, y ha de ser una mujer de buenos y delicados sentimientos" Florence Nightingale (1890:94).

De sus aportaciones, se mencionan 147 escritos impresos sobre enfermería, hospitales, administración, sanidad, salud, estadística, filosofía, la emigración, la protección de las razas aborígenes, el hambre, el castigo, la disciplina, las situaciones en la India, la economía, los pájaros y el sufragio de las mujeres. Además, inició la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propio de la enfermería, organizó las enseñanzas y la educación de la profesión, inició la investigación enfermera y fue la primera en escribir sobre la disciplina. También inició la organización de la enfermería militar y fue la primera en utilizar la estadística, la epidemiología y los conceptos de higiene y saneamiento dentro de la enfermería.

La enfermería como ocupación técnica continúa hasta la segunda mitad del siglo XX. La enfermera como auxiliar del médico mantiene los valores vocacionales heredados de sus predecesoras, caracterizándose esta etapa por la conjunción de los aspectos eminentemente técnicos y los de tipo moral.

En las décadas 50, 60 y 70 la enfermería como disciplina técnica, tuvo su máxima expresión, cuando la medicina adquirió un gran desarrollo tecnológico y comenzó la proliferación de hospitales con una función diferente a la que venían desempeñando. Es así como el cuidado enfermero se orienta a la enfermedad. Muchos factores de índole socio-sanitario intervienen para que se dé esta orientación en la enfermería, entre ellos: la mejora en el control de las infecciones, la prioridad en la década del 50 de erradicar las enfermedades transmisibles, los diagnósticos médicos basados en los síntomas y la concepción de salud como ausencia de enfermedad.

Todos estos factores influyeron también en algunos cambios que se dieron en la enfermería, a saber:

-Acceso al conocimiento: Comienza la instrucción pública para las enfermeras, la que se siguió realizando basada en la organización y la filosofía de las primeras escuelas como Kaiserswerth y Nightingale. Esta preparación fue controlada en su totalidad por la profesión médica, pero de algún modo se inicia el acceso al conocimiento y al saber.

-Inicio de la profesionalización, como consecuencia de las medidas exigidas para la prestación de cuidados: preparación y titulación. Esto hizo que las órdenes religiosas vieran mermada su influencia, al ser el poder político el regulador y controlador de la preparación y titulación de las enfermeras.

-Alejamiento de las personas enfermas: la relación enfermera-paciente se ve interferida por la tecnología, cada vez más utilizada y que en cierto modo separa a la enfermera del contacto físico con el y la paciente y del contacto a través de la palabra, produciéndose un alejamiento de él y ella.

-Pérdida de la identidad profesional: La enfermera pierde su identidad asociada a los cuidados, pasando de una actividad de cuidar centrada en la persona a la de curar centrada en el órgano, actividad ésta derivada de la práctica médica. A las actitudes heredadas de épocas pasadas se une la adquisición de conocimientos técnicos, siendo escasos los conocimientos teóricos propios de la enfermería.

IV Etapa profesional: la consolidación de la enfermería como disciplina se enmarca a mediados del siglo XX, coincidiendo con el nuevo concepto de salud y las nuevas pautas de atención sanitaria a individuos y a grupos.

Ya las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus propios profesionales, de organizar y dirigir los servicios de enfermería y de iniciar investigaciones encaminadas a incrementar su cuerpo disciplinar. El cuidado se ha orientado en un marco teórico propio, utilizando una metodología lógica y racional como lo demuestra el uso generalizado del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros. (Martínez, M: 2001, 156).

Esta misma autora dice que los factores que intervinieron en la profesionalización de la enfermería, se pueden considerar de dos tipos:

- **Factores formales**, entre éstos se citan las organizaciones formales que han luchado y lo siguen haciendo, para elevar la calidad de la profesión. El cambio de los programas educativos es otro hecho fundamental; y en tercer lugar, las normas legales que regulan la educación y el ejercicio profesional.

1- Organizaciones profesionales a nivel mundial, la asociación más importante es el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), fundado al finalizar el siglo XIX. Fue la primera asociación que se interesó por los aspectos éticos y jurídicos de la profesión, culminando con el establecimiento del primer Código de Ética para enfermeras, aprobado en el Congreso de 1953, celebrado en Brasil.

Otras asociaciones que se destacan por la calidad de su organización y de sus trabajos son:

- a. Asociación Americana de Enfermeras (ANA), fundada en 1890. Publicó en 1973 los criterios de la práctica profesional y en 1980 definió la enfermería en una declaración política social.
- b. Real Colegio de Enfermeras (RCN), creado en el Reino Unido en el año de 1916. Formula y controla las normas que regulan la profesión.

A nivel nacional, están:

- ❖ Colegio de Enfermeras de Costa Rica, creado el 4 de mayo de 1959, cuya misión es:

“Garantizar un servicio de calidad a los y las colegiadas para permitir el fortalecimiento permanente del ejercicio profesional de la enfermería,

mediante la incorporación activa a los procesos científicos, sociales y culturales que aseguren la salud de la población de Costa Rica."

- ❖ Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería (A.N.P.E), que se fundó en 1979. Esta asociación nació primeramente en 1947 con el nombre de Asociación de Enfermeras y Obstétricas (A.E.O), dos años después cambió su nombre por Asociación Nacional de Enfermeras y Obstétricas (A.N.E.O), con el cual se mantuvo hasta que se decidió llamarla A.N.P.E cuando se reconoció como profesionales a las enfermeras.

2- La educación: Es este otro factor que se considera influyente en la profesionalización. La preparación que reciben los y las integrantes de una disciplina es fundamental para determinar el nivel de la profesión.

Una profesión tiene que poseer un cuerpo de conocimientos propio que ha de aumentar en forma constante, como producto de las enseñanzas que se imparten en la universidad. Los centros universitarios permiten a las y los futuros(as) profesionales poseer una perspectiva amplia de situaciones, gran variedad de ideas, capacidad de análisis y el estudio sistemático de las tendencias y problemas de la sociedad, la salud y la enfermedad.

Estados Unidos de América fue el primer país que integró los programas de enfermería en la universidad a finales del siglo XIX (1889-1900). En Inglaterra se hizo en 1955 y en Costa Rica se integraron en 1977.

- 3- La legislación:** Este aspecto está íntimamente unido a los anteriores, debido a que el reconocimiento y la función social de una profesión deben ser establecidos a nivel legislativo para garantizar su cumplimiento. O sea, las normas legales respaldan jurídicamente la actividad profesional.
- **Factores sociológicos,** en este aspecto, los factores que incidieron en el cambio son:
 - ❖ La concepción del ser humano: Actualmente se considera a la persona como un ser tridimensional, compuesta por un cuerpo y un espíritu. Ambos elementos originan diversos efectos en la persona y no se manifiestan por separado. Además, el ser humano es eminentemente social, de manera que se le considera bajo esos tres aspectos: fisiológico, psicológico y social. Concebir a la persona desde estas tres vertientes es lo que se denomina punto de vista integral. El concepto holístico del ser humano va a determinar una mayor complejidad del cuidado.
 - ❖ Cambios en el concepto salud-enfermedad: Las naciones reconocen que la salud es una de las mayores riquezas de un país y la población entiende que la salud es un derecho primordial de la humanidad, por lo que ya no exige solamente la atención a la enfermedad, sino que manifiesta la demanda en el mantenimiento y la promoción de la salud y en la rehabilitación de las enfermedades.

- ❖ Distintas formas de enfermar, depender y morir: Los nuevos estilos de vida favorecen la aparición de problemas de salud, que en muchos casos requieren cuidados más que curación. Además, se toma en consideración que las personas muestran ante la misma patología, diversas manifestaciones y reacciones, hasta el punto que se dice que no hay enfermedad sino enfermos.

En resumen, a lo largo de esta historia se observa que Enfermería es una profesión que desde sus inicios nació desde una posición secundaria y subordinada. Sus fines han variado de acuerdo a las diferentes etapas históricas y a los movimientos sociales que se han presentado.

En la etapa doméstica se entremezclaban diversas formas de cuidar, que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas. Sin embargo, son estos primeros cuidados los que han dado origen a los cuidados profesionales, razón de ser de las y los enfermeros(as).

Esta fase de los cuidados se denomina doméstica, por ser las mujeres en cada hogar las encargadas de este aspecto de la vida. El objetivo primordial es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio.

En la etapa vocacional, la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. La sociedad cristiana atribuyó la salud y la enfermedad a los designios de Dios, por lo tanto, la enfermedad era una gracia del Todopoderoso: la persona que la sufriera era una elegida de Dios y las que prestaban asistencia con sus cuidados a los y las enfermas(os) salvaban su alma.

Es en este período que surge la figura de la mujer cuidadora, quien siguiendo las normas cristianas, evitaba todo contacto corporal con sus pacientes y centró su atención en la oración y en los consejos morales. Por lo tanto, los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo más importante eran las actitudes que debían de mostrar y mantener.

La práctica de enfermería no necesitaba de ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. Fue una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

Por otro lado, la etapa técnica se caracterizó por el desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención médica. La complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de personal que asumiera algunas tareas que realizaban los médicos como análisis, medición de signos vitales, administración de fármacos y curaciones. De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado de los y las enfermas(os) se las denominó personal paramédico o auxiliar, calificativo derivado de las tareas que estas personas realizaban en su mayor parte delegadas por los médicos. La figura que nace en esta etapa es la mujer enfermera-auxiliar del médico. Se va heredando la enfermería como profesión de mujeres consagradas.

Por último, la etapa profesional se caracterizó por concebir la salud como un proceso integral, por lo que su atención supone la intervención de diferentes profesionales que, integrados en un equipo multidisciplinario, atiendan de forma eficaz y autónoma los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva. En consecuencia, las enfermeras han tenido que ampliar el campo de actuación que les era propio al lado de la cama del y la enferma(o).

En la actualidad, los cuidados de enfermería integran un conjunto de actividades para propiciar mayor bienestar físico y una mejor adaptación de las personas con su entorno. Paralelamente a este nuevo concepto de salud, los y las enfermeras(os) comenzamos a preguntarnos sobre la razón de ser y tratamos de desprendernos de la dependencia histórica de los médicos.

Han surgido enfermeras(os) investigadoras(os) que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en las universidades.

En este sentido, es importante recalcar que, así como la enfermería en el mundo nació desde una posición secundaria y discriminada, en Costa Rica no fue la excepción, y la creación de la Escuela de Enfermería se dio casi en las mismas condiciones.

HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN COSTA RICA

Es necesario señalar que el abordaje de este apartado se ha visto seriamente obstaculizado por la carencia de fuentes primarias y escasas fuentes secundarias.

Para dar un panorama más amplio sobre el tema se realizaron conversaciones guiadas y entrevistas con personas conocedoras de los antecedentes, además de consultar los pocos documentos existentes que se limitan a describir nombres y fechas de los eventos más importantes durante el proceso de la creación de la Escuela de Enfermería, pero no consta documento alguno sobre los inicios y desarrollo de la profesión en sí.

La fundación de la Escuela de Enfermería en 1917 se ubica en el contexto de un proyecto político. Este proyecto conocido como las Reformas Liberales se propuso "fortalecer el control administrativo para robustecer el Estado Nacional, acelerar el proceso de privatización de las tierras comunales para favorecer la agroexportación y educar a las culturas populares por medio de la educación básica y la ilegitimación de algunas costumbres, entre ellas las prácticas curativas tradicionales".⁵

⁵ Malavassi, Ana Patricia.(1998). De parteras a obstétricas: la profesionalización de una práctica tradicional. Costa Rica. 1900-1940. Tesis. U.C.R.

Dicho proyecto se materializó en la práctica progresiva de una serie de medidas de salubridad pública y educación higiénica, que perseguían incrementar la población del país, a través del mejoramiento de la higiene física y moral de la población.

Por otra parte, tanto en Costa Rica como en otras partes de América Latina, la educación constituyó un aspecto vital del proyecto político liberal destinado a reagrupar a los diferentes estratos de la sociedad en torno a un Estado Nacional. Dentro de este plan, las mujeres asumieron un papel vital, dado su rol tradicional de reproductora de los valores de la sociedad a través de la maternidad, que las constituían en las principales forjadoras de los y las ciudadanos (as).

La discusión sobre la necesidad social y política de ofrecer a las mujeres el acceso a una formación que fuera más allá del uso instrumental de las letras (leer y escribir) y ampliara sus facultades de formadoras de ciudadanos (as), empezó a tomar forma en Costa Rica en los años posteriores a la ruptura político-administrativa con España; no obstante, alcanzó su punto culminante en 1888 cuando, por iniciativa del Secretario de Instrucción Pública, Mauro Fernández se fundó el Colegio Superior de Señoritas⁶

En esta institución se formaron gran parte de las integrantes de la Liga Feminista, una organización que a partir de 1923, según ha demostrado la historiadora Eugenia Rodríguez, emprendió importantes luchas por la "democratización de las relaciones de poder entre hombres y mujeres en los ámbitos públicos y privados"⁷, siendo una de las principales metas la obtención del voto femenino.

El ensanchamiento de los horizontes laborales y educativos de las mujeres a través de la expansión de la red escolar, la creación del Colegio Superior de Señoritas, la apertura de la Escuela de Enfermería y la Escuela de Artes y Oficios Domésticos, contribuyeron a educar a las mujeres de los sectores populares⁸. Sin embargo, las nuevas posibilidades laborales abiertas a las mujeres se concentraban en oficios que constituían una prolongación del mundo doméstico.

Paralelamente a este proceso, se da también un esfuerzo de profesionalización de la medicina, al crearse en 1895 la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, bajo el auspicio de la cual empieza a funcionar en 1900 la Escuela de Obstetricia y más tarde, en 1917, la Escuela de Enfermería, profesiones que se consideran socialmente aceptables para el

⁶ Apuy, Marcia. (1997) *Desarrollo de la educación femenina en Costa Rica (1889-1949)*. San José, Costa Rica: Instituto de Estudios de la Mujer y Universidad Nacional.

⁷ Rodríguez Sáenz, Eugenia. "Hábrase visto cosa igual". El trasfondo doméstico de la lucha por la aprobación del voto femenino". En: *Actualidades del CIHAC* (noviembre 1996,1)

⁸ Rodríguez Sáenz, Eugenia. "Inventando el día de la madre en Costa Rica: 1890-1932". En: *Reflexiones*. 75 (octubre 1998,36)

desempeño profesional de las mujeres, dada su vinculación con características propias del sexo femenino, definidas como tales por las relaciones de género imperantes en la sociedad.

En un principio se establece un período de dos años para alcanzar el título de Enfermera. Un aspecto significativo son los requisitos para ingresar a la Escuela de Enfermería, a saber:

1. Ser mayor de 18 años y menor de 40 años.
2. Enseñanza primaria concluida o saber leer, escribir y dominar las cuatro operaciones básicas.
3. Poseer buena educación doméstica.
4. No padecer enfermedades contagiosas.
5. Presentación de certificado fidedigno de moralidad y buena conducta.
6. Cancelación de una cuota de inscripción de 10 colones.

Como puede apreciarse, aparte de los requerimientos de edad, educación elemental y salud, los otros requisitos están muy relacionados con las características que se asocian al sexo femenino, como lo son la educación doméstica y la moralidad, es decir, que por los requisitos expuestos se está en presencia de una profesión típicamente femenina, la que representa una ampliación de las aún escasas e incipientes oportunidades profesionales para las mujeres, no por ello desaparecen los mecanismos de control social sobre ellas, ejercidos básicamente por medio de la certificación de su moral y su conducta social. Tanto es así que, en 1904, los requisitos apuntados son modificados, agregándose expresamente el requerimiento de *"...presentar certificado de moralidad firmado por dos personas notoriamente conocidas como aptas para extenderlo, aceptable a juicio de la Junta de Gobierno..."* (Acuña, citada por Apuy 1997).

La feminización de la enfermería fue reforzada con la apertura de la Escuela de Obstetricia, que únicamente admitió mujeres, y cuando en 1920 se fundió con la Escuela de Enfermería se siguió con la misma tónica. Fue hasta 1963 que la Escuela de Enfermería (denominada así desde 1945) autorizó la admisión de varones.⁹

Las mayores beneficiarias de las lecciones impartidas en la Escuela de Enfermería fueron las mujeres residentes en los principales poblados del Valle Central. Esta tendencia se explica por factores de tipo cultural y económico, por ejemplo el desplazamiento hacia la escuela resultaba más sencillo, barato y seguro para las jóvenes que vivían en la ciudad capital, o para aquellas que, procedentes de puntos más alejados, tenían la posibilidad de hospedarse en las casas de familiares o conocidos, que para aquellas que tenían que apelar a los recursos de sus familiares para costear la cuota de inscripción, el costo de los estudios y el hospedaje por dos años.

⁹ Menéndez, Eduardo L. Antropología Médica, orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1990, 178-180.

En 1938, los diputados establecieron 18 becas para realizar estudios en la Escuela de Enfermería y Obstetricia para poder suplir la demanda del servicio en las zonas más alejadas del país.

El otorgamiento de dichas becas, patrocinadas por la Secretaría de Salubridad Pública, demuestra la existencia de un problema estructural: la escasa cobertura geográfica y social de los servicios de salud que obligó a los médicos a delegar, parte de sus funciones, en un personal sanitario subalterno que, no obstante, supo asimilar con presteza la importante misión social que se le encomendó.

La Escuela de Enfermería estuvo a cargo de médicos hasta el año de 1958, que fue nombrada Sor Angela Lazo, quien consideró importante implementar un curso de Desarrollo Profesional para que la enfermera considerara las necesidades espirituales, sociales y éticas de los y las pacientes.

A partir de ahí continuaron dirigiendo esta escuela varias religiosas. Mientras la dirección de la escuela la ejercieron las monjas, las estudiantes de enfermería iban a trabajar a los hospitales en el turno de la mañana y en la tarde recibían las clases. Las religiosas se preocuparon mucho por dar una formación católica a las estudiantes ya que consideraban que ellas tenían "poca preparación en principios morales" (Curling: 1980, 17), además se establecieron reglamentos y mucha supervisión tanto en las prácticas como en la vida privada de las estudiantes.

A los requisitos anteriores para poder estudiar enfermería, les adjuntaron algunos más como por ejemplo:

- 1- Trabajar en categoría de sirvienta.
- 2- Ser abnegadas.
- 3- Contar con alta moralidad.
- 4- Contar con buena conducta.
- 5- Vivir en el internado.

Ellas tenían que vivir internas en una casa, situada cerca del Hospital San Juan de Dios, a pesar de que algunas eran de la Provincia de San José y no tenían problema para trasladarse a estudiar. Sin embargo, ese fue uno de los requisitos para estudiar enfermería. La casa contaba con amplios cuartos, albergaba grupos de 35 estudiantes, era administrada por una persona y contaba con servicio de comida, lavado de ropa y uniformes y se pagaban cincuenta colones por mes. Esta casa se mantuvo hasta 1961, debido a que su mantenimiento era costoso.

No fue hasta el año de 1959 que se nombra a la señora Angela Rosés, primera enfermera laica en ese puesto. En el año de 1963 la Escuela de Enfermería abre sus puertas a estudiantes del sexo masculino, matriculándose 2 hombres. El ingreso de los mismos ha ido aumentando paulatinamente.

Una de las metas de la Escuela de Enfermería fue pertenecer a la Universidad de Costa Rica. Primeramente se logró incorporar en 1966 como escuela afiliada a la Facultad

de Medicina. Esto significó poder hacer uso de los recursos académicos de la institución, pero no depender administrativa ni económicamente de la misma. Al año siguiente los y las estudiantes asistían a las instalaciones de la universidad para recibir algunos cursos como los de Ciencias Básicas y Ciencias del Hombre. Estos(as) estudiantes debían cumplir con las mismas responsabilidades académicas que los y las estudiantes universitarios(as), pero los créditos no se les registraba en la Universidad sino en la Escuela de Enfermería.

En esta etapa, el plan de estudios de la escuela se adecua a los requerimientos académicos de la Universidad de Costa Rica, pero no se exige el examen de admisión como requisito de ingreso a la universidad a los y las estudiantes de Enfermería. Además, el programa de estudios de la carrera aumentó su duración a tres años y al concluirlos se obtiene el título de Enfermera.

Luego de una evaluación realizada a dicha escuela, el 20 de noviembre de 1972, el Consejo Universitario la acepta como escuela anexa a la Facultad de Medicina.

Finalmente, en julio de 1974 la escuela se incorpora definitivamente a la Universidad de Costa Rica. En 1976 se otorgan los primeros grados de Bachiller en Enfermería.

En la década de los 80 y 90 surgen las universidades privadas que solucionaron en primera instancia el déficit de profesionales en enfermería. Para el año 2002 se encuentran profesionales en enfermería subempleados(as) ejerciendo su labor en plazas de auxiliares u otros cargos menores.

Actualmente, después de muchos intentos y muchas luchas, la Escuela de Enfermería logró pertenecer a la Universidad de Costa Rica en el año de 1975. En ella se imparten los programas de:

- Bachillerato en Enfermería
- Licenciatura en Enfermería (Nuevo currículo)
- Licenciatura en Enfermería con énfasis en Salud Mental y Psiquiatría.
- Licenciatura en Enfermería con énfasis en Salud de la mujer y perinatología
- Maestría en Ciencias de la Enfermería.
- Maestría en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal.
- Maestría en Salud Laboral.

Próximamente se abrirá la Maestría en Salud Mental y la Maestría en Pediatría.

Resumiendo, se puede observar que desde el transcurso de la evolución de la Enfermería, la sociedad les impone a las mujeres estereotipos y mandatos; luego, en el proceso de formación formal de las estudiantes de enfermería se les refuerzan esos los estereotipos que además, fueron aprendidos durante la socialización. Uno de estos mandatos, por ejemplo, fue es el requisito que tenían las estudiantes de vivir en un internado mientras estudiaban su carrera, lo que nos evidencia la necesidad de controlar toda la vida de ellas, con el fin de que la sociedad patriarcal se garantizara el mejor papel de reproductoras del sistema.

Ellas vivían en una forma de cautiverio en donde estaban al cuidado de otras personas encargadas de formarlas según los principios de la escuela. Salían de sus casas a un tipo de internado para no dejar a la voluntad de cualquiera el moldeamiento de sus conductas, sus actitudes, sus pensamientos y sus sentimientos. El poder sobre ellas se cambiaba de mano, de su familia a sus profesores y profesoras, quienes en su mayoría eran médicos y monjas.

CAPÍTULO II

ACERCAMIENTO TEÓRICO

ACERCAMIENTO TEÓRICO

PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN

El individuo, las normas y las instituciones de los países se forman y se reproducen en un proceso de socialización que comienza en el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Este proceso se realiza a través de la familia, la escuela, los medios de comunicación, los grupos de pares, etc. La socialización es el proceso mediante el cual el individuo adquiere los valores, las normas y las instituciones de su cultura. Este proceso es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad. La socialización es un proceso que se realiza a lo largo de la vida y que es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad.

CAPÍTULO II

ACERCAMIENTO TEÓRICO

El individuo, las normas y las instituciones de los países se forman y se reproducen en un proceso de socialización que comienza en el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Este proceso se realiza a través de la familia, la escuela, los medios de comunicación, los grupos de pares, etc. La socialización es el proceso mediante el cual el individuo adquiere los valores, las normas y las instituciones de su cultura. Este proceso es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad. La socialización es un proceso que se realiza a lo largo de la vida y que es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad.

El individuo, las normas y las instituciones de los países se forman y se reproducen en un proceso de socialización que comienza en el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Este proceso se realiza a través de la familia, la escuela, los medios de comunicación, los grupos de pares, etc. La socialización es el proceso mediante el cual el individuo adquiere los valores, las normas y las instituciones de su cultura. Este proceso es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad. La socialización es un proceso que se realiza a lo largo de la vida y que es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad.

El individuo, las normas y las instituciones de los países se forman y se reproducen en un proceso de socialización que comienza en el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Este proceso se realiza a través de la familia, la escuela, los medios de comunicación, los grupos de pares, etc. La socialización es el proceso mediante el cual el individuo adquiere los valores, las normas y las instituciones de su cultura. Este proceso es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad. La socialización es un proceso que se realiza a lo largo de la vida y que es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad.

El individuo, las normas y las instituciones de los países se forman y se reproducen en un proceso de socialización que comienza en el nacimiento y continúa a lo largo de la vida. Este proceso se realiza a través de la familia, la escuela, los medios de comunicación, los grupos de pares, etc. La socialización es el proceso mediante el cual el individuo adquiere los valores, las normas y las instituciones de su cultura. Este proceso es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad. La socialización es un proceso que se realiza a lo largo de la vida y que es esencial para la formación del individuo como miembro de una sociedad.

ACERCAMIENTO TEÓRICO

PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN

Las creencias, los valores o las actitudes dentro de las cuales se permite y se espera que las personas actúen en nuestra sociedad son transmitidos continuamente por la familia, los y las amigas(os), la escuela, los medios de comunicación, los y las compañeras(os) de trabajo y las iglesias, entre otros. Es en la infancia cuando se toman los primeros mensajes socializadores, los cuales, por ser recibidos en una etapa de gran apertura, tienen un poderoso efecto. La persona, niña o niño, aprende lo que en su cultura es considerado correcto, adecuado y pertinente, aprendiendo también a diferenciarlo de lo incorrecto, inadecuado o no deseable. Es en estas edades tempranas cuando, a través de mecanismos de imitación e identificación, se imitan modelos de pensamiento y conducta respecto a los y las demás y a una(o) misma(o).

En ese proceso de socialización, se transmiten los códigos de comportamiento y las valoraciones de desigualdad, que se introyectan porque se nos enseñó que era "natural" comportarse de esa manera. Se amonestó - e incluso se utilizó la violencia física- cada vez que la persona intentó salirse de ese esquema y se premió el aprendizaje cada vez que el comportamiento se ajustó al patrón establecido para cada género.

Sin embargo, la infancia no es el único momento en el cual se reciben e interiorizan los mensajes socializadores. De hecho, la

"... socialización se refiere a un proceso sutil de transmisión de valores, no realizado solamente por personas o colectivos concretos, sino por la sociedad en general, de forma no necesariamente intencionada o no conscientemente planificada, y que los individuos reciben a lo largo de toda su vida" (Mattelart: 1993,76).

Aparte de las instituciones socializadoras clásicas formadas por núcleos de personas (como la familia, la iglesia o la escuela) que transmiten mensajes concretos con una finalidad educativa, aunque siempre reproduciendo la ideología patriarcal, existen otros entes socializadores, como por ejemplo, el lenguaje y los medios de comunicación, que van moldeando las expectativas y deseos de las personas durante su vida. Se puede afirmar que todas las personas son entes socializadores de todas las personas, ejemplo de lo cual es que a menudo nos influyen no solo los comentarios de las personas más cercanas a nosotras (os), sino los de los (as) compañeros (as) de trabajo, los y las simples conocidas(os) o incluso los y las desconocidas(os). *"La socialización representa, por tanto, un fenómeno múltiple y un proceso dinámico"* (Mattelart: 1993,77).

Aunque las personas no son receptoras totalmente pasivas de los mensajes que se transmiten, éstos influyen considerablemente la forma en que se piensa y que se siente respecto a los (as) demás y a nosotras (os) mismas (os). La socialización que se interioriza condiciona y crea necesidades internas que motivan o reprimen y que determinan el comportamiento. La socialización moldea los pensamientos, los sentimientos y las conductas de los individuos. Afortunadamente, las personas tienen la capacidad de ser el más potente motor de autocuestionamiento y cambio.

Es así que la socialización tiene por un lado una "función homogenizadora", compuesta por una serie de normas y expectativas sociales que pretenden ser iguales para todas las personas nacidas en una misma sociedad o cultura. Pero tiene también, y principalmente, una función diferenciadora que se realiza basándose en diversas variables: sexo, edad, nivel socioeconómico y cultural, por ejemplo (Muñoz: 1992,77).

De esta manera, la población del presente estudio, igual que el resto de nuestra sociedad, ha adquirido roles, que varían de una cultura a otra, y de un momento histórico a otro, y si esos roles son aprendidos, también se pueden desaprender. Esos roles han sido asignados de acuerdo al sexo, en base al cual se le construye su identidad genérica.

Construcción Identitaria y Socialización de Género

Cada sociedad, cada cultura ha dado una valoración y un significado distinto a las diferencias de sexo y ha elaborado ideas, concepciones y prácticas acerca del SER HOMBRE Y SER MUJER. Este conjunto de características y normas sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas, jurídicas, asignadas a cada sexo diferencialmente, es lo que se llama "género" (Lagarde, M., 1992). Por ello, existen los géneros: femenino y masculino. Es decir, se enseña a ser hombre o a ser mujer, dependiendo de las características que tiene el cuerpo, de la forma que tienen los genitales externos.

Las normas, las prácticas, los símbolos y los valores son elaborados y moldeados socialmente dentro de cada cultura, por lo tanto son creados por las mismas personas en su cultura. La construcción de género varía de una cultura a otra y dentro de una misma cultura varía a lo largo del tiempo.

Esta construcción genérica se interrelaciona con las condiciones objetivas y subjetivas que tiene cada persona: su cultura, la etnia a la que pertenece, su clase social, su edad, su pertenencia a una comunidad religiosa, su planteamiento político, la historia de su comunidad y su historia familiar.

Es por ello que todas las personas, mujeres y hombres de diferentes edades, culturas, etnias, clases sociales y lugares, tienen una vivencia de género, nacen dentro de un grupo social que determina lo que deben ser dependiendo del sexo. Pero, no todas las personas tienen las mismas vivencias de género, o sea, somos diferentes. Estas diferencias

por sí mismas no provocan desigualdad, pero en el momento en que el grupo social les asigna un valor a estas diferencias, esta situación cambia y se producen las desigualdades para el desarrollo y el bienestar de mujeres y hombres.

La desigualdad resultante de esta valoración social impide que ambos géneros tengan el mismo acceso a oportunidades para su desarrollo personal y colectivo. Ninguna persona por ella misma se ha propuesto estar en condiciones de superioridad o inferioridad, pero su formación de género le asigna un espacio en alguna de estas posiciones.

La construcción social de género marca la desigualdad con desventaja para las mujeres, puesto que los hombres desde temprano deben aprender a tomar decisiones y a valerse por sí mismos, sin consultar a otras u otros. Se les enseña que deben decidir y enfrentar las consecuencias de esas decisiones, mientras las mujeres aprenden que otras personas deciden y actúan por ellas.

Estos mandatos otorgan más libertades sociales al género masculino que al femenino; libertades para el desplazamiento, para la toma de decisiones, tanto personales como para el colectivo social, para acceder y hacer uso de recursos, para tener la representación de grupos. Cortar la libertad de las mujeres aumenta su condición de vulnerabilidad, es decir, aumenta las dificultades de enfrentar la vida exitosamente.

La construcción de géneros, dice Burín (1989: 46), determina la subordinación de uno de ellos, el femenino, frente al dominio y poder del otro género, el masculino. De esa manera, el mandato social potencia el desarrollo de ciertas características en el género femenino y de otras para el masculino, pero se le atribuye una mayor valoración al género masculino que al femenino. Estas características se concretan en las identidades de género.

Aún cuando comprendemos que esta forma de organización de género no es justa, existen actitudes y patrones de comportamiento muy arraigados que se nos hace difícil de cambiar y generalmente se actúa en refuerzo de este orden injusto.

Nuestras identidades se construyen en relación con lo que debemos sentir, hacer, pensar e incluso imaginar, lo cual está previamente establecido para nuestro género, reforzado con otras condiciones del mundo en el que nos desenvolvemos: identidad desde la cultura a la que pertenezco, de la clase o grupo social que determina nuestras condiciones materiales de vida, la identidad de acuerdo con nuestra edad, la identidad religiosa, y la identidad política.

Mujeres y hombres aprenden como son valorados por la sociedad porque así nos lo demuestra y vamos formando nuestra propia valoración y nuestra idea de lo que podemos realizar y lo que no es posible hacer.

Esto genera el reconocimiento de las capacidades y potencialidades tanto como su desarrollo. La socialización de género implica mayores limitaciones para la construcción de una buena autoestima de las mujeres, lo que repercute en la imagen que se tiene de una misma. Generalmente esta identidad corresponderá con la identidad asignada por la sociedad.

La identidad femenina y la identidad masculina están definidas por el conjunto de características, cualidades y circunstancias que determinan a cada género. La formación de esta "identidad" de género implica el castigo ante la desobediencia a lo establecido. Se ejerce violencia que incluso llega a ser física, para que mujeres y hombres cumplan con lo que les fue asignado.

Esta construcción genérica también establece el tipo de actividades que debe de realizar el género masculino y el tipo de actividades que debe de realizar el género femenino, así como su ubicación social. Existe también una división genérica del trabajo, pero también de los deportes, de la política, de la economía, de la cultura y de todas las actividades que se realizan en la sociedad.

Esta división es un proceso específico de cada cultura en el que se asignan y distribuyen diferencialmente las tareas por efectuar, los espacios en las que se realizan, las responsabilidades que se establecen por el cumplimiento o no de las tareas, los recursos para realizarlas y el control de los beneficios que se generen a partir de esas actividades.

El género atribuye a mujeres y hombres ciertas destrezas y habilidades lo que conduce a una asignación de tareas y responsabilidades particulares de acuerdo con su identidad asignada: rol de proveedor de la familia para el género masculino y rol reproductor de la familia para el género femenino.

Esta división del trabajo también es específica de cada cultura, en una determinada situación geográfica de la comunidad, de acuerdo con la situación económica y el acceso a recursos para la producción y reproducción. Los géneros desarrollan varios tipos de actividades que comprenden la reproducción biológica, el mantenimiento de la familia, la socialización y educación de niñas y niños, cuidado de la salud, alimentación y todas las tareas que esto implique.

Estas tareas son asignadas a las mujeres quienes desarrollan actividades domésticas, labores del hogar, cuidado y educación de niñas y niños, cuidado de ancianas, ancianos o enfermos(as). Son pocas las ocasiones en las que los hombres asumen tareas domésticas o que las tienen a su cargo. Dentro de la construcción de género femenino y masculino estas son actividades "prohibidas" para los hombres. A los hombres se les determinan actividades que generan ingresos o beneficios para consumo propio o para venta en el mercado, con las cuales se asegura la reproducción familiar. Se les encarga conseguir los recursos fuera del ámbito privado para mantener a su familia y cumplir con su rol de proveedor, es decir, de generar recursos para resolver las necesidades de la familia. No obstante, aunque es una actividad socialmente asignada al hombre, en la realidad participan también del trabajo productivo las mujeres, las niñas y los niños.

Es importante mencionar que las condiciones de pobreza presionan a muchos hombres a desarrollar trabajos que les sean más rentables que otros, sin embargo, estas condiciones no son producto de su discriminación social de género, sino de otro tipo de opresiones sociales. En el caso de las mujeres, el desplazamiento hacia actividades productivas mal remuneradas si es producto de una discriminación de género, aunada a la

que producen las condiciones de pobreza. La construcción social de género les determina sus posibilidades de formación y de capacitación, situaciones que van a determinar el tipo de actividad productiva en la que podrían incorporarse, además de que los hombres ejercen control sobre sus vidas, sus decisiones y sus recursos.

La construcción de género plantea las actividades a cargo de las mujeres como "complementarias". Sin embargo, no son actividades que reciban la misma valoración: las tareas de reproducción social no son valoradas ni económica ni socialmente, no tienen ningún reconocimiento, mientras que las tareas productivas son sobrevaloradas. Se cree que el hombre es quien trabaja y quien sostiene a la familia y que las mujeres y los niños y niñas únicamente ayudan. (Marcet, 1993).

Usualmente el ingreso económico generado por las actividades productivas queda en manos y bajo la decisión del hombre, quien controla "el gasto", destinando, algunas veces, una parte del ingreso económico para las actividades reproductivas. Esto coincide con la formación de la identidad masculina con el "ser para sí" antes que ser para los otros. La mujer en cambio, no recibe paga por el trabajo desarrollado y debe arreglárselas para cubrir los costos que genera la reproducción y manutención familiar, trabajando muchas veces fuera del hogar.

Cada vez es mayor la cantidad de mujeres que desarrollan actividades en el área productiva y en el área comunitaria, pero casi no se da el caso a la inversa, que sean hombres quienes ocupen espacios dentro del campo reproductivo. Para el hombre, realizar actividades en el ámbito reproductivo no sólo implica "rebajarse" del estatus social que le ha sido conferido, sino incluso se interpreta como cambiarse de "sexo", o ser poco "hombre" y esto aumenta los temores y el rechazo por desarrollar estas actividades.

De aquí que se concluya que las mujeres desarrollan hasta dos o tres jornadas de trabajo para cumplir con las actividades que le asigna el género, sin recibir ningún reconocimiento por ello.

Otro aspecto primordial por considerar es el uso y disfrute del tiempo. Se parte del supuesto falso de que el trabajo reproductivo, el trabajo de la casa, es menos pesado y más fácil de realizar que el productivo, de manera que una vez que el hombre regresa a casa, lo hace para alimentarse y descansar. Generalmente, existe la concepción de que la mujer pierde el tiempo durante el día y que además debe desarrollar todo lo que tenga que ver con la reproducción y manutención de la familia. De esta manera, las mujeres no cuentan con tiempo que puedan dedicar a participar en proyectos u organizaciones, a su capacitación, recreación, o a sí mismas.

Los lugares en los que las mujeres "tenemos permiso de estar" también son diferentes. Las mujeres por lo general están ubicadas en espacios más privados: la casa y dentro de la casa en la cocina. Los hombres tienen mayor posibilidad de movilizarse en los espacios públicos, no tiene que dar cuenta de su tiempo como la mujer. Pueden llegar más tarde cuando salen, no así las mujeres.

Generalmente son los hombres quienes tienen asignada la toma de decisiones a nivel de la comunidad. Esto es de esperar si miramos que son quienes tienen mayor

experiencia en moverse en este ámbito y por el tipo de actividades que realizan. Las mujeres toman decisiones relacionadas con su contexto más inmediato, sobre el que más tienen conocimiento, decisiones domésticas, cercanas a lo que sucede en su casa. Esto no quiere decir que las mujeres no tengan la capacidad para opinar sobre lo que sucede en ámbitos que no les han sido asignados, pero tienen menos experiencia en manejarse en éstos.

Esto puede ocasionar más temor en las mujeres al recibir críticas en torno a la calidad de su participación, sobre todo en espacios públicos. Entonces, la construcción identitaria de forma excluyente e inequitativa, no permite iguales oportunidades a las mujeres y a los hombres para lograr su desarrollo.

Para describir estas diferenciaciones y comprender la funcionabilidad que se les asigna socialmente a los sexos, es necesario conocer los atributos y características asignadas y negados a cada uno (a) de ellos (as).

CONSTRUCCIÓN DE LO FEMENINO

El ser mujer significa "ser para los otros". Trabajar, pensar cuidar a los y las otras. El énfasis está puesto más en las demás personas que en la mujer misma y en su propia vida. Características de la condición femenina son la subordinación, la timidez, el temor; se considera que la mujer es impotente para enfrentar la vida; que no puede y que no se atreve a intentar nuevas cosas; con formas pragmáticas de pensamiento y gran capacidad de imaginación, no obstante se duda de sus capacidades de abstracción, teóricas, tecnológicas, de representación social y de mando (Lagarde: 1992, 53).

Muñoz (1992: 97) cita dentro de las características femeninas depositadas en las mujeres las siguientes:

"...la sensibilidad, expresividad, docilidad, generosidad, dulzura, prudencia, nobleza, receptividad.. Asimismo se le considera más influenciable, excitable, susceptible y menos agresiva. Su comportamiento es menos competitivo, expresando su poder en el plano afectivo y en la vida doméstica."

De niñas suelen permanecer más ligadas al mundo de la madre, al mundo de los afectos, pues una de las principales tareas que se les va a exigir cuando crezcan es la de ser cuidadoras emocionales de su futuro núcleo familiar con lo que esto significa de exaltación de la función materna. Se las educa a creer que lo que consigan no será por méritos propios, sino por las capacidades que desarrollen para el cariño, los afectos, la seducción y la mediación entre los seres queridos. El sentimiento de bienestar y estabilidad psicológica de las mujeres se va configurando en torno a las relaciones afectivas y familiares. Las mujeres existen y se valoran en función de las relaciones que son capaces de establecer y preservar y son juzgadas más por la apariencia y moralidad que por los logros que consiguen.

El "yo" de las mujeres, como dice Jean Backer Miller, psicóloga feminista, es siempre un "yo-en-relación". Lo que anima a las mujeres, lo que les proporciona elementos

para la propia valoración de sí mismas es la relación misma. El sentimiento de utilidad les viene dado por su capacidad para establecer y mantener relaciones afectivas. La intimidad, la vida privada y el mundo de esas relaciones afectivas suele ser vivido por las mujeres como su espacio de poder.

Para las mujeres, la sexualidad es un terreno contradictorio, mezcla de temores y placeres, de seguridades y de miedos. La sociedad deposita en las mujeres el control de la sexualidad: de la masculina y de la propia, pues ésta puede incitar a los hombres a actuar. Esta responsabilidad que, directamente o indirectamente, recae sobre las mujeres significa que la sexualidad femenina esté más constreñida, significa que las mujeres tienen, a veces, más dificultad para determinar y saber cuáles son sus deseos en este terreno, y mucha más dificultad para ponerlos en práctica, pues siempre sienten la amenaza de ser consideradas "malas mujeres", con el estigma y la desprotección que ello trae consigo.

CONSTRUCCIÓN DE LO MASCULINO

Nuestra sociedad se organiza basada en un enfoque androcéntrico, en el cual, el hombre ha sido el dueño de la palabra y por tanto monopoliza el saber. Esto le ha permitido crear concepciones que fundamentan y legitiman el sistema de normas y valores que explican el orden patriarcal. "El sujeto protagónico de este orden no solo tiene la iconografía y el imaginario masculino, sino también las características de los hombres concretos" (Lagarde:1992,13).

Se les enseña a los hombres que sean capaces de actuar y dominar el mundo exterior y al familiar, reprimiendo el mundo de los afectos. Se les anima a explorar el mundo, a salir afuera. Se les estimula la independencia y la autonomía con respecto a los y las demás; se les hace saber que lo que valgan dependerá de lo que hagan en la vida, de lo que sean capaces de actuar. Su intimidad pronto es respetada, su disponibilidad afectiva no se considera permanente y por lo tanto, los límites que ellos van a ir estableciendo para controlar esa disponibilidad son detectados y tenidos en cuenta por los(as) demás. El "yo" masculino se configura como una identidad basada en el logro. Se es hombre en la medida que cumple con lo que la sociedad espera de ellos.

Para los hombres, la sexualidad suele ser una fuente de autoafirmación personal, de demostración de virilidad e incluso, para algunos, una expresión del dominio ante las mujeres. Pero también es una de las escasas posibilidades que tienen -socialmente aceptadas- de demostrar sus emociones, sus sentimientos, su ternura y su amor. Para ellos, el mandato fundamental es el de valorarse por los logros y la capacidad de actuar sobre su entorno. Así, los hombres existen en tanto que consigan cosas en el mundo social y externo al ámbito familiar.

Ser hombre significa "ser para sí". Eso significa que su ser es el centro de su vida. Características de la condición masculina son la constante competencia, debido a que deben mostrar que tienen el poder; gozar de espacio y reconocimiento social; se potencia su capacidad para descubrir cosas y para aventurarse; su trabajo es visible y genera

remuneración económica, tienen la propiedad de los objetos y de los recursos, deben tomar las decisiones y tienen el poder de dominio (Lagarde, M.: 1992,78).

Sin embargo, a pesar de que el género masculino es el privilegiado, no quiere decir que los estereotipos ofrecidos les ayuden a lograr la felicidad o que bajo este esquema de relaciones de poder puedan resolver los problemas y limitaciones del total de la población para lograr su bienestar y desarrollo. Por el contrario, ser del género masculino implica renunciar a la sensibilidad para mantener la dureza de carácter, mantener una constante actitud de competencia con agresividad, estar siempre en guardia para defender lo propio. La realización de su identidad implica opresión sobre otras personas o grupos. De hecho esta construcción no ofrece una alternativa real al desarrollo integral de las personas y de la sociedad, pues en la base está planteada la desigualdad.

Lo masculino se concibe superior a la naturaleza, por lo que el hombre puede modificarla y controlarla. Los hombres al tener una anatomía reconocida, son sujetos afirmados; desde su nacimiento pertenecen a un género superior, que ha descrito la historia y que posee el reconocimiento de los y las demás.

Esta caracterización hace que a los hombres se les impida desarrollar un proceso de ensayo y error, ya que se supone que deben de conocer y dominar una serie de situaciones aún cuando no se les permite elaborar los procesos que conlleva el aprendizaje, sobre todo en cuanto a su vida emocional y sexual.

Es así que nacer en el sexo "protagonista y prestigiado" tiene también sus desventajas ya que supone cargar sobre sus espaldas múltiples e importantes expectativas. Por lo tanto, se espera que los hombres se comporten permanentemente como seres capaces, exitosos, valientes y que no traicionen la esperanza de ser el sexo fuerte sobre el cual recae el progreso y el futuro del mundo.

Esto puede ser estimulante y suponer un importante incentivo hacia la autosuperación, pero puede también generarles conflictos internos. Está demostrado que existe una tendencia en los varones hacia la competitividad, pero esto viene reforzado socialmente a través del imperativo impuesto a los varones de ser más listos, los más fuertes y los más rápidos (Mattelart:1993,28). Para que cumplan dichas expectativas a los varones se les exigen, desde su infancia, importantes esfuerzos y logros, no permitiéndoseles, por otra parte, expresar miedo o inseguridad. Los niños, entonces, se encuentran ante la difícil paradoja de intentar ser los mejores pero reprimiendo los temores que dicha condición generará.

Expectativas y exigencias pueden convertirse en una presión que induzca en los hombres niveles considerables de ansiedad (respecto a su capacidad para cumplir lo que se espera de ellos), así como sentimientos de fracaso y frustración (en caso de no llegar a los estándares).

La sociedad espera mucho de los hombres, por lo cual les exige mucho, pero también les estimula y alienta a nivel intelectual y práctico para que alcancen los

estándares. Paralelamente se confía mucho en ellos, por lo cual se sobrevaloran sus capacidades e infravaloran sus necesidades de apoyo y expresión afectiva.

Aunque algunos de estos aspectos sean adaptativos para una sociedad como la nuestra, llevados al extremo pueden ser socialmente conflictivos y personalmente insatisfactorios.

Se puede afirmar que

“...por el hecho de pertenecer al sexo considerado socialmente como el más fuerte e importante, a los individuos nacidos en éste se les tiende a sobrevalorar, sobreexigir e infraproteger” (Marcet, 1993, p:83).

En resumen, estas diferencias en las que se educa a hombres y mujeres no suelen ser una garantía de bienestar, de felicidad, ni siquiera de salud mental sino que, por el contrario, favorecen todo tipo de crisis, angustias y, en algunos casos, situaciones injustas.

Estos valores, expectativas y costumbres de la sociedad, constituyen las principales características del Modelo Patriarcal, el cual le confiere a los hombres el poder patriarcal, que es el poder de dominio, de control, de imposición.

GÉNERO Y PODER

Para poder explicar la situación de diferencia y jerarquización social entre varones y mujeres, se ha recurrido a multitud de fundamentaciones, desde las mítico-religiosas, biológico-naturales, hasta las socio-culturales y psicológicas. Todas ellas intentan dar respuesta a las causas de la posición subordinada de las mujeres y del orden social jerárquico de carácter androcéntrico basadas en argumentaciones sobre la universalidad, causas biológicas o culturales y el relativismo de causas culturales e históricas como ejemplos de algunas de ellas.

Lo que está claro es que las Teorías del Poder son las que mejor explican esta situación de desventaja entre iguales e incluso las posiciones más tradicionales han ligado el poder al acceso de recursos económicos y de la propiedad, siguiendo la lógica de las posiciones del liberalismo, considerando éste como característica intrínseca a los individuos.

Otros autores consideran el poder como una relación social establecida en un contexto particular, donde habría en juego diferentes responsabilidades, capacidades e intereses. Por ejemplo, Foucault (1981), considera que el poder no está basado únicamente en lo material, sino también en “una relación epistémica”; es decir, el poder es parte activa de la vida social, por lo que cada sujeto tiene que controlar y vigilar al otro(a) para que el orden establecido no se rompa.

Por tanto, de Foucault se deriva la idea de que la relación entre género y poder permite analizar la forma en que la dominación y el control inciden en las construcciones de las identidades sociales tanto de hombres como de mujeres, y por tanto, las propias personas serán los peones de juego que se controlan a sí mismos(as). El poder aparece como elemento básico de la construcción del sistema sexo-género, sustentado sobre el control de la reproducción y la sexualidad.

Entender las normas patriarcales de dominio-sumisión es básico para comprender y poder establecer cómo se crean las redes a las que están sometidas las mujeres, y por qué la subordinación de éstas es definida como poder muy débil con escasa capacidad de control y decisión.

Para ello, se debe de hacer mención a que el imaginario simbólico social está definido por los varones, por tanto, la realidad está construida por ellos, siendo las mujeres un elemento más de esa realidad androcéntrica y sin tener en cuenta las propias experiencias y vivencias de las mujeres como parte de la realidad social.

Son los varones, por tanto, los que crean los estereotipos, los roles, las categorías y modelos sociales que tanto las mujeres como ellos mismos asumen como propios, y son las feministas, las que crean una visión diferente al deconstruir esa realidad masculina y partir desde un punto de vista diferente, desde el punto de vista femenino, que hasta ahora estuvo silenciado y apartado para todos y todas, tan válido como otro cualquiera.

Según Connell (1987) las relaciones de género están orientadas por tres principios básicos como son:

- La separación;
- La integración desigual;
- La carga emocional sobre el significado de las diferencias genéricas.

A su vez, las relaciones de género presumen tres estructuras como son la división de trabajo, el poder y los vínculos emocionales.

Todas estas relaciones asimétricas del género suponen una continuidad de contenidos, actitudes y valores que en la práctica se dan en las instituciones u organizaciones sociales como la familia, el estado, la iglesia y los medios de comunicación, permitiendo que estas desigualdades se perpetúen a lo largo del tiempo.

Teorías explicativas de la desigualdad.

Existen multitud de teorías que intentan explicar y argumentar el origen de la desigualdad, existiendo un conjunto de ellas que mantienen que la mujer siempre ha estado subordinada al varón por causas biológicas o culturales. Otras subrayan el carácter histórico de la desigualdad, analizando las condiciones socioculturales y los aspectos psicológicos intra e intersubjetivas. Teniendo en cuenta esto, se pueden diferenciar las siguientes teorías explicativas de la desigualdad.

Teorías sociobiologicistas:

Éstas explican que la dominación de los hombres sobre las mujeres se debe sobre todo a que es un hecho adaptativo. Por un lado, están los que defienden la división sexual del trabajo con la "hipótesis del cazador", los cuales exponen que la supervivencia de la especie es posible gracias a la división de trabajos entre varones (cazadores) y mujeres (cuidadoras), adquiriendo diferentes características cada grupo de personas, propio de esta división y asumido por su sexo.

Por otro lado, están los que defienden el reparto del territorio y control del entorno como explicación de esta desigualdad, con la hipótesis de "guerra y control de la población". Estas suponen que la subordinación de las mujeres se debe a su papel reproductor y por tanto su carácter pasivo es complementario a la agresividad de los varones, la dominación mantiene la estabilidad de la sociedad y supone una manera de control de la reproducción.

Por último, la sociobiología, defendida por algunos autores que explican la subordinación de las mujeres por la selección natural, es decir, que las mujeres por su características reproductoras, tienen que rentabilizar y optimizar sus relaciones sexuales, por tanto son más pasivas y sumisas, frente a los varones que deben maximizar sus prácticas sexuales, por lo que son más activos y agresivos. Por tanto, desde la perspectiva sociobiológica apuntada recientemente, los roles sexuales son universales, estables y basados en el dimorfismo sexual.

Teorías socioculturales:

Este tipo de teorías defienden que la subordinación femenina viene a ser la consecuencia de la división entre el ámbito de lo doméstico y lo público, es decir, basado en la división del trabajo en asociación con la mujer/naturaleza versus hombre/cultura, y que consecuentemente ejerce un control sobre la reproducción y como fundamento del sistema de intercambio y del mantenimiento de estructuras de parentesco (padre-hijos, marido-mujer, hermanos-hermanas, etc.) Ésta también es de carácter universal. Afirman que la opresión deriva fundamentalmente de una política de intercambio de mujeres que regula la organización de la sexualidad.

Por otro lado, desde una perspectiva más contextual, ven la subordinación de la mujer como un proceso histórico, es decir, que deriva de las relaciones sociales a través de la historia, de la jerarquización social, de las diferencias de clases, de la estratificación económica y del Estado.

Englobando las dos perspectivas anteriores, las feministas socialistas defienden que la subordinación es creada a partir de los procesos sociales e históricos, las formas de producción y la división del trabajo según el sexo. Todo ello visto desde el punto de vista de la lógica capitalista en la que las sociedades se benefician del trabajo no asalariado de las mujeres y permiten una rentabilidad del mercado de trabajo.

Desde la perspectiva antropológica, afirman que la existencia de dominios masculinos se debe a que la simbología de éstos es muy fuerte y funcional, por lo que consiguen mantenerse a lo largo del tiempo. Algunos de esos indicadores simbólicos masculinos son la exclusión de las mujeres de la política social y económica y el uso de la violencia y la agresión contra ellas. En resumen, el dominio masculino se debe al acaparamiento de los medios económicos y políticos, al igual que el uso de la violencia sobre las mujeres.

La aportación de la sociología divide las teorías en tres estructuras. Las más generales (nivel macro) son las que critican el sistema patriarcal y capitalista como válido y serían aquellas que hemos mencionado, las de carácter medio-estructural (nivel medio), que establecen las diferencias a partir del desempeño de papeles diferentes y desiguales, y, por último, las teorías microestructurales que se centran en cómo las desigualdades de los otros dos niveles afectan en el ámbito familiar y en las relaciones. Las mujeres se vuelven dependientes de sus parejas y éstos ejercen un mayor poder sobre ellas.

Estas explicaciones dadas al origen de la asimetría de poder entre los hombres y las mujeres nos permiten comprender los contenidos de la desigualdad, los cuales se ven expresados y toman formas diferentes en todos los espacios en los que se relacionan las mujeres y los hombres y en todas las acciones que realizan.

En el escenario laboral de la salud también se reproducen esas relaciones de poder, las cuales han intervenido en el hecho del cuidar y por tanto en la profesión de enfermería.

Como se vio anteriormente, la división sexual del trabajo ha sido un determinante básico en las relaciones de poder y en la estructura social, conceptualizándose las desigualdades como si estuvieran basadas en diferencias naturales inmutables.

Esta división constituye por lo tanto, el origen de la discriminación que las mujeres sufren por razón de género y aunque uno de los hechos cambiantes de este siglo ha sido la progresiva aparición de éstas en la vida pública, esto no ha supuesto una relación más igualitaria entre varones y mujeres dado que la sociedad, androcéntrica aún, continúa marcando las desigualdades del género, y de oportunidades, condicionadas por el hecho de ser varón o mujer.

En definitiva la división sexual del trabajo ha venido a demostrar que es por condicionamiento social, y no por la naturaleza de la mujer, lo que ha dirigido la división del trabajo, tanto por la imposición, como por la dominación de los varones sobre las mujeres.

La práctica de cuidar ha sido relegada a la mujer, mientras que el varón salía del núcleo cerrado de la familia para formar parte de lo social. Y a pesar de que el trabajo de las mujeres es el eje que vertebra la sociedad, este no ha sido considerado ni social ni económicamente ya que se le cree parte de la propia "naturaleza" de la mujer. Aunque es claro que es la construcción cultural y no la biología la que establece las diferencias entre varones y mujeres.

Refiriéndose a la profesión de enfermería como profesión del cuidado, ésta no ha quedado al margen de las transformaciones en la condición social de la mujer. Con Florence Nightingale, en plena revolución industrial, se recupera el protagonismo de las mujeres como personas que mayoritariamente, a lo largo de la historia, han impartido los cuidados de enfermería, un trabajo imprescindible que había quedado en el olvido.

En resumen, mientras la condición social de las mujeres ha sido una condición de reclusión, de invisibilidad y de subordinación, la enfermería como profesión no ha existido, sino que resurge como profesión y como ciencia al tiempo que la mujer consigue disminuir las desigualdades y demostrar que los trabajos que la sociedad asigna a las mujeres son tan importantes como los de los varones. Es decir, si mayoritariamente, han sido mujeres las enfermeras, ha sido por estereotipo y rol femenino determinado por la sociedad en cada contexto histórico.

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

ABORDAJE METODOLÓGICO

1. Tipo de investigación

En el presente trabajo se trata de la investigación cualitativa, una investigación que se describe "... el conjunto de métodos de la investigación social que se vale de los procesos que le sirven" (Sánchez, T. 1993, 29). Como tal, reconoce los límites de poder desde la propia perspectiva de los participantes y de los contextos.

De ahí que el objetivo principal de la investigación se describe como tipo de conocimiento en el que se busca y analiza los significados que se dan en los procesos sociales y culturales. Los datos que se recolectan son, por tanto, de carácter subjetivo de la experiencia humana.

CAPÍTULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

Uno de los procedimientos básicos de la metodología cualitativa que se hace común para todos es el de la generación de datos. En consecuencia, se trata de los procesos, cuando se pretende a través de ciertos métodos e instrumentos de investigación que permitan y se vea el desarrollo interactivo con los y las participantes del estudio.

En consecuencia, se pretende generar el tipo de datos que permitan describir los datos que se recolectan para el análisis desde los sujetos y los contextos de los fenómenos sociales. A su vez, se pretende describir y comprender los procesos de interacción con los participantes de poder entre los contextos y los sujetos en contextos y relaciones. Además, se pretende describir y comprender los datos de interacción de los participantes en contextos, en consecuencia, se pretende describir y comprender los datos de interacción con los participantes en contextos.

De manera similar a otros tipos de investigación, desde la perspectiva de género, la distancia de esta investigación respecto de la investigación por los y las participantes, no pretende la investigación, sino más bien, desarrollar una serie de estrategias que permitan los datos de interacción.

ABORDAJE METODOLÓGICO

1. Tipo de investigación

En el presente estudio se hace uso de la investigación cualitativa, cuya característica principal es comprender "...el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven" (Schwandt, T: 1994, 89). Como tal, permite comprender las relaciones de poder desde la propia perspectiva de las enfermeras y de los médicos.

De aquí que el objetivo principal del investigador y la investigadora que utiliza este tipo de metodología es el de interpretar y construir los significados subjetivos que las personas atribuyen a su experiencia. La investigación cualitativa trata, por tanto, del estudio sistemático de la experiencia cotidiana.

Esta metodología

"... enfatiza el estudio de los procesos y de los significados, se interesa por fenómenos y experiencias humanas. Da importancia a la naturaleza socialmente construida de la realidad, a la relación estrecha que hay entre el investigador y lo que estudia, además, reconoce que las limitaciones prácticas moldean la propia indagación" (De La Cuesta: 1999, 17).

Dentro de las particularidades básicas de la metodología cualitativa que la hacen idónea para trabajar el tema de la presente tesis, están: la investigación se centra en las personas, tomando el fenómeno a estudiar de manera integral o completa; el proceso de indagación es inductivo y el y la investigadora interactúan con los y las participantes y los datos.

Asimismo, fue conveniente abordar el tema desde una corriente descriptiva porque los datos que se recogieron para su análisis fueron las palabras y las conductas de las personas participantes. A su vez, la interpretación me permitió comprender y/o explicar el proceso por medio del cual, las relaciones de poder entre las enfermeras y los médicos son construidas y reproducidas. Además, me interesó visualizar cómo se manifiestan este tipo de relaciones en las profesionales en enfermería, en su conducta, en sus actitudes, en sus pensamientos, en sus sentimientos y hasta en la misma interacción con los profesionales en medicina.

Me propuse describir e interpretar, desde la perspectiva de género, la dinámica de estas interrelaciones, partiendo de lo manifestado por las y los participantes; sin perseguir la generalización, sino más bien, desplegar una serie de contenidos que representen los casos individuales.

Me interesó también, desde lo fenomenológico, las experiencias personales, laborales y el significado que tienen para las personas participantes, el estar inmersas en un tipo de relaciones asimétricas y desiguales.

Al respecto, Barrantes (1999:152) cita:

“La fenomenología busca conocer los significados que los individuos dan a sus experiencias. Intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando”.

La metodología cualitativa me permitió centrarme en las experiencias de las enfermeras y de los médicos y penetrar en sus percepciones. Es así como logré aproximarme a su realidad, escuchando sus relatos, conociendo su forma de actuar, de pensar y tomando en cuenta el significado que le dan a sus actos.

Esta metodología es holística, integral, en razón de que la realidad no se concibe como hecho único, sino que se afirma que existen muchas realidades que deben de ser tomadas en cuenta en el proceso investigativo. Asimismo, no se puede obviar que esta metodología no tiene como único fin recolectar información, más bien, persigue hacer una utilización creativa y estructurada de los datos, para apreciar integralmente todos los aspectos concernientes al tema o al problema que se investigó.

Por lo tanto, esta investigación se centró en el análisis a profundidad de la información, ya que la comprensión y estudio de las relaciones de poder son prioritarios, por encima de su cuantificación o descripción.

En este enfoque cualitativo, el o la investigadora, que es el punto de partida del proceso, lleva a cabo la investigación sin apartar su experiencia, sus valores, sus expectativas, sus motivaciones y las del medio en que se desenvolverá: una sociedad compleja, patriarcal, hegemónica y con diversidad de opciones. Esta situación contribuye a ahondar el contexto de la investigación, por mi propia experiencia como enfermera, lo que me permitirá profundizar en el tema.

Es por lo anterior que la metodología cualitativa me resultó la más acertada para darle respuesta a las preguntas que formulé.

2. Estrategia metodológica

El proceso seguido para el logro de esta investigación, lo detallo a continuación:

Primera fase. Elaboración del diseño de la investigación

Esta fase abarcó la delimitación del problema a investigar, búsqueda y lectura de la literatura existente relacionada con el tema, profundización en el conocimiento de la metodología cualitativa y la construcción de las guías de entrevistas a profundidad, para plasmar el diseño de la investigación.

Este espacio significó mucho para mí. En primer lugar, iba a realizar una investigación con metodología cualitativa, una metodología completamente nueva para mí, que fui formada dentro del positivismo. Me di cuenta de mi falta de conocimiento en el campo metodológico, lo que me obligó a capacitarme más en este aspecto.

En segundo lugar, mi tema de investigación no ha sido explorado, razón por la cual no existe literatura al respecto, todo lo tuve que ir construyendo.

Y en tercer lugar, me sirvió para reafirmarme que mi vocación por la enfermería es verdadera y que si volviera a nacer, volvería a ser enfermera. Deseo que desde mi ocupación actual (docente de enfermería), pueda llegar hasta las estudiantes y hacerlas comprender e interiorizar que debemos de seguir en la lucha para que nos sean reconocidos los innumerables esfuerzos, los logros ocultos, internos y marginales y nuestro brío por no desaparecer.

La investigación fue dirigida a las profesionales en enfermería; sin embargo, era fundamental visualizar la percepción que los médicos tienen de esas relaciones de poder, motivo por el cual, la muestra incluyó, además de las enfermeras, a algunos médicos.

Se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia, aunque este tipo de muestreo no es representativo de una población, establece con anticipación las características que han de tener las personas para formar parte de la muestra, tomando en cuenta ciertos elementos comunes a la mayoría.

Segunda fase. Ubicación, identificación y selección de las y los informantes.

Mi condición de enfermera, me permitió trabajar durante muchos años en hospitales, por lo que conocí ampliamente la dinámica de las relaciones entre los y las trabajadores (as) que en este medio se desenvuelven; principalmente las que se dan entre los médicos y las enfermeras, ésta fue la razón principal por la que elegí a las enfermeras como protagonistas de esta investigación y a las relaciones de poder como mi unidad de análisis.

Fue mi intención realizar este estudio dentro del Hospital Calderón Guardia; sin embargo, tuve que desistir de la idea, ya que cuando acudí a solicitar el permiso para efectuar las entrevistas en profundidad, en el Comité de Ética e Investigación me informaron que primero debía de presentar una solicitud por escrito de mis intenciones, una vez que el comité se reuniera y analizara dicha solicitud, me entregaban un protocolo para que completara la información que se me pedía y a la vez cumpliera con los requisitos para

dicho permiso como era el que uno de los asesores de la investigación fuera un trabajador del hospital y debía adjuntar una copia de la guía de las entrevistas que iba a realizar a la población en estudio.

Luego, cuando el comité estuviera de acuerdo, debía de solicitar el permiso a los jefes médicos (en mi caso sería a tres médicos) de los servicios donde se realizarían las entrevistas; todo el procedimiento en sí se llevaría mas o menos seis meses, sin contar que me podían solicitar cualquier otra cosa para aclararse mejor lo que yo pretendía realizar, y sin tomar en cuenta que podía ser que el día que se reunían los integrantes de dicho comité se suspendiera la reunión por ser día feriado o por otros motivos, lo que significaría mas días de atraso ya que el comité se reúne cada 15 días. Ante tal situación, opté por solicitarles permiso a las dos directoras de la Maestría en Estudios de la Mujer y a mi comité asesor para cambiar el escenario de los y las participantes. En su lugar, entrevistaría a las enfermeras y a los médicos fuera de las instituciones de salud, manteniendo eso sí los siguientes criterios para seleccionar a los y las informantes.

Estos criterios fueron:

- Si se trata de una profesional en enfermería, ésta debe ser mujer. Si se trata de un profesional en medicina, éste debe ser hombre.
- Que tenga entre cinco y diez años de ejercer la profesión. Este criterio es importante debido a que si las o los informantes tienen poco tiempo de laborar, no van a tener la misma capacidad para proporcionar información relevante sobre todo aquello que han experimentado en su campo de trabajo y de sus sentimientos al respecto. De igual forma, si tienen muchos años de ejercer, es posible que conozcan tan bien su ambiente laboral y sus tipos de relaciones, que ya no piensen ni se cuestionen acerca de ello.
- Que labore en el servicio de cirugía, medicina y de ginecoobstetricia, esto porque además de ser los servicios en donde existe mayor relación entre los y las profesionales que interesan en este estudio, son los servicios
 - donde se concentran la mayor cantidad de ellos y ellas.
 - Que esté anuente a participar en esta investigación.
 - Se elegirán tres enfermeras y dos médicos por cada servicio, siendo el total de la población en estudio nueve enfermeras y seis médicos.

Se determinó esa cantidad de entrevistas debido a que considero que esa cantidad es suficiente para lograr el propósito del estudio y, más que la cantidad "*... lo importante es el potencial de cada caso para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social*" (Taylor y Bogdan: 1986, 108).

Tercera fase. La entrevista cualitativa en profundidad como técnica para recolectar la información.

Tanto la selección de la técnica, como el diseño del instrumento, o sea, la guía de entrevista, se realizaron tomando en cuenta los problemas específicos del estudio, así como las características de las personas participantes en el estudio.

Las entrevistas en profundidad son especialmente útiles en el estudio de las relaciones de poder entre las enfermeras y los médicos porque por medio de sus apreciaciones se logra "...comprender el modo en que los y las informantes se ven a sí mismos y a su mundo" (Taylor y Bogdan: 1986, 108).

Se realizaron a partir de interrogantes que intento comprender y explicar, o sea, a partir del problema objeto de estudio. También aproveché para recoger los datos sociodemográficos relativos a los y las participantes.

Las entrevistas a profundidad, según Taylor y Bogdan (1996:101)

"... son reiterados encuentros cara a cara entre entrevistador y entrevistados, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los y las informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras".

Estas entrevistas tienen como características, las que menciona Rodrigo Barrantes (1999:210), las cuales son:

- No emitir juicios sobre la persona entrevistada.
- Permitir que la gente hable.
- Realizar comprobaciones cruzadas.
- Prestar atención.
- Ser sensible.

Además, para favorecer este proceso, se permitió que las personas se expresaran en su propia forma de hablar al contestar las preguntas que se le plantearon.

El diálogo fue empático lo que implica ponerse en el lugar del otro o de la otra, expresando interés para estimular a que se entre en detalles y que se expresen ideas y sentimientos.

No se debe de obviar que este tipo de entrevistas también tiene limitaciones; sin embargo, de las citadas por Rodrigo Barrantes (1999:211), personalmente, tomé en cuenta solo dos, a saber:

—Son susceptibles a falsificaciones, engaños, exageraciones y distorsiones que caracterizan el intercambio verbal entre cualquier tipo de personas.

---Las personas dicen y hacen cosas diferentes en distintos momentos. Al ser la entrevista una situación, lo que ahí se dice no necesariamente es lo que se cree o lo que se diría en otra circunstancia.

La tercera limitación mencionada por este autor, no fue de trascendencia, debido a que se trata de que

“...como el entrevistador no observa a los informantes directamente en su vida cotidiana, no necesariamente conocen el contexto para comprender muchas de las perspectivas en las que se está interesado” (1999:215).

En este caso, por ser yo enfermera y por haberme desenvuelto en ese ambiente durante muchos años, comprendo y conozco muy bien la vida cotidiana de las personas que entrevisté. Elegí esta técnica porque con las entrevistas se puede identificar el tipo de relaciones que se dan entre los médicos y las enfermeras a partir de sus apreciaciones, las cuales me brindaron una gran riqueza conceptual y humana, además de permitir generar un proceso conjunto de análisis, de diálogo, de aporte, de apoyo mutuo y de compenetración.

Cuarta fase. La realización de las entrevistas.

Para asegurar que los temas relevantes en este estudio fueran explorados, elaboré dos guías de entrevista con una lista de aspectos generales que debían ser tratados en las mismas, una para las enfermeras y la otra para los médicos.

Las guías construidas contemplaron los siguientes contenidos:

GUÍA DE ENTREVISTA (ENFERMERAS)

Información personal

- Edad
- Estado Civil
- Título Universitario
- Hijos(as)
- Lugar de residencia
- Años de laborar
- Servicio donde labora

EJERCICIO PROFESIONAL

- a) Influencia de la socialización en su decisión de ser enfermera, influencia de la familia en su decisión.
- b) Objetivo por el cual se hizo enfermera (ser cuidadora, por ser adecuada, por retribución económica, etc).
- c) Sentimientos acerca del reconocimiento o no de su capacidad, de acuerdo a los conocimientos como enfermeras.
- d) Significado de ser mujer.
- e) Significado de ser enfermera.

- f) Forma de aprender a actuar como mujeres (fuentes y modelos).
- g) Porcentaje de tiempo que dedican a atender al médico.
- h) Porcentaje de tiempo en atender a los y las pacientes.
- i) Porcentaje de tiempo que dedican a los asuntos administrativos.
- j) Porcentaje de tiempo que dedican a la educación de otros(as).
- k) Porcentaje de tiempo que dedican a la investigación.
- l) Funciones generales de la enfermera.
- m) Grado de satisfacción con las funciones que desempeña.
- n) Concepciones sobre los médicos.
- o) Percepciones del valor a su trabajo que creen tienen los médicos.
- p) Percepciones de ellas mismas al valor de su trabajo.
- q) Toma de decisiones en su labor.

RELACIONES DE PODER

- a) Percepción de ellas ante los médicos.
- b) Relación con los médicos (de respeto, de igualdad, asimétrica, sumisas o irrespetuosas).
- c) Formas de manifestación de esas relaciones.
- d) Consecuencias en la autoestima, en su vida privada y familiar, en sus relaciones con los hombres, con otras mujeres, en su ámbito laboral.
- e) Factores que han contribuido para que ese tipo de relaciones se sigan manteniendo.
- f) Percepción sobre las relaciones entre los médicos y las enfermeras en los diferentes servicios.
- g) Expectativas de los servicios de salud sobre las enfermeras.
- h) Opinión sobre el fortalecimiento o desmerecimiento de las diferentes instituciones de la imagen de las enfermeras y la imagen de los médicos.
- i) Factores que influyen para que las enfermeras (o las mujeres) escojan a los hombres en puestos directivos.
- j) Lenguaje con el que el médico se refiere a la enfermera.
- k) Lenguaje con el que la enfermera se refiere al médico.
- l) Forma en que los medios de comunicación se refieren a las enfermeras o a los médicos.
- m) Comentarios y opiniones que los y las pacientes hacen de las enfermeras y/o de los médicos.

GUÍA DE ENTREVISTA (MÉDICOS)

Información personal

- Edad
- Estado Civil
- Título Universitario
- Hijos(as)

- Lugar de residencia
- Años de laborar
- Servicio donde labora

EJERCICIO PROFESIONAL

- a) Influencia de la socialización sobre la decisión de ser médico.
- b) Influencia de la familia en su decisión.
- c) Objetivo por el cual se hizo médico (por prestigio, por vocación, por altruismo, por retribución económica, etc).
- d) Sentimientos que le provoca el ser médico.
- e) Sentimientos acerca del reconocimiento o no de su capacidad, de acuerdo a los conocimientos que poseen como médicos.
- f) Significado de ser hombre.
- g) Significado de ser médico.
- h) Forma de aprender a actuar como hombres (fuentes y modelos).
- i) Forma de aprender a actuar como médicos (fuentes y modelos).
- j) Porcentaje de tiempo que dedican a atender a los y las pacientes.
- k) Porcentaje de tiempo en dar indicaciones al personal de enfermería.
- l) Funciones generales del médico.
- m) Grado de satisfacción con las funciones que desempeña.
- n) Concepciones sobre las profesionales en enfermería.
- o) Opinión sobre el gremio de enfermeras.
- p) Apreciaciones sobre la cantidad de conocimientos que deben tener las enfermeras para desenvolverse de la manera más óptima.
- q) Aspectos de enfermería que se han mejorado y aspectos que han tenido retrocesos.
- r) Percepciones del valor a su trabajo que creen tienen las enfermeras.
- s) Percepciones de ellos mismos al valor de su trabajo.
- t) Toma de decisiones en su labor (tipos, las más frecuentes).
- u) Poder de decisión en cuanto a la asignación de la enfermera que dirija el servicio donde trabaja.

RELACIONES DE PODER

- a) Percepción de ellos ante las enfermeras.
- b) Relación con las enfermeras (de respeto, de igualdad, asimétrica, sumisas, de dominio o irrespetuosas).
- c) Formas de manifestación de esas relaciones.
- d) Factores que han contribuido para que ese tipo de relaciones se sigan manteniendo.
- e) Percepción sobre las relaciones entre los médicos y las enfermeras en los diferentes servicios. (son iguales las relaciones en un servicio de obstetricia que en un servicio de cirugía, o en un servicio de medicina)
- f) Expectativas de los servicios de salud sobre los médicos.
- g) Opinión sobre el fortalecimiento o desmerecimiento de las diferentes instituciones sobre la imagen de las enfermeras y la imagen de los médicos.

- h) Factores que influyen para que los médicos no escojan a las mujeres en puestos directivos (por ejemplo presidenta del Colegio de Médicos)
- i) Lenguaje con el que el médico se refiere a la enfermera.
- j) Lenguaje con el que la enfermera se refiere al médico.
- k) Forma en que los medios de comunicación se refieren a las enfermeras o a los médicos.
- l) Comentarios y opiniones que los y las pacientes hacen de las enfermeras y/o de los médicos.

El paso siguiente consistió en validar dos entrevistas previas con el fin de observar si requería algún ajuste, lo que efectivamente sucedió con algunos de los temas, los cuales tuve que aclararlos o hacerlos más explícitos, también me sirvió para tomar confianza en mí misma lo que permitió desenvolverme con más habilidad.

Concerté las citas y durante tres días efectué tres entrevistas por día, a excepción de las que me correspondían realizar a los médicos, lo cual fue una labor difícil debido a la poca disponibilidad de tiempo que refieren tener.

Cada entrevista duró aproximadamente una hora y durante las mismas me propuse mantener un ambiente de privacidad y absoluto respeto hacia los relatos de los y las participantes, a quienes se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada y el anonimato.

Las enfermeras se mostraron muy colaboradoras y deseosas de compartir sus experiencias; lo contrario sucedió con los médicos, los cuales se mostraron con poco interés y mucha prisa, lo que me obligó a utilizar más tiempo con ellos a fin de establecer un ambiente de mucha más confianza y de menor amenaza para ellos.

Quinta fase. El análisis de los datos

Una vez realizadas las transcripciones de las entrevistas, las leí reiteradamente para efectuar la primera agrupación de la información obtenida, en concordancia con los temas contenidos en las guías.

Luego definí las categorías y las subcategorías para ir codificando las respuestas. Las apreciaciones de los y las participantes se presentan con un pseudónimo para garantizar el anonimato y la confiabilidad.

Seguidamente consulté de nuevo otros textos y libros que pudieran apoyarme en el análisis posterior y darme a la vez mas sustento teórico a lo encontrado.

El análisis e interpretación de los datos se hizo a lo interno de las diferentes categorías y entre las diferentes categorías, para poder identificar realidades particulares y generales en relación con el tema, con el problema y con los problemas específicos.

Dicho análisis se hizo considerando tres temas fundamentales:

- Procesos de socialización
- Formación profesional.
- Relaciones de poder desde la práctica profesional.

Esta información se complementó con los datos provenientes de las observaciones que se realizaron durante las entrevistas.

CAPÍTULO IV

SOCIALIZACION DE LOS Y LAS PARTICIPANTES

PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN DE LAS Y LOS PARTICIPANTES

4.1. Información general de las y los participantes

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS ENFERMERAS

NOMBRE	TÍTULO	SEXO	EDAD	RESUMEN	OTROS
	ENFERMERA	FEMEA	35		
	ENFERMERA	MASCULINO	30		
	ENFERMERA	FEMEA	32		
	ENFERMERA	FEMEA	38		
	ENFERMERA	FEMEA	34		
	ENFERMERA	FEMEA	36		
	ENFERMERA	FEMEA	33		
	ENFERMERA	FEMEA	37		
	ENFERMERA	FEMEA	31		
	ENFERMERA	FEMEA	39		

CAPÍTULO IV

SOCIALIZACIÓN DE LOS Y LAS PARTICIPANTES

Este capítulo se centra en los datos demográficos de los participantes en el estudio, incluyendo su edad, sexo y nivel educativo. La información general de los participantes es crucial para comprender el contexto de la investigación y para identificar cualquier sesgo potencial. Los datos demográficos de los participantes se detallan en el siguiente cuadro, que muestra la distribución de edad, sexo y nivel educativo de los participantes en el estudio. Este cuadro proporciona una visión general de la muestra de participantes y ayuda a interpretar los resultados de la investigación.

PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN DE LAS Y LOS PARTICIPANTES

4.1. Información general de las y los participantes

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS ENFERMERAS

NOMBRE	TÍTULO UNIVERSITARIO	SERVICIO	AÑOS DE LABORAR	RESIDENCIA	#HIJOS (as)
Ana	Licenciada Obstetricia	Maternidad	6	Cartago	0
Marielos	Licenciada Obstetricia	Sala de partos	10	Coronado	2
Lucía	Licenciada Obstetricia	Maternidad	10	Desamparados	2
Zaida	Licenciada Enfermería	Medicina	7	Curridabat	1
Vivian	Licenciada Enfermería	Medicina	5	San José	0
Ester	Enfermera Bachiller	Medicina	10	Guadalupe	3
Katia	Enfermera Bachiller	Cirugía	5	Moravia	1
Gloria	Licenciada Enfermería	Cirugía	9	Pavas	3
Rosa	Enfermera Bachiller	Cirugía	8	San José	4

Ana vive en Cartago. A los 23 años sacó su título de Bachiller en Enfermería, trabajó durante un año como enfermera general, lo que no la satisfizo y decidió seguir estudiando hasta lograr su título de Licenciada en Obstetricia. Hoy día trabaja desde hace 6 años en el servicio de Ginecoobstetricia como enfermera obstetra. Refiere que su vocación como enfermera la descubrió cuando tuvo que cuidar de sus tres hermanos mientras su madre trabajaba. Cuando trabajó como enfermera general se decepcionó porque no era lo que ella esperaba, no concordaba lo que aprendió en la Universidad con lo que realmente

debía ser su papel en el hospital, no es que la universidad estaba equivocada, es que el sistema no ofrece la oportunidad de ejercer sus funciones de acuerdo al conocimiento que se posee.

Marielos vive en Coronado y tiene dos hijos. Desde muy joven entró a trabajar como auxiliar de enfermería por espacio de 6 años, luego ingresó a la universidad para sacar el título de Bachiller en Enfermería, y laboró como enfermera general durante dos años, no contenta con eso, decidió especializarse en obstetricia y actualmente tiene 2 años de desempeñarse como enfermera obstetra. Expresa que ella siempre quiso ser profesional, pero lo pospuso por su familia. Estudió para enfermera porque es una profesión que se ejerce dentro del ambiente laboral donde ella se desempeñaba como auxiliar y porque quería ser enfermera jefe, además por ser una carrera corta.

Lucía es vecina de Desamparados y tiene 1 hija y 1 hijo. Labora como enfermera obstetra desde hace 5 años.

Se graduó como Bachiller en Enfermería muy joven, a los 21 años. Trabajó como enfermera general por espacio de 5 años y cuando se casó se dedicó a su familia. Una vez que sus hijos no requirieron muchos cuidados, decidió estudiar más y se graduó como Licenciada en Obstetricia, puesto que desempeña desde hace 5 años. Manifiesta que su vocación de enfermera es familiar, pues una tía abuela era partera.

Zaida tiene 1 hijo, vive en Curridabat. A los 25 años ingresó a trabajar por espacio de tres años como enfermera general, luego pidió un permiso para sacar la Licenciatura en Enfermería y volvió a laborar como Licenciada en Enfermería hace 4 años. Refiere Zaida, que nació para ser enfermera, lo que más le agrada es el reconocimiento que recibe por ello.

Vivian vive en San José con su madre. Se graduó como Bachiller en Enfermería hace 5 años. Mientras trabajaba empezó a estudiar y hace 2 años que sacó su título de Licenciada en Enfermería, lo que no le ha variado sus funciones, solo tiene reconocimiento en su salario. Expresa que se hizo enfermera para complacer a su madre que deseó ser enfermera y no le fue posible y siempre le decía que ella que podía, lo hiciera.

Ester tiene tres hijos. Desde hace 10 años trabaja en el hospital como enfermera general. Antes trabajó como secretaria del mismo hospital durante 7 años, no le interesa seguir estudiando, pues dice estar muy vieja para hacerlo. Refiere que siempre le gustó la enfermería, de niña jugaba "al doctor", pero a ella le gustaba ser la enfermera y que su primo fuera el doctor.

Katia, vive en Moravia, tiene 1 hija y hace 5 años que trabaja como enfermera general. Estudió enfermería para mantener económicamente a su hija, con un mejor ingreso y por tratarse de una carrera corta. Había convivido con el padre de su hija y no necesitaba trabajar, pero al separarse, se vio obligada a hacerlo.

Gloria vive en Pavas y tiene 2 hijas y 1 hijo. Trabaja en el servicio de Cirugía, aunque ha laborado en otros servicios. Hace 9 años que se graduó de enfermera y continuó trabajando y estudiando. Hace 6 años que es Licenciada en Enfermería, título que quería obtener para variar las funciones; sin embargo, sigue con las mismas responsabilidades y

sin oportunidad para aportar los conocimientos adquiridos. Estudió enfermería al serle imposible ingresar a medicina, luego le gustó más la enfermería.

Rosa, tiene 51 años, vive en San José, es viuda y tiene 4 hijos. Cuando enviudó hace 10 años decidió terminar los estudios que los había abandonado cuando se casó. Hace 8 años que trabaja como enfermera general y dice estar enamorada de su profesión, porque hace lo que le gusta: cuidar a quien lo necesita y con eso se siente realizada. Estudió enfermería porque su mejor amiga lo estudiaba y la convenció.

Como se denota en las síntesis anteriores, la mayoría de las enfermeras entrevistadas tienen entre 5 y 10 años de laborar. Seis de ellas son Licenciadas y tres son Bachilleres en Enfermería. De las seis licenciadas, tres lo son en obstetricia y tres en Enfermería General.

Según expresan, se sienten con más conocimiento, más reconocidas, más autónomas y con más poder de decisión las enfermeras obstétricas, mientras que, entre las Licenciadas en Enfermería General y las Bachilleres en Enfermería no hay diferencia en este sentido.

Asimismo, es importante rescatar que casi todas resolvieron seguir sus estudios, al valorar que los estudios iniciales no eran suficientes para su desenvolvimiento.

La mayoría de ellas tomó la decisión de ser enfermeras aduciendo razones que nos remiten a las características de la socialización femenina como las siguientes:

- para cuidar de sus hijos (as),
- para complacer a su familia o
- para ejercer cuidados sobre otros (as)

y es precisamente en esta profesión donde se materializan estos mandatos sociales.

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS MÉDICOS

NOMBRE	TÍTULO UNIVERSITARIO	SERVICIO	AÑOS DE LABORAR	RESIDENCIA	#HIJOS (as)
<i>Eduardo</i>	<i>Médico internista</i>	<i>medicina</i>	<i>10 años</i>	<i>Desamparados</i>	<i>1hijo, 2 hijas</i>
<i>Fredy</i>	<i>Médico cirujano</i>	<i>cirugía</i>	<i>10 años</i>	<i>Curridabat</i>	<i>3 hijos 1 hija</i>
<i>Roy</i>	<i>Médico cirujano</i>	<i>cirugía</i>	<i>5 años</i>	<i>Tres Ríos</i>	<i>0</i>
<i>Alex</i>	<i>Médico obstetra</i>	<i>Ginecología y obstetricia</i>	<i>9 años</i>	<i>Coronado</i>	<i>3 hijos</i>
<i>Minor</i>	<i>Médico internista</i>	<i>medicina</i>	<i>6 años</i>	<i>San Francisco</i>	<i>1hijo</i>
<i>José</i>	<i>Médico obstetra</i>	<i>Ginecología y obstetricia</i>	<i>10 años</i>	<i>Moravia</i>	<i>2hijas</i>

Eduardo, es vecino de Desamparados y médico internista. Refiere que su madre le pedía que se hiciera médico desde que era niño. Otra de las motivaciones fue la retribución económica y el deseo de ayudar a las personas. No se siente completamente realizado como médico porque medicina es una profesión con muchas limitantes para ayudar más a la gente. Siente que las enfermeras hacen bien su trabajo pero que deberían de intervenir más con los y las pacientes, como lo hacen las enfermeras con mas años de graduadas. Cree que la mayoría de las enfermeras jóvenes no tienen vocación, hacen su labor para salir del paso. Piensa que entre el médico y la enfermera existe rivalidad y que no hay relación, pues las enfermeras tienen menor status, sin embargo, reconoce que ellas tienen muchos atributos como la paciencia, la ternura y la observación, que a ellos les falta. Anota que si las mujeres no están en puestos es porque "ellas no quieren", ya que "nadie" les ha cerrado las puertas.

Fredy, tiene 10 años de laborar. Se hizo médico por la influencia de la imagen de un tío, además que de niño se descubrió que tenía destreza manual. Está muy satisfecho de ser médico y muy orgulloso de haber logrado una meta en un campo tan difícil como la medicina. Refiere tener el mejor concepto de las enfermeras y ve la enfermería como un apostolado que les permite a las enfermeras vivir los sufrimientos con los y las pacientes. Ve como fortalezas de la enfermera la honestidad, la disciplina y el respeto. La debilidad que les encuentra es que estén supeditadas a los médicos. Manifiesta que las enfermeras son duras y estrictas en su relación con los médicos. Dice que la relación de las enfermeras y

los médicos pasa por diferentes procesos, en donde hay un primer momento en que el médico es sumiso a la enfermera. Culpa al sistema sanitario del tipo de relaciones que se dan entre los médicos y las enfermeras porque dice que éste despersonaliza a las personas y las separa, no permite espacios donde puedan compartir. Cree que el hecho de que las mujeres no ocupen puestos claves se debe a las funciones de las mujeres dentro de su familia, lo que la hace menos disponible para los asuntos laborales. Manifiesta que las relaciones entre los médicos y las enfermeras varían en los diferentes servicios, laboran más unidos (as) y con sentido de equipo en los servicios muy especializados.

Roy es médico cirujano, vecino de Tres Ríos. No considera haber tenido influencia de su familia sobre su decisión de ser médico. Lo decidió por el status que da la profesión. Dice que su mayor satisfacción es estar a la par de los y las enfermas. Se queja de que muchas enfermeras no acatan órdenes por desconfianza hacia el médico, especialmente cuando es recién graduado. Anota que frecuentemente los médicos necesitan los consejos de las enfermeras. Cree que les falta comunicación y trabajo en equipo. Opina que la mayor fortaleza que tienen las enfermeras es el amor y el trato que le dan al paciente y que la debilidad es que les falta un poco de humildad. Refiere que las enfermeras que trabajan en los servicios de obstetricia son más independientes que las que trabajan en las cirugías y en las medicinas, porque tienen una especialidad que las hace desenvolverse con más autonomía.

Alex es médico ginecoobstetra, vecino de Coronado. Él piensa que las enfermeras de ginecología y obstetricia presentan la misma sumisión que las que se encuentran en Medicina o en Cirugía porque el trabajo que ellas realizan siempre está dictado por el médico. La única diferencia es que manejan mejor las patologías propias del servicio donde desempeñan su labor, talvez por la especialización que realizaron.

Minor, cuenta con 32 años, es médico internista y vive en San Francisco de Dos Ríos. Manifiesta que le profesa un gran respeto a las enfermeras. Ellas fueron las que le enseñaron las técnicas, los procedimientos y la parte administrativa de los hospitales. Cree que deberían de independizarse de los médicos porque lo de ellas es una ciencia diferente.

Al hacer una recopilación de las manifestaciones de los médicos, se pueden hacer observaciones importantes que están relacionadas con la percepción que tienen de las enfermeras. Así por ejemplo, Eduardo considera que las enfermeras más jóvenes no tienen "vocación" y que tienen menor status, razón por la cual no le ven motivo para que haya "rivalidad" entre ellas y los médicos, tratándose de que no son iguales.

Además hace responsables a las enfermeras de la "falta de involucramiento" en puestos claves porque dice "no se les han cerrado las puertas". Es decir, este problema es de ellas y no de los médicos, haciendo una invisibilización de la condición de enfermería.

Freddy, otro de los médicos, se contradice en lo que plantea. Por un lado le atribuye a las enfermeras una característica de las personas "inferiores" al decir que "la debilidad de las enfermeras es que estén supeditadas a los médicos", mientras que seguidamente pareciera que les reconoce algún tipo de poder al alegar que "las enfermeras son duras y estrictas con el manejo que le dan a los médicos". Esta situación podría deberse a los años

de experiencia de las enfermeras, quienes al alcanzar más años de experiencia, obtienen más conocimiento y cuanto más conocimiento tengan, más poder ostentarán. Este poder les propicia establecer una relación menos sumisa con los médicos.

Responsabiliza al Sistema Sanitario del tipo de relaciones que se dan entre ellos y las enfermeras y es interesante que reconozca que las enfermeras no pueden ocupar puestos claves porque antes de lo laboral, para las mujeres está el espacio doméstico, naturalizando así la división sexual del trabajo.

Roy por su lado, ve a la enfermería desde el punto de vista altruista resaltando el amor como una de las fortalezas de las enfermeras. Hace también una queja de que las enfermeras "no acatan órdenes de los médicos, especialmente cuando es recién graduado". En esta expresión, de nuevo aparece la experiencia de las enfermeras, afirmando que el conocimiento da poder, no solo para los médicos, sino también para las enfermeras.

Congruentemente con los anteriores médicos, Alex dice que las enfermeras son mandadas, son sumisas y tienen mayor experiencia en la medida que tengan más años de trabajar en determinados servicios. Sin embargo, no le da el reconocimiento a la capacidad profesional de ellas y duda si ese conocimiento es dado por la especialidad o por los estudios que han realizado.

Minor por su lado, al considerar que las enfermeras "se deberían de independizar de los médicos", está reconociendo que existe una relación de sumisión.

En cada uno de estos relatos se define desde el médico quién es la enfermera y el tipo de relaciones que se establece con ellas. De la apreciación que cada uno de ellos tenga, depende el tipo de relación que se establece entre ellos y las enfermeras. Esta relación puede ser de iguales o de sumisión y dominio. Sin embargo, en este caso, claramente se evidencia una relación de poder, en donde los médicos ostentan la supremacía.

4.2. Procesos de socialización

"El mundo de la mujer es la casa y la casa del hombre es el mundo".

Pilar Morán.

Universidad del Valle.

4.2.1. ¿Cómo me hice mujer?

En la sociedad actual nacer hombre o mujer es un hecho relevante que condiciona el desarrollo personal y social. Incluso antes del nacimiento, las expectativas familiares y sociales son diferentes según se conozca el sexo de la futura criatura. El espacio físico, la vestimenta, la forma de interactuar, será de una u otra manera según se trate de un niño o una niña. Inclusive, según Granados (2003), los juegos transmiten mensajes distintos a los hombres y a las mujeres.

Por ejemplo, los juegos de las niñas enseñan que:

- La tarea más importante es cuidar a los (as) otros (as).
- La misión fundamental de sus vidas es ser madre y comportarse maternalmente.
- La ternura y la delicadeza son parte “natural” de su personalidad.
- Siempre hay que estar bonita, hay que cuidar el aspecto físico y esconder el envejecimiento, porque es contrario a la belleza. El aspecto físico es un atributo de las mujeres, quienes deben de aprender a ser bonitas para los demás.
- Si se desea ser profesional deben de buscar carreras “femeninas”, aunque sean menos valoradas y mal pagadas.
- Se deben aprender los oficios domésticos porque son “responsabilidad” de las mujeres. Limpiar, cocinar y cuidar son algunas de las tareas importantes que deben de realizar.
- Los juegos se desarrollan en el ámbito privado: “La mujer es de la casa”.

El hecho de haber nacido mujer, significó en la vida de las mujeres enfermeras protagonistas de esta investigación, iniciar tempranamente su experiencia como cuidadora de otros y otras. Los mandatos del patriarcado se encargaron de asignarles el rol de cuidadoras que la mayoría de las mujeres hemos interpretado en la cotidianidad, un rol que se relaciona con el ejercicio de la enfermería como es el cuidar.

El aprendizaje como cuidadoras se originó desde niñas, cuando tuvieron que aprender a realizar muchas de las tareas que se asocian a la enfermería.

Sus espacios de recreación los dedicaban a los juegos con muñecas, a las cuales debían de cuidar y curar, porque la mayoría de ellas jugaban al “doctor” con sus hermanos o primos y ellas hacían de “enfermeras”, siguiendo las instrucciones de los “doctores”. Además, muchas de ellas debían de cuidar y proteger a sus hermanitos y hermanitas; tenían que cumplir con un papel que, por la división sexual del trabajo, le tocaba a las mujeres y que en ausencia de su madre, ellas lo efectuaban. Es así como lo expresa Ana:

“Me acostumbré a cuidar a mis hermanos, era la mayor de los tres, mis padres se divorciaron y mi madre tuvo que salir a trabajar y yo tenía que cuidar a mis hermanos, atenderlos cuando se enfermaban...”

La socialización femenina está enfocada a que a las mujeres desde pequeñas se les ha inculcado también como deber propio, el trabajo doméstico, el cual representa una serie de tareas mecánicas con el fin de proveer de bienestar a los y las miembros(as) de la unidad familiar y por extensión a la sociedad en su conjunto. En ese bienestar está incluido desde garantizar la alimentación, la higiene y la salud, hasta el equilibrio emocional. Cuidar de la socialización de las personas desde su nacimiento y de la armonía de sus relaciones así como de sus afectos, son otras características de esta actividad.

El sistema patriarcal⁸ en su proceso de socialización ha hecho que este aprendizaje sea dirigido especialmente a las mujeres como una obligación femenina para cumplir esas condiciones de bienestar mientras que los hombres son excluidos de esta instrucción.

Dado lo anterior, la mayoría de las mujeres participantes en esta investigación reflejan en gran medida esa vivencia diaria de la realización de los trabajos domésticos⁹ en condiciones de obligatoriedad, falta de reciprocidad, aislamiento y desvalorización, ya que es una labor que no se le aprecia por ser un trabajo que nunca se acaba, que se repite incesantemente y además, es "exclusivo de las mujeres"

"Nos esmerábamos en prepararles los alimentos y limpiar la casa para cuando ellos llegaran estuviera todo limpio y listo. Me encantaba porque sé que eso complacía a papá y me felicitaba" (Zaida)

En el proceso de socialización no solo la madre interviene en su reproducción, los hombres por su lado, tácita o implícitamente también enseñan a las mujeres a ser "mujeres" y se encargan de reforzar conductas del cómo debe ser una mujer.

Otras de las características de la condición femenina que sobresale en las participantes en este estudio son: el ser cariñosas, sensibles, maternales, buena madre, buena esposa, tener buen carácter, preocuparse por el bienestar de los otros, y cuidar a los otros; o sea, el énfasis de su atención está puesto más en las otras personas que en ellas mismas y en su propia vida. En esta situación, la vida de las mujeres se centra en el bienestar de su familia, de sus hijos y de sus parejas.

Estas actitudes son asumidas por ellas como respuesta a los mandatos de la feminidad tradicional. Al respecto, Katia dice:

⁸ El sistema patriarcal es un orden social, político, económico y cultural de poder; un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre. Esta basado en la supremacía de los hombres y de lo masculino. Es un orden de dominio de unos hombres por otros hombres. En él, las mujeres, en distintos grados, son expropiadas y sometidas a opresión, de manera predeterminada. En este orden se señala a los hombres como dueños y dirigentes del mundo – en cualquier formación social--se preservan para ellos poderes de servidumbre sobre las mujeres y los hijos de las mujeres, y se les permite expropiarles sus creaciones y sus bienes materiales y simbólicos. El mundo resultante es asimétrico, desigual, enajenado, de carácter androcéntrico, misógino y homófobico. (Glosario de términos: C.M.F)

⁹ Se definen los trabajos domésticos como el conjunto de "actividades cuyo objeto es la producción de bienes y servicios para satisfacer las necesidades de los miembros de una unidad doméstica" (Sayavedra: 1997, 5).

“Ser mujer, es estar siempre al cuidado de los otros, estar siempre presentable, de buen carácter, solícita, preocuparse por el bienestar de la gente”.

Pero el ser mujer les ha sido enseñado a través de toda su historia personal, la que se inicia antes del nacimiento. Tuvieron modelos para reproducir, figuras importantes que por su cercanía en los primeros años de vida alimentaron una parte muy importante de su proceso de formación como personas, por lo que se constituyeron en sus referentes de los comportamientos de género. Esos modelos han sido las abuelas, los abuelos, las tías, los tíos, la mamá, el papá o las personas que las criaron. A propósito, Ana cita:

“...mi madre fue probablemente mi modelo, me gustaba como era, sobretodo su abnegación”.

Por otro lado, Zaida manifiesta:

“...definitivamente mi madre fue mi primer modelo, después vinieron las amigas y las maestras”.

En síntesis se aprecia una correlación directa entre el proceso de socialización de las mujeres, tal y como se da en una sociedad patriarcal centrada en el cuidado hacia los demás, y el proceso de llegar a ser enfermera, en donde se repiten las funciones de cuidado, de proveer bienestar, de velar y estar pendiente de los demás, dicho de otra forma, a nivel laboral hay una recreación de las tareas domésticas. Esta prolongación fue identificada y aceptada como tal desde sus inicios por Florence Nightingale cuando dijo que:

“...las nuevas enfermeras, graduadas en esta escuela ofrecían al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa y al paciente la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital, la gentil pero firme disciplina de una ama de casa acostumbrada a dirigir la servidumbre” (Ehrenreich y English, 1988:104).

4.2.2. ¿Cómo me hice hombre?

Aunque se reconoce que las relaciones entre los hombres y las mujeres están cambiando, un alto porcentaje de niñas y niños continúan aprendiendo los roles genéricos que les han sido inculcados desde muy temprana edad al interior de la unidad doméstica (pensada como espacio de socialización). Es en el seno familiar donde los hombres participantes en este estudio se empezaron a formar con los estereotipos propios de su sexo, transmitidos muchas veces a través de los juegos infantiles, los cuales no son los mismos

que jugaban las niñas, como tampoco son iguales los mensajes sobre lo que se espera de los hombres y de las mujeres que transmiten esos juegos.

Según Granados, M, los juegos de los hombres encierran los siguientes mensajes:

- La acción es una parte muy importante en los juegos y por ello, la mayoría de los juegos se realizan fuera de la casa. Además, nos recuerdan que "el hombre es de la calle"
- Los juegos que desarrollan destrezas y hacen pensar son los adecuados para la inteligencia de los hombres.
- Jugando con carritos, con aviones y con trenes se viaja por el mundo, se conoce el exterior, se ensancha el mundo fuera de la casa.
- La violencia es parte de las relaciones interpersonales. Con las pistolas se aprende a enfrentar a los demás, a matarlos si es necesario. Con los soldaditos se juega a la guerra, se compite a muerte por lograr el objetivo.
- El juego de "doctor" transmite implícitamente que llegar a ser un profesional prestigioso y bien pagado es un mandato al que todo niño debe de aspirar.

Al respecto, manifiesta Eduardo:

"...recuerdo que me decían no juegue con muñecas, no juegue yaxes, no juegue con cromos, porque de eso solo las mujeres juegan, en cambio, mi papá me llevaba al fútbol, a los bares y cuando fui más grande me mandaba a las discotecas".

Los médicos entrevistados en este estudio también en su momento jugaron a ver quién era el más fuerte y audaz en ese mundo que es su casa; quién era el más hábil y valiente, el más capaz de desafiar las normas establecidas y salirse con la suya. Es decir, aprendieron a jugar a "ser hombres" y se supone que todo ello afianzó la masculinidad, tal como nuestra sociedad la percibe:

"Los juegos de nosotros los chiquillos no era de "casita", todos eran de competencias y había que ganar, sino los otros lo molestaban a uno, incluso era una forma de llamar la atención de la chiquilla que a uno le gustaba" (Freddy).

Estos médicos, en su infancia y adolescencia, fueron educados dentro de un modelo de identidad masculina caracterizado por la agresividad, la competencia, la ansiedad y la tendencia a la opresión de los demás para lograr el reconocimiento como hombres. Freddy refiere que:

"...mi padre siempre me decía que yo no me tenía que dejar, que debía de demostrar que era hombre para que me respetaran".

Además, para mantener el poder sobre los y las demás, ellos han necesitado evidencias para demostrar su hombría. Estas evidencias debían contener elementos indispensables tales como el éxito, la fortaleza, la capacidad para correr riesgos, el ser confiable y ejercer un buen control sobre sí mismo.

“Algo que a mí me enseñaron fue a no tener miedo a nada. De niño le temía a ir solo a la pulpería porque quedaba un poco largo, pero mi papá me regañaba y me decía que me iba a ser maricón si seguía con esos temores y diay, usted sabe, es más grande el miedo a hacerse maricón que a lo que le pueda pasar en la calle” (José).

Los varones son portadores de poder en este tipo de sociedad y la mayoría de los entrevistados no son la excepción, ellos son impulsados a buscarlo y a ejercerlo con las mujeres y con aquellos hombres a los que pueden dominar. Este modelo lleva a establecer relaciones de subordinación, no sólo de la mujer con respecto al hombre, sino también entre los propios varones, permitiendo masculinidades hegemónicas y subordinadas, o sea, hay hombres que dominan a otros hombres, pero es muy poco probable que una mujer ejerza poder sobre éstos últimos.

Roy dice:

“...cuando llego a pasar visita, todo debe estar limpio, no permito que el muchacho de aseo esté por encima mío pasando la escoba, él debe de saber lo que me gusta”.

Ese poder que es patriarcal lo creen “natural” y por lo tanto sin posibilidades de cambio, lo cual forma parte de la ideología sexista que justifica y legitima la opresión de las mujeres y de otros hombres.

Para algunos de los médicos consultados, la masculinidad con todas las características patriarcales es algo “natural” y/o divino, a lo que el hombre tiene derecho sólo por ser varón. Esta concepción, que apela a lo divino y a lo biológico para explicar la masculinidad, ignora que el género se construye socialmente y concibe como “natural” que el hombre sea el proveedor, el que tiene poder, el que manda, el que decide lo que se ha de hacer y dejar de hacer. Alex dice:

“Nadie lo enseña a ser hombre, eso se trae en la genética”

O como Eduardo que manifiesta al solicitarle la definición de lo que es ser “hombre”

“Somos creación de Dios”

Algunos de ellos, en su discurso reconocen que existen las diferencias de género y que éstas le dan supremacía a los hombres, así lo expresa Roy:

"...siento que la sociedad nos ha fijado roles diferentes, yo sé que como hombre hay cosas que puedo hacer y cosas que no puedo hacer, pero el ser hombre no me da el derecho de mandar, de dominar".

Sin embargo, a pesar de esa argumentación y de esa aparente toma de conciencia, a los hombres les interesa perpetuar las desigualdades genéricas, pues éstas les representa poder, privilegios y prestigio, además de dominar y controlar a un grupo entero de personas sobre quienes pueden sentirse superiores: las mujeres.

Al respecto, Freddy opina que:

"...el ser hombre representa una condición de líder en la familia, uno debe de ser un ejemplo para la familia. En el marco social, es un privilegio ser hombre".

Al igual que las mujeres protagonistas de esta investigación, los hombres entrevistados también tuvieron modelos que imitaron para aprender a ser hombres.

La mayoría relata que su padre fue una figura primordial en la formación como hombres, pero también influyeron algunos tíos, abuelos y hermanos.

"Yo quería ser como mi papá, hasta me vestía como él. A veces a escondidas me pintaba bigote para parecerme más" (Minor).

"Definitivamente yo me identifiqué con mi tío, el que es médico, yo veía cómo la familia lo respetaba, y eso me gustaba. Entonces yo veía cómo se sentaba, como hablaba, cómo vestía, y empecé a hacerlo igual que él" (Freddy).

Aunque los participantes no mencionan a sus madres como figura modelo para su masculinidad, no se debe obviar que las mujeres tienen una participación tácita activa en la formación genérica de los hombres, cumpliendo las exigencias del Patriarcado, pues a menudo se refuerzan los conceptos tradicionales sobre la masculinidad al poner de manifiesto, por ejemplo, que no pretenden que sus hijos varones ayuden en las tareas domésticas, como lo menciona Minor:

"...mi madre no me dejó participar en los quehaceres de la casa, ni siquiera me enseñó a cocinar. Eso era para mis hermanas".



La segunda fuente de modelos de masculinidad que identifican es la del grupo de amigos. Los participantes refieren que cuando eran jóvenes, pasaban mucho más tiempo con muchachos de su edad que con hombres adultos. En estos grupos gana siempre el más agresivo y violento, el que más desafía la autoridad. Y es él quien termina dando el ejemplo de una masculinidad "exitosa", porque al final con su conducta consigue lo que pretende.

“De adolescente como que la familia pasa a un segundo plano y uno empieza a imitar a los amigos y mucho más si éste es el más jugado, o el más viejillo entre nosotros porque es el que siempre gana los juegos, el que mas novias tenía, al que lo dejaban llegar mas tarde a la casa, el que fumaba y hasta sus cervecillas se tomaba, o sea, uno trata de imitar al mas desafiante” (Alex)

Al realizar un análisis desde la perspectiva de género de lo manifestado por los médicos respecto a su socialización, se puede apreciar que el patriarcado impone valores, conductas, concepciones, intereses y actitudes a hombres y mujeres de forma diferente y desigual. Estas características representativas que en su mayoría se convierten en estereotipos, inciden en el comportamiento de las personas y en sus relaciones.

El modelo de masculinidad dominante caracteriza a los hombres como personas importantes y seres activos, autónomos, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controlados, heterosexuales, proveedores, responsables, trabajadores, de la calle y jefes de hogar. Además les reprimen el mundo de los afectos y su identidad está basada en el logro. Para los hombres, el mandato fundamental es el de valorarse por los logros y la capacidad de actuar sobre su entorno.

Por oposición, las mujeres se consideran a sí mismas y son valoradas en función de los papeles que han desarrollado históricamente como madre, hija, hermana o esposa. Son ligadas al mundo de la maternidad, al mundo de los afectos. Se les fortalecen las capacidades para el cariño, los afectos, el cuidado y la conciliación entre los seres queridos.

La intimidad, la vida privada y el mundo de esas relaciones afectivas suele ser vivido por las mujeres como su espacio de poder. El mandato fundamental sigue siendo el de ser cuidadoras emocionales y físicas de los demás, especialmente del futuro núcleo familiar, lo que significa que se le exalta la función de cuidadora. Además son juzgadas más por la apariencia física y moralidad que por los logros conseguidos.

Las figuras que se imitan mientras se forma la identidad de género y que enseñan a ser “hombre” o “mujer”, son parte vital de la historia de vida de las personas.

Las abuelas, los abuelos, las tías y los tíos, la mamá, el papá o las personas que nos criaron son representaciones importantes por la cercanía con nuestros primeros años de

vida. Ellas y ellos alimentaron una parte muy significativa de nuestro proceso de formación como personas, por lo que se constituyeron en el referente de los mandatos de género.

En este proceso de socialización, se transmiten códigos de comportamiento y valoraciones de desigualdad, que tanto hombres como mujeres interiorizamos, enseñándonos que era lo "natural" comportarnos de esa manera.

Estas identidades no solo se construyen en la infancia, se siguen construyendo en lo cotidiano, día a día y se van significando y resignificando en forma constante en función de las relaciones consigo mismo(a), con los otros, con las otras y con la sociedad.

Las mujeres y los hombres, protagonistas de este estudio y que ahora son profesionales, también fueron socializadas(os) de esta manera. Adquirieron esos valores y establecieron relaciones de poder, de desigualdad y de discriminación y tratan de cumplir con el ideal que significa "ser mujer" y "ser hombre".

Es así como la socialización de género masculina y femenina se conjuga y entremezcla para devenir en una relación entre las personas, muchas veces impregnadas de violencia, las más de las veces sin noción clara por parte de muchos de ellos y ellas.

4.3. El cuidar y el curar como características genéricas relacionadas con la elección de carrera

"El médico a la herida y la enfermera al herido".

Guiomar Dueñas Vargas
Universidad de Texas

La acción de cuidar es tan antigua como el mundo. Y, probablemente, exista coincidencia en que la historia de la enfermería, en buena parte, es la historia de los cuidados. Desde siempre las sociedades, en las distintas culturas, se han "cuidado" para adaptarse al medio y garantizar su supervivencia. Ello está en la base de la profesionalización de esos cuidados.

A pesar de ello, la función de cuidar ha quedado en un segundo plano en contraposición a la función de curar, rol ampliamente reconocido tanto en el campo social como en el laboral.

Probablemente la razón por la cual el cuidado haya estado relegado a un segundo plano en la actividad sanitaria se podría encontrar en el hecho de que el cuidado, tanto el informal como el formal, ha estado a cargo de la mujer. No se debe olvidar la influencia de los valores de la sociedad victoriana del siglo XIX en la cultura occidental. En la sociedad de aquel momento (como en gran parte sucede hoy, desgraciadamente), la mujer estaba sometida al hombre y las relaciones de sexo/género estaban basadas en la relación de poder que, tradicionalmente han ejercido los hombres. En ese ejercicio del poder, quedaba menospreciado el valor del cuidado que estaba en manos de las mujeres. Quizás

por eso, la tarea de cuidar, que tenía (y que continúa teniendo) una dimensión humana y no tanto científica, no ha sido valorada socialmente.

En ese contexto, los avances que se han producido en la medicina (salvo alguna excepción), han sido protagonizados por los hombres; quienes, además, han propugnado un modelo del saber "médico", en el que no había espacio para la mujer, que, al amparo de las concepciones morales fue relegada a tareas que el hombre no estaba dispuesto a asumir.

Las relaciones de poder imperantes en la época victoriana se trasladan del ámbito social al ámbito de la salud, produciéndose una jerarquización que ha perdurado a lo largo del tiempo y que se hace evidente cuando se adoptan actitudes que tienen que ver con el ejercicio de ese poder, por quienes ostentan la supuesta supremacía del conocimiento de las ciencias de la salud. Aún en la actualidad persiste esa cultura del poder en nuestro sistema de salud, el cual es ejercido por hombres médicos sobre mujeres que ejercen una profesión históricamente femenina.

El cuidar a una persona, se ha visto como un acto de abnegación, como un acto "femenino", o como una cualidad y como tal es poco valorizado en el campo social y en el campo de la competencia. Katia comenta que:

"Yo pienso que para ser enfermera hay que nacer, porque se necesita que tengás mucho amor y abnegación por los pacientes para poderlos cuidar y somos generalmente las mujeres las que poseemos esas cualidades (...) Los médicos no reconocen nuestro trabajo porque a ellos les falta sensibilidad"

Por su lado, Ana dice:

"A mí lo que me importa es chinear al paciente, cuidarlo, que no le haga falta nada, aunque al final nadie te reconoce tu trabajo".

En nuestra sociedad patriarcal, para cuidar bien se requiere principalmente tener buen corazón, capacidad de entrega, abnegación y vocación, virtudes supuestamente del género femenino y que se visibilizan en la mayoría de las enfermeras. Al respecto, Rosa manifiesta:

"Para ser buena enfermera se necesita ser muy sacrificada, caritativa, generosa y tener vocación, las que no tienen eso, no tienen cabida dentro de la enfermería. Por dicha son pocas las que no tienen buen corazón para dedicarse a los enfermos".

Estas características son aprendidas y, en general, es a través del juego que las enfermeras entrevistadas aprendieron a cuidar a otros. Al jugar de "doctor", reviven sus propias vivencias de las responsabilidades tempranas que les fueron impuestas por su familia, experimentando conductas que el patriarcado ha definido como femeninas.

"A mí me gustaba más jugar de doctor que de casita, los enfermos eran mis hermanos y yo los cuidaba"
(Vivian).

Sin embargo, la mayoría de ellas aprendieron el oficio de cuidadoras, mediante el desempeño de múltiples tareas relacionadas con el bienestar de otras personas de la familia. El cuidado apareció en sus vidas y se instaló definitivamente en su cotidianidad e influyó de manera significativa en su elección de carrera profesional.

Al respecto, Ana cita:

"Me acostumbré a cuidar hermanos, yo era la mayor de todos y mis padres se divorciaron cuando yo tenía 8 años, mi madre tuvo que salir a trabajar y yo tenía que cuidar a mis hermanos y atenderlos cuando se enfermaban. Creo que ahí me empezó a gustar el cuidar a otros".

En otros casos, las tareas de cuidado implicaban la supervisión de la educación de los hermanos:

"Como mi mamá llegaba tarde del trabajo, yo me encargaba de que ellos hicieran las tareas, a veces ni me acordaba de lo que estaban aprendiendo y salía corriendo donde las vecinas para que me ayudaran a explicarles a ellos" (Marielos).

En la infancia y adolescencia de estas enfermeras, el cuidado también se extendió a otros miembros de la familia, como a los y las sobrinas(os) e incluso a los papás:

"Yo me hice experta cuidando niños, cuidaba a mis hermanitos y también a los hijos de mi hermana que también trabajaba. Eso era como un kinder" (Rosa).

En la historia del surgimiento de la Enfermería se habla de que una de las razones para que las enfermeras se quedaran en los hospitales era para que se dedicaran a las actividades que el médico no podía realizar por falta de tiempo, debido a que su principal función era curar, pero no cuidar. Aún hoy, ese concepto se mantiene:

“El médico tiene una relación más distante con los pacientes, porque vivimos muy ocupados. En cambio, la enfermera está más en contacto directo con el paciente, tiene que vivir un poco más la humanidad del paciente, los dolores, los sufrimientos, los problemas personales, que al fin y al cabo es parte del cuidado que ella tiene que hacer. Ella por el apostolado de su profesión le toca vivir eso con el paciente, nosotros apenas tenemos tiempo para valorar la evolución y prescribir el tratamiento para su curación” (José).

A pesar de que las mujeres por práctica milenaria han tenido como una de sus obligaciones principales el curar en el ámbito privado o doméstico, con lo aprendido de otras mujeres por tradición oral, su saber ha sido utilizado por los otros, pero no se ha reconocido como tal. Se dice que saben curar “por naturaleza”, “por instinto”, lo que no implica para ellas ningún proceso mental.

Para desvalorizarles el conocimiento, en la Edad Media el poder médico-religioso argumentó que las mujeres eran tentadas por el demonio y por ello sabían curar, por lo que podrían ser hechiceras o brujas, causantes de muchos males sobre los hombres.

En los siglos XIV y XVI las sospechosas de brujería en el norte de Europa fueron sobre todo mujeres¹⁰.

Se consideraba que solamente a través de pactos sexuales con el diablo era posible que algunas mujeres destacaran en su saber y que supieran pensar. Según Ehrenreich, Bárbara y D. English (1981:14), los argumentos comunes de esa época eran que:

“Si la mujer piensa sola, tendrá malos pensamientos”.

“(...) Una mujer que tiene la osadía de curar sin haber estudiado es una bruja y debe de morir”.

Desafortunadamente, y como producto de esta persecución contra las mujeres que curaban, los médicos lograron el monopolio del saber curativo. Solamente la partería siguió en manos de las mujeres, ya que era considerado oficio impuro y de segunda categoría.

¹⁰ E. Roysten Pike da la cifra de 300.000 mujeres asesinadas en Europa entre los siglos XIV y XVI. Los linchamientos trataron de acabar con la sabiduría de las mujeres. Según Riquer los saberes femeninos sobre la aplicación curativa de plantas y flores se opusieron al nuevo saber de los médicos varones. Citado por Riquer, Florinda, 1989:349-350

Por otro lado, el curar a una persona, trasciende al acto de cuidar. El acto de curar implica conocimiento y poder por lo tanto quien lo ejerce es la persona que tiene el conocimiento, el que tiene la verdad, el que tiene el poder, el que tiene el saber y en nuestra sociedad patriarcal todas estas virtudes las poseen los hombres; en este caso, los médicos. Son los médicos quienes han asumido la toma de decisiones en el proceso terapéutico, mientras las enfermeras asumen el cuidado.

Es la medicina una de las profesiones más valoradas, por lo tanto, la función de curar tiene un reconocimiento social muy alto, lo que hace más atractiva a la profesión, así lo manifiesta José:

“Si sos médico, todo el mundo te respeta. Imagínate que hasta cuando voy a la pulpería cercana a mi casa, ¡el pulpero me atiende de primero!”

Roy coincide en lo expresado anteriormente y manifiesta:

“Con el solo hecho de decir que soy médico, soy aceptado en cualquier grupo social”.

Igualmente opina Alex:

“La medicina es una carrera larga, difícil y humana. Todo esto coloca al médico en un nivel de reconocimiento social muy alto”

Asimismo, el reconocimiento social de que son objeto los médicos, los hacen creer que su nivel intelectual está por encima de los demás profesionales, Minor lo ilustra muy bien al decir:

“Nosotros los médicos tenemos muchísima más preparación académica, por eso trabajamos con las vidas. Esta preparación nos hace únicos en la sociedad”

Esta afirmación es errónea debido a que si comparamos, desde el punto de vista académico, a la medicina con la enfermería, se aprecia que ambas carreras otorgan el mismo grado académico, al finalizar el y la estudiante el plan de estudios, o sea, uno y otra obtienen el título de Licenciados(as).

Probablemente Minor por desconocimiento de lo que es la preparación de la enfermera es que se atreve a hacer tal aseveración. Es cierto que dentro de los curriculums se comparten ciertas materias, pero no se debe de olvidar que los enfoques son diferentes, tratándose de que son dos carreras diferentes, pero no por eso menos importante una de otra.

Igualmente se sobrevalora José al decir que:

"El médico representa el ideal de persona, con intereses altruistas y gran capacidad intelectual. No existe una sociedad en la cual el médico no sea idealizado".

Todos estos elementos expresan lo que la sociedad ha hecho creer de los médicos, y ellos también se lo han creído.

Es principalmente a través de los mensajes familiares, que los participantes en el estudio toman su decisión de ser médicos:

*"Tal vez, inconscientemente mi familia influyó en mi decisión, porque en ella hay muchos médicos".
(Eduardo).*

"Desde pequeño he estado rodeado de libros de medicina, porque mis padres son médicos" (Alex).

"En mí influyó un tío mío que es médico. Él es una persona estudiosa, dedicada, muy aceptada y gustada en la familia y yo quería ser como él" (Freddy).

La socialización primaria, por su parte, también intervino en esa disposición:

"Yo me acuerdo que de niño jugaba con mi hermano de "doctor" y abríamos ranas. De hecho, mi hermano ahora también es médico." (Fredy)

Esta misma socialización no solo influyó en la opción vocacional de ellos, sino también, en la objetivación del cuerpo de las mujeres, y en el ejercicio de la violencia contra las mismas, en este caso de las enfermeras, lo que se ilustra claramente con la expresión, que en tono de travesura y jocosidad hizo Roy:

"Me gustaba jugar al doctor pero solo con la chiquilla que me gustaba, porque con el cuento de examinarla, la podía tocar".

Al hacer el análisis de la forma en que la socialización interviene tanto en la construcción genérica como en la escogencia de carrera, se puede considerar que la cultura patriarcal fomenta en las mujeres la satisfacción del deber de cuidar, convertido en "deber ser", natural de las mujeres y, por lo tanto, en un deseo propio. Desde esta perspectiva, la condición de cuidadoras gratifica a las mujeres afectiva y simbólicamente.

Dice Marcela Lagarde (1997) que el "cuido es descuido", razón por la cual los hombres no consideran valioso el cuidar porque, de acuerdo con el modelo predominante, significa descuidarse: Cuidar implica usar tiempo en la relación cuerpo a cuerpo y

subjetividad a subjetividad con los otros y otras, dejar sus intereses, usar sus recursos, bienes y dinero en otras personas, dejar de ser el centro de su vida, ceder ese espacio a los otros y otras y colocarse en posición subordinada frente a los otros y otras. Todo ello porque en la organización social hegemónica cuidar significa "ser inferior", nos habla de las prácticas invisibles, de la desvalorización y de las enfermeras; mientras tanto, curar significa ser superior, nos remite al tratamiento, a la legitimación científica y a los médicos.

Ante esta realidad se impone el reto de iniciar procesos de sensibilización, de revisión de la historia para revalidar la perspectiva del cuidado desde el significado y el valor que tenía antes de los inicios del Patriarcado; en donde el cuidar tenía un valor social, un valor comunitario, tenía prestigio, eran mujeres sabias quienes lo ejercían y tenían una posición social reconocida en su comunidad.

El acto de cuidar implica la reflexión, la integración de creencias y de valores, el compromiso y responsabilidad con otras personas, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición. No obstante a todos los elementos que conlleva, es una labor no valorada en su verdadera dimensión

Desde esta perspectiva, el cuidar es también curar, por lo tanto, ambas acciones deben de estar en una misma categoría de valoración.

Se debe de visualizar y valorar el aporte de las mujeres al desarrollo y bienestar de los otros (as) en el llamado "cuidado". Debe de haber un reparto equitativo del cuidado en la comunidad, en particular entre mujeres y hombres, así como entre sociedad y Estado. Y, es necesaria la resignificación del contenido del cuidado como el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona y de cada mujer, esté basada en el ejercicio y respeto de sus derechos humanos.

FORMACIÓN PROFESIONAL

5.1. Especificidad de la carrera

La especificidad de la profesión, se entiende como la adaptación a la realidad de la carrera, que favorece la motivación por parte del estudiante y asegura el desarrollo de acuerdo con la demanda profesional del mercado laboral.

Los datos obtenidos en el estudio de campo realizado en el año 2016, de la Universidad de Costa Rica, muestran que en el área de las Ciencias Exactas las carreras representaron el 30.9%, en el área de Ingeniería el 21.2%, en el área de Ciencias Sociales el 27.2%, en el área de Artes el 14.5% y en el área de Ciencias de la Salud el 7.9%.

CAPÍTULO V

FORMACIÓN PROFESIONAL

La formación de una carrera profesional se estructura en los siguientes niveles: la formación general, la formación específica, la formación profesional y la formación de valores.

La formación de valores se refiere a la formación de actitudes y valores que favorecen el desarrollo de la carrera profesional y la vida personal.

Las carreras profesionales se estructuran en los siguientes niveles: la formación general, la formación específica, la formación profesional y la formación de valores.

De esta manera, se da la formación de la carrera profesional, que incluye la formación general, la formación específica, la formación profesional y la formación de valores.

En consecuencia, los datos obtenidos en el estudio de campo realizado en el año 2016, muestran que en el área de las Ciencias Exactas las carreras representaron el 30.9%, en el área de Ingeniería el 21.2%, en el área de Ciencias Sociales el 27.2%, en el área de Artes el 14.5% y en el área de Ciencias de la Salud el 7.9%.

"No me gusta mucho la carrera, pero voy a seguir porque es lo que me gusta hacer y lo voy a aprovechar al máximo."

"Cuando yo voy a la universidad me siento muy bien, pero me gusta mucho hacer lo que me gusta hacer y lo voy a aprovechar al máximo."

Finalmente, la formación de valores se refiere a la formación de actitudes y valores que favorecen el desarrollo de la carrera profesional y la vida personal.

FORMACIÓN PROFESIONAL

5.1. *Escogencia de la carrera*

La elección de la profesión, se encuentra asociada estrechamente a la identidad de género, que favorece la escogencia por parte de hombres y mujeres de carreras de acuerdo con la división tradicional del trabajo por sexo.

Así por ejemplo, en el I ciclo del curso lectivo del año 2000, de la Universidad de Costa Rica, destaca que en el área de las Ciencias Sociales las mujeres representan el 59.9%, en el área de Ingeniería el 28.2%, en el área de Ciencias Básicas el 39.2%, en el área de la salud el 54.5% y en el área de Artes y Letras el 62.4% (U.C.R., 2000).

La razón de estas diferencias en la elección de las especialidades se sustenta en las menores capacidades de las mujeres para el estudio en las ramas técnico-científicas, en especial para las matemáticas, la química y la física y sus mayores habilidades para las letras y las actividades manuales.

La socialización de género les va indicando desde pequeñas el camino hacia donde deben de dirigir sus aspiraciones y proyectos de vida.

Las carreras mayoritariamente escogidas por las mujeres, socialmente son valoradas a un nivel más bajo que las escogidas por los hombres y, frecuentemente se encuentran bajo el dominio masculino.

De esta manera se da la feminización de la Enfermería, creando un estereotipo profesional que la vincula a prácticas de servicio familiar, cercanas a los oficios domésticos.

Así, para las participantes en esta investigación, la elección no fue difícil debido a que para ellas no supuso ninguna ruptura con sus roles tradicionales. Ester menciona que:

“No me costó tomar la decisión, porque era algo que yo sabía hacer y lo más importante es que me gustaba”.

“Cuando yo entré a la U, quería estudiar agronomía, pero mi familia me convenció de no hacerlo, me dijeron que eso no era para mujeres” (Vivian).

Igualmente, la mayoría de los médicos consultados, manifiestan que nunca pensaron en la Enfermería como su futura profesión:

“Nunca se me hubiera ocurrido estudiar Enfermería, me parece que para eso se necesita vocación maternal y eso no lo tenemos los hombres” (Alex)

Al contrario de las enfermeras, esta carrera no constituye el lugar “natural” de ellos. Además que el trampolín social de ellos es pensado desde un horizonte más amplio.

5.2. El significado de ser enfermera

De acuerdo a lo mencionado por la mayoría de las participantes, se aprecia que el significado de ser enfermera está dirigido más que nada a la satisfacción personal obtenida por el cuidado a los demás:

“Es lo más hermoso que me ha pasado, claro, es una carrera llena de sacrificios, de ver mucho dolor, de sentirse muchas veces humillada, de renuncia, de noches en vela, pero es tan grande la recompensa cuando ves a las personas mejorar por los cuidados que les he dado...” (Marielos).

Otras se llenan con el reconocimiento, la valoración y la gratificación subjetiva de esa relación interpersonal dada entre la enfermera y la persona:

“...las personas te buscan porque te tienen confianza, entonces lo que usted diga como enfermera son santas palabras y eso a uno lo llena mucho porque cuando la gente te tiene confianza, te levanta la autoestima y yo como enfermera me siento realizada” (Lucía)

Para otras, el ser enfermera está muy relacionado a la entrega abnegada y sacrificada hacia otras personas:

“Una enfermera es aquella persona que está a la par de la cama de un enfermo ayudándole espiritual y físicamente” (Ester).

Algunas opinan que ser enfermera es asumir un trabajo que se ha caracterizado por ser constante, continuo y sobrecargado, lo que se ilustra con la siguiente manifestación:

“Una enfermera debe de tener mucha energía porque nosotras tenemos muchas funciones, yo creo que somos las que más trabajamos dentro del hospital, una sale como loca cuando termina el turno” (Gloria).

La productividad de las enfermeras se demuestra en el trabajo por el hacer constante, por su sentido de la urgencia y por la necesidad de estar constantemente ocupadas. Tipo de trabajo pocas veces valorado, calificado por la sociedad "de sencillo, de poco valor y mucho menos complejo que el de los médicos".

Llama la atención que al analizar las manifestaciones de las enfermeras, se aprecia una gran identificación con el rol social femenino y aún, sin que se pueda corroborar empíricamente, muchas reafirman su identidad profesional más por el hecho de ser mujer que realmente por ser profesional.

El hecho de que las mujeres sean educadas y socializadas de manera diferente al hombre, provocan juicios valorativos hacia su desempeño profesional y científico en el sentido de que ellas mismas le dan poca credibilidad a sus actividades, por lo que se desprende que las enfermeras tampoco valoran el significado del cuidado que brindan.

5.3. El significado de ser médico

Para algunos de los entrevistados, el ser médico es trabajar con vidas, es el poder incidir y hasta decidir sobre la vida de los otros, es tener el "poder" sobre la vida y sobre la muerte:

"Imagínese, si trabajamos con vidas, ¡qué gran significado puede tener!" (Jorge)

Ellos se identifican con el ejercicio de la sanación, el cual es un ejercicio de poder vertical ya que solo él es el que posee los conocimientos para sanar a otros y otras, no se visualiza una participación conjunta, de los otros(as) con él, invisibiliza el trabajo en equipo, olvidando que el médico no puede curar solo:

"Ser médico es tener los conocimientos suficientes para poder sanar" (José)

Para otros pocos, significa servir a los demás y ayudar al prójimo. Así lo manifiesta Freddy:

"Es una posibilidad de servicio".

O como lo dijo Roy:

"Es una gran oportunidad de superarme y a la vez ayudar a los demás y de estar más cerca de la gente".

Sin embargo, el ideal altruista es reprimido cuando entran a un sistema de salud, en donde ellos se tienen que adaptar a las presiones del grupo y a las demandas de la

institución, por lo tanto, queda en la nostalgia ese sentimiento de entrega. Minor expresa al respecto:

“Yo creo que muchos entramos a trabajar con el interés genuino de darnos a los pacientes, pero al llegar a las instituciones, nos absorbe el sistema, en donde nos piden un nivel alto de eficiencia, o sea, un #de consultas por hora, un #de cirugías por mes, un #de partos por mes, un # de cesáreas por mes, un # de procedimientos por mes, un # de pacientes por hora, porque eso aumenta las estadísticas que es lo que le interesa a la institución, por lo tanto, al médico no le queda tiempo para ayudar integralmente a los pacientes, solo para prescribir tratamiento y cumplir las expectativas de las instituciones”.

Las manifestaciones anteriores, dadas por los participantes en el estudio, nos demuestran que el significado de ser médico se centra precisamente en todos los elementos de una construcción masculina estereotipada: tener siempre la verdad, tener los conocimientos, ser fuerte, competente, omnipotente, tener dominio sobre otros y otras, sobre la vida, sobre la muerte y sobre los cuerpos de otras personas.

5.4 Percepción de la formación profesional.

La percepción sobre la formación profesional que tienen las participantes en esta investigación está dada en varias dimensiones. En lo que se refiere a los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, la mayoría coincide en que éstos son buenos y suficientes, pero que en realidad ellas aprendieron a desenvolverse en su profesión, dentro del contexto hospitalario una vez graduadas. Así lo dice Rosa:

“En la Escuela de Enfermería nos dan un barniz, pero creo que yo aprendí a ser enfermera ya dentro del hospital, trabajando”.

Al respecto, Katia comenta:

“Creo que en conocimientos prácticos y teóricos nos dan los suficientes”.

Ana, por su lado, es más amplia en su comentario y dice:

“Uno aprende a ser enfermera al tiempo de estar trabajando, después de un montón de porrazos, como de 5 años talvez de porrazos y trompicones usted va

agarrando experiencias porque ya le tocó vivirlas a punta de empellones, pero no debe de ser así, usted debe de salir de la Escuela de Enfermería siendo una verdadera profesional”.

Algunas de ellas consideran que es incongruente la preparación que se les da en la U, con las funciones que deben de desempeñar una vez ya graduadas y que son lo que el sistema espera de ellas. Al respecto expresan:

“Después de que saqué el Bachillerato en Enfermería yo me sentí sinceramente incapaz, yo no sabía lo que estaba haciendo. No sabía cuál era mi rol, me fue muy difícil entender en realidad lo que tenía que hacer, lo que me enseñaron en la U era muy diferente a lo que se me pedía en el hospital. Había un montón de auxiliares de enfermería y de asistentes de pacientes de las cuales yo tenía que ser la jefe y yo me había hecho una concepción muy diferente de lo que era ser enfermera. Yo creía que era estar al lado de un enfermo cuidándolo y cuando me doy cuenta que en realidad tengo que llegar a un salón a manejar a un montón de gente extraña para mí y que lo menos que hacía era estar junto a los enfermos. Sentí que yo no servía para eso, me sentí desorientada, frustrada, incapaz, además yo no sabía cómo hacerlo. Debía ser líder, pero nunca me sentí como tal, porque en realidad para que usted sea líder tiene que tener conocimiento...” (Marielos)

Es importante resaltar que la mayoría de las entrevistadas manifiestan que en los planes de estudio de la Escuela de Enfermería existen muchas materias que no son de la disciplina propiamente dicha, lo que hace que la enfermería abarque una amplia gama de conocimientos que las capacita mejor para ejercer sus funciones, como lo explica Lucía:

“Yo me siento muy orgullosa de la carrera, porque a nosotras nos dan muchos conocimientos de todo, nos dan de psicología, de nutrición, de medicina, de sociología, de biología y de otro montón más, entonces sabemos de todo un poco, sin embargo, no son tan importantes, o no los utilizamos a la hora de ejercer la profesión”. (Vivian)

Esta manifestación claramente evidencia que los conocimientos que se dan en la formación de las estudiantes no se introyectan de forma integral, es decir, adquieren un conocimiento fraccionado. Esta situación podría tener varias causas, tal vez no se insista en

la integración de todo lo aprendido en el momento de hacer los análisis o podría ser que cada educador y educadora se limite a su materia obviando lo que los y las otras(os) están enseñando. Esto hace que las estudiantes no sepan después que hacer con todo el conocimiento adquirido.

Otras contrariamente, consideran que la educación formal de la enfermería, se ha basado en el aprendizaje repetido, el entrenamiento y la experiencia más que en las ideas y el conocimiento.

“En la escuela (de Enfermería), lo más importante es la técnica, en eso sí salimos expertas, y cuando llegamos a trabajar al hospital, entre más tiempo tengamos de trabajar, mejores enfermeras somos, porque hemos realizado ya los procedimientos montones de veces” (Zaida.).

Lo mismo opinan los médicos sobre la función de las enfermeras:

“A las enfermeras jóvenes les falta la experiencia en las técnicas, que es capital para su labor, cosa que le sobra a la enfermera vieja, quien ha adquirido las destrezas técnicas, que son una ventaja para los pacientes y para los médicos” (Minor).

Esto ha hecho que las enfermeras dependan del modelo médico, más que a hacer uso de su poder basado en la formación conceptual, técnica e interdisciplinaria.

“A veces yo me cuestiono la diferencia entre las auxiliares y yo. Hacemos lo mismo, solo que a mí me dicen jefe y los médicos me buscan a mí para darme las indicaciones, pero en lo demás somos iguales porque lo que hacemos es seguir las instrucciones de los médicos, prácticamente nuestro trabajo es cumplir las indicaciones médicas” (Rosa).

El mantenerse desarrollando técnicas y procedimientos, más que liderando, dirigiendo y planeando los cuidados de enfermería, ha sido una de las causas por la que Enfermería ha asumido un rol subalterno:

“Nosotras una vez que nos hemos graduado, no tenemos necesidad de seguir estudiando, porque lo único que ocupamos es hacer procedimientos y éstos son indicados por los médicos” (Ester).

Según la percepción de algunas de las entrevistadas, su formación como enfermeras ha sido básicamente para pensar en ellas mismas como colaboradoras de los médicos, en ejecutoras de las órdenes médicas y en implementar las políticas y normas de los hospitales, lo que da como resultado una función no congruente con los estudios realizados. Ester dice:

“De estudiantes cuando vamos a práctica clínica, lo que hacemos principalmente es aprender técnicas, ayudarle a los médicos en los procedimientos que ellos hacen y ayudarle significa pasarle pinzas o gasas y después lavar lo que él ensució, cumplir lo que ellos han indicado para los pacientes y estar al tanto de las diferentes normas que existen en cada servicio”.

Lucía, por su lado, comenta:

“Yo no sé por qué a nosotras no nos invitan a las sesiones médicas que hacen en los hospitales, ahí se aprende mucho. A los estudiantes de medicina y de otras disciplinas sí los invitan, o por lo menos se deberían hacer sesiones de enfermería, pero donde participen también otras disciplinas, para tener un conocimiento más integral”.

Todas recomiendan las especialidades en Enfermería y expresan que tener más conocimiento les va a dar mayor poder y autonomía:

“...cuando yo terminé la especialidad, me sentí en otro mundo, porque yo salí de ella sabiendo mucho sobre mi campo, tenía conocimiento y para mí tener conocimiento me genera poder, me genera autoridad, me genera liderazgo. Uno sabe lo que está haciendo, sabe lo que va a hacer, sabe lo que debe de hacer y lo hace bien porque además le gusta lo que hace” (Ana)

Por otro lado, Gloria manifiesta:

“Deberían de darnos especialidades, para saber lo que estamos haciendo. Uno como enfermera sin especialidad llega a un servicio y con el tiempo aprende informalmente todo el teje y maneje de alguna especialidad y hasta los gustos de los médicos y cuando ya se sabe todo, lo cambian de servicio y otra vez a empezar a aprender y a pasar vergüenzas, esto no es justo”

Es importante resaltar que todas las entrevistadas cuestionan la incoherencia mostrada por algunas de las profesoras entre lo que enseñan y lo que hacen, por ejemplo, Vivian dice:

“Cuando yo estaba en la Escuela de Enfermería, ellas (las profesoras) me hablaban de ser líder, de sentirme una verdadera profesional, de que era igual a los

demás profesionales de la salud, de que teníamos que romper el mito de que la enfermera era la empleada del médico, y de un montón de cosas más, pero cuando íbamos al hospital con la profesora, ella pasaba visita con el médico y le iba alcanzando los expedientes que él iba ocupando para que el médico no se agachara, le llenaba las recetas para que el médico solo tuviera que firmarlas, entonces nosotras nos confundíamos, no nos parecía que eso era romper mitos, y muchas aprendimos que eso era ser una buena enfermera”.

La educación en enfermería ha tenido una larga historia de conformismo y una actitud sin cuestionamientos. Katia opina al respecto:

“...pero nos reprimen en muchas cosas. No nos enseñan a ser críticas, en el proceso educativo la que no está de acuerdo en algo tiene que callarse, porque hay que aprender a sobrevivir en la Escuela de Enfermería”.

Rosa por su lado comenta:

“Sí me hubiera gustado poder cuestionar las cosas. Por ejemplo, en la Escuela de Enfermería nos decían que el cielo era rojo y todas como en misa; nadie se atrevía a cuestionar a la profesora, y creo que eso nos hace mucho daño porque en las reuniones del hospital con otros profesionales uno practica lo que aprendió en la escuela (de enfermería) y por supuesto que se queda callada y ve cómo hablan los demás y pueden criticar y cuestionar, nosotras somos las más calladas y todo lo que nos dicen lo aceptamos como la única verdad”.

Las manifestaciones de las entrevistadas hacen ver que la educación en Enfermería reprime la curiosidad y la crítica, que no estimula el debate y que no desarrolla estas cualidades en las estudiantes, pero tampoco las refuerza en aquellas que mostraron capacidad para desarrollarlas y en su lugar se fortalecen el no cuestionamiento y la conformidad.

“En la escuela (de enfermería) si uno se atrevía a cuestionar a alguna profesora se constituía en una amenaza para ellas y ya era etiquetada de rebelde y malcriada” (Vivian).

Según mencionan algunas de ellas se les refuerza mucho la abnegación y entrega hacia las personas enfermas, incluso las enseñan a postergar las necesidades propias frente a las necesidades de los y las enfermas(os).

“Yo pienso que nos enseñan tanto a darnos al paciente, que desde los primeros años uno aprende a dejar de lado las necesidades propias. Era común que de estudiante, nos quedáramos sin desayunar o sin almorzar porque nos enseñaban que hasta que termináramos con el paciente, podíamos ir a lo de nosotras” (Marielos).

También es notorio lo que expresan en cuanto a la disciplina que les fomentan durante sus años de estudios, la cual califican como muy militar, muy reglamentaria y llena de normas:

“A veces uno se siente como en una academia militar, todo es una disciplina, todo es un orden, todo es con técnicas estrictas. El uniforme debe de ser impecable, bien pulcro. Se fijan (las profesoras) si los zapatos están bien limpios, que el pelo debe de ir bien recogido, las uñas sin esmalte y cortas, no se deben de llevar alhajas y ni se diga de la puntualidad; y eso que dicen que las profesoras ahora son más abiertas que antes, porque yo tengo compañeras que me cuentan que antes les revisaban hasta el brasier y el blumer para comprobar que fueran blancos y que estuvieran limpios. Yo creo que solo con las estudiantes de enfermería pasa eso” (Katia).

Esta formación recibida por las estudiantes tiene su explicación, tanto en los procesos de socialización, como en el contexto histórico del desarrollo de la Enfermería, en donde las raíces militares y la connotación religiosa intervinieron directamente en su surgimiento y desarrollo actual. Existen elementos que se han heredado de estas raíces, lo que ha hecho que la Enfermería sea enseñada de una manera casi rígida, tal es el caso de lo anteriormente expresado por Katia.

A su vez, en toda formación formal juega un papel muy importante el currículo oculto, que es el conjunto de normas y valores inconscientes y que se reflejan en las conductas; por lo tanto, estas conductas son aprendidas y se perpetúan en las instituciones educativas a través de los contenidos y sobre todo de los comportamientos, actitudes, gestos y expectativas diferentes del personal docente respecto a los y las estudiantes.

Una vez más las características sociales femeninas son reproducidas por el modelo de educación formal, actuando éste como una institución del patriarcado encargada de reproducir los mandatos.

RELACIONES DE PODER EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Investigación realizada en el ámbito de la práctica profesional, desde la perspectiva de las profesiones, con énfasis en el ejercicio del poder y en la construcción de género. Investigadora: Ana Paredes (1979, 2012).

El poder constituye un recurso y produce a los sujetos en una práctica que impone el cuerpo social, las acciones colectivas que se construyen en espacios de disputa, en espacios de negociación, en otros de subordinación, entre y durante las prácticas y acciones.

CAPÍTULO VI

RELACIONES DE PODER EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Este capítulo se centra en el análisis de las relaciones de poder que se construyen en la práctica profesional, desde la perspectiva de las profesiones, con énfasis en el ejercicio del poder y en la construcción de género. Investigadora: Ana Paredes (1979, 2012).

Además de la perspectiva de género, se analiza el poder en la práctica profesional desde la perspectiva de las profesiones, con énfasis en el ejercicio del poder y en la construcción de género. Investigadora: Ana Paredes (1979, 2012).

Además de la perspectiva de género, se analiza el poder en la práctica profesional desde la perspectiva de las profesiones, con énfasis en el ejercicio del poder y en la construcción de género. Investigadora: Ana Paredes (1979, 2012).

6.1. Conceptos de las categorías y análisis de las profesiones

Este capítulo se centra en el análisis de las relaciones de poder que se construyen en la práctica profesional, desde la perspectiva de las profesiones, con énfasis en el ejercicio del poder y en la construcción de género. Investigadora: Ana Paredes (1979, 2012).

RELACIONES DE PODER EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Innumerables situaciones se enmarcan dentro del ambiente hospitalario, donde las relaciones entre los y las profesionales son dictadas por el ejercicio asimétrico del poder y por las diferencias de género. De acuerdo con Foucault (1979, 71):

“...el poder constituye, atraviesa y produce a los sujetos; es una fuerza que recorre el campo social, los espacios cotidianos que se convierten en espacios de guerra, en espacios estratégicos; en ellos los enfrentamientos, luchas y tensiones son constantes y aparentemente sin sentido. El poder es lo que pulsa toda relación, desde la cotidianeidad de las interrelaciones subjetivas, en la producción y reproducción social de la realidad”.



Esto se torna visible en los acontecimientos vivenciados cotidianamente por las enfermeras y los médicos, quienes, la mayoría de las veces en vez de realizar un trabajo en equipo multidisciplinario, priorizan su conducta como la más importante, mientras que las enfermeras, quienes han aprendido la sumisión al médico desde su formación académica, siguen reforzando esa conducta en la práctica profesional.

Además de lo anterior, gran parte de las personas que laboran en las instituciones hospitalarias pertenecen al sexo femenino, y de ellas, la mayoría está ligada a la práctica de la enfermería, sufriendo así doble discriminación: por ser mujeres y por ser profesionales del cuidado.

Aunque a las profesionales en Enfermería les asignen una posición de poder formal¹¹ por presentar un título universitario, existe una concepción de desvalorización, no solo por ser mujeres, sino por una serie de factores como: la valorización del saber médico y el poco valor otorgado al cuidado de enfermería y por otro lado, la feminización del trabajo profesional realizado por las enfermeras, que es considerado “delicado”, “natural”, “dedicado a cuidar a otros”, “a velar por otros” y que “depende de las prácticas médicas”.

6.1. Concepción de las enfermeras y médicos como profesionales

11. Una vez que las nuevas enfermeras obtienen su título universitario que las acredita como Bachilleres en Enfermería o como Licenciadas en Enfermería y se insertan a las instituciones de salud como trabajadoras, las colocan como Enfermeras Jefes de servicio.

Es de suma importancia conocer la opinión que tengan los médicos y las enfermeras respecto a su identidad profesional. La identidad profesional es una construcción social que resulta de los procesos de socialización que construyen las personas. Es un producto de la interacción entre las historias de vida individuales y los sistemas de trabajo, formación y organización profesional. A lo largo de estos procesos, el género constituye una clave organizativa fundamental tanto en los grupos compuestos por hombres y mujeres como en los compuestos por profesionales de uno u otro sexo.

6.1.1 La percepción de las enfermeras con respecto a los médicos en cuanto a su relación profesional

Las concepciones que tengamos sobre los y las otras(os) están permeadas, entre otras cosas, por la identidad, por la socialización, por el contexto, por la historia de vida de cada uno y de cada una, por la experiencia propia y por el género.

De acuerdo a las manifestaciones dadas por las participantes, la mayoría conceptualizan a los médicos como personas ajenas al conocimiento de lo que es la enfermería, a pesar de trabajar tan cerca pero tan distantes¹². Al respecto Zaida dice:

“Yo pienso que ellos no saben nuestras funciones y piden cada cosa! Una vez un médico en la sala de operaciones, me hizo señas para que le secara la frente, yo no le entendía porque se supone que estamos ahí haciendo todo por las necesidades del paciente, no por las nuestras, entonces él se enojó y me gritó lo que quería, yo estaba instrumentando y secarle el sudor al doctor significaba que yo me iba a contaminar y por ende contaminar al paciente que estaban operando, por supuesto que lo tuve que hacer y eso simbolizaba un atraso en la cirugía y mas riesgo para el paciente porque después de hacerlo, yo tuve que irme a lavarme de nuevo, que son 10 minutos, cambiarme de ropa y seguir instrumentando, seguro el médico cree que estamos ahí para atenderle sus necesidades”.

Lo mismo opina Rosa:

“Los médicos no saben nuestras funciones, ellos creen que estamos ahí por y para ellos, creen que solo sabemos cumplir sus indicaciones, por eso cuando les

¹² No solo una cercanía corporal, cotidiana, se necesita también una cercanía emocional, en situaciones de mucho stress, especialmente en la atención de casos delicados y emergencias.

damos sugerencias, muestran una cara como diciendo: y ésta en cual conocimiento se basa para opinar”.

Sin descalificar las expresiones de las enfermeras, diría que, más que desconocimiento, lo que se visibiliza es el ejercicio de poder del médico sobre la enfermera.

Asimismo, con lo que expresan se comprueba que no son valoradas ni en sus prácticas profesionales ni en sus saberes.

“Ellos dudan de nosotras, de nuestros conocimientos, a veces uno les hace una observación y se quedan viéndonos con una risa burlona” (Vivian).

Congruentemente a su socialización, ellos son solidarios con sus congéneres y valoran lo que el otro haga, piense o diga, no así con las mujeres:

“Algunos de ellos dudan de tu capacidad. Si hay hombres como enfermeros en el servicio, ellos los prefieren. Es más, cuando aparece un cuidado privado, los médicos escogen a los enfermeros para que se los hagan” (Ana).

Las enfermeras entrevistadas concuerdan en que los médicos de más edad las valoran más que los de menor edad.

“Casi todos los médicos de antes te dan tu lugar, pero la mayoría de los médicos jóvenes lo ven a uno como si fuera la empleada de ellos” (Katia).

Todos estos sentimientos de descalificación y de desvalorización que experimentan las enfermeras ante las situaciones descritas se traducen en enojo e impotencia, como lo expresó una de ellas:

“Yo no los quiero, no los tolero, para mí son unos cerdos” (Ana).

Las demás, por su lado, también manifestaron sus reclamos silenciados:

“Ellos son gente que cree saber mucho, son agresivos, son egocentristas, tienen muy poco sentido humano” (Gloria).

"Yo los siento prepotentes, los veo muy indecisos, como que quieren desplazar a la enfermera" (Rosa).

"Ellos se creen superiores, y es que en la universidad a ellos les enseñan eso y se lo llegan a creer" (Lucía).

"Ellos son muy demandantes y creen que solo estamos para ellos" (Ester).

"Yo casi siempre hago el turno de la tarde, no me gusta el de la mañana precisamente por la visita médica, por solo el hecho de estar a la par de alguien que no te reconoce bien, que no le interesa lo que opines y a mi tampoco me interesa lo que ellos opinen, entonces trato de no estar cerca de ellos, no los quiero" (Vivian).

Estos sentimientos y la falta de valoración como profesionales también les produce a ellas un desgaste físico y emocional porque tienen la necesidad constante de mostrarse competentes, líderes, omnipotentes y omnipresentes¹³, para así responder a las demandas que les exige la institución de salud representada no solo en los médicos sino también en las jefaturas de Enfermería¹⁴, las cuales, a pesar de ser ejercidas por mujeres, reproducen el poder patriarcal sobre las otras mujeres.

En este sentido, Marielos manifiesta:

"Para ser enfermera hay que estar muy cuerda, sino se vuelve loca, hay que estar en todo".

Y Rosa dice:

"Yo llego a la casa como un perro de cansada y por todo lado sigo oyendo donde me llaman: ¡ jefe, jefe, jefe!"

13. Estas características de poder hacerlo todo y estar presente casi "mágicamente" en todos los lugares se ven reflejadas en el hecho de que la enfermera acepta el cuidado y la responsabilidad que ello conlleva de hasta 70 pacientes en su turno, al mismo tiempo va pasando visita con 2 o más médicos, administra tratamientos indicados con una frecuencia corta y además de esto, asume todo el proceso administrativo.

14. Las supervisoras de Enfermería entran en el mismo juego de relaciones asimétricas de poder, en tanto ellas deben responder ante una jefatura médica y ante un sistema de salud dentro de una estructura de tipo patriarcal como es nuestra sociedad.

Llama la atención lo que expone Zaida:

“Nosotras trabajamos más que cualquier otro profesional y sin embargo, por más que hagamos, nadie nos reconoce nada”.

6.1.2 Yo creo que las enfermeras piensan que los médicos somos...

Las narraciones que los médicos hacen sobre lo que ellos creen que las enfermeras piensan de ellos se relacionan directamente con el punto anterior, porque coincide enormemente con lo que las enfermeras piensan de ellos.

Freddy por ejemplo expresa:

“Yo creo que las enfermeras son duras con el concepto que tienen de los médicos, tienen una noción pobre del médico, no lo quieren”.

Otros creen que las enfermeras piensan que ellos son irresponsables:

“Yo me imagino que ellas creen que nosotros no cumplimos bien con nuestro trabajo, pero es que a veces lo llaman a uno para que valore a algún paciente y no podemos acudir inmediatamente, entonces ellas se enojan”(Minor).

“La enfermera es altamente estricta con el manejo que le da al médico, porque la función de ambos no va de la mano, en ocasiones si la cosa se pone difícil, el médico se va y deja sola a la enfermera resolviéndolo, o la culpa de algo que pasa y que en realidad ella no tiene la culpa” (Roy).

Según cuentan las enfermeras, ellos son agresivos en el trato diario con ellas, tanto en el uso de la palabra como en la indiferencia que muestran ante las necesidades de ellas como profesionales y ante las necesidades de los y las pacientes, lo que concuerda ampliamente con la percepción de algunos de los médicos:

“Hay de todo, porque hay médicos que menosprecian a las enfermeras y las ignoran, entonces ellas no tienen buen concepto de nosotros” (Alex).

“En muchos casos yo le doy la razón a la enfermera de que no nos quieran, he estado presente

en no pocas ocasiones en donde el médico le grita a la enfermera delante de todo el mundo” (José).

Otros tienen la impresión de que las enfermeras creen que ellos son indiferentes:

“Definitivamente, ellas deben de creer que a nosotros no nos importan los pacientes como personas, pero es que no tenemos tiempo de oírle sus problemas personales, para eso están ellas las 24 horas junto a ellos”(Eduardo).

La opinión anterior una vez más nos remite a la construcción identitaria de los hombres y de las mujeres, en donde a ellos se les enseña a no escuchar a los y las otras(os) y a nosotras a ser depositarias de las confidencias.

“A veces ellas nos llaman para valorar a algún paciente y nosotros dudamos de la urgencia con la que ellas dicen que debemos ir, entonces nos tardamos un ratito y ellas se molestan, por eso nos tachan de indiferentes, irresponsables y más cosas. Si es un colega el que nos llama y nos dice que es urgente, pues ahí sí estamos seguros entonces vamos inmediatamente” (Eduardo).

Esta expresión es un claro ejemplo de la desvalorización que tienen los médicos sobre el criterio profesional de la enfermera.

Por otro lado, la mayoría de los médicos coincide en que ellos creen que las enfermeras le dan un gran valor al trabajo de ellos. Freddy dice:

“Las enfermeras valoran nuestro trabajo, nos respetan. De hecho ellas son un parámetro de nuestro trabajo. Ellas de forma selectiva llaman a determinado médico para que les resuelva algún problema, entonces uno sabe que si lo está llamando es porque valoran el trabajo de uno y no de otro, en la calle también, las referencias que ellas dan de uno a pacientes privados indican un nivel de confianza”.

“Yo creo que ellas sienten una gran admiración por nuestro trabajo” (José).

Estas expresiones nos dan cuenta de la valoración que se le da al trabajo del médico por parte de las enfermeras. En la medida en que se sobrevalore ese trabajo, se desvaloriza el propio.

6.1.3 La percepción de los médicos con respecto a las enfermeras en cuanto a su relación profesional.

A su vez, al analizar las concepciones que los médicos tienen de las enfermeras se puede apreciar que en términos generales hay una proyección de la idealización de roles y características de lo femenino en las ideas expresadas por ellos. Así lo señala Freddy:

“La enfermera tiene una vocación hacia el paciente más intensa de la que tenemos los médicos. El médico tiene una relación más distante, la enfermera está más en contacto directo con el paciente, tiene que vivir más la humanidad del paciente, los dolores, los sufrimientos, los problemas personales, el médico es más evasivo para percibir esos malestares”.

La mayoría de las opiniones que ellos tienen responde a las características femeninas que la sociedad espera de las mujeres y en este caso de las enfermeras, como son el “estar para otros”, el “cuidar a otros”. Roy lo expresa de esta manera:

“Tengo el mejor concepto de las enfermeras, ellas por su apostolado les toca vivir las experiencias más feas a la par de los pacientes”.

Esta opinión es interesante en el sentido de que muchos de los médicos, e inclusive la sociedad, consideran a la enfermería no como una profesión, sino como una misión religiosa, por lo tanto, ven en la enfermera a alguien dedicado a la defensa de los ideales cristianos y no a una persona ejerciendo una profesión.

“Ellas (las enfermeras) nacieron para eso, solo ellas tienen esa paciencia y esa entrega tan importantes en el proceso terapéutico” (Eduardo).

En nuestra sociedad es bien visto que las mujeres que se incorporan al mercado laboral lo hagan en funciones tradicionalmente femeninas, las cuales, generalmente sirven de apoyo a las funciones que desempeñan los hombres. Estas labores muchas veces son una extensión del papel de madre, como en el caso de la enfermería. Son carreras que reproducen el rol reproductivo de la mujer. Por lo tanto, los médicos conciben a la enfermera en su rol doméstico trasladado al ambiente hospitalario.

En el ámbito laboral, ellos las conceptualizan como un complemento de la labor médica, lo cual es un aspecto enseñado a los médicos desde que son estudiantes, con la

salvedad de que es una complementariedad mal entendida, usada como sinónimo de subalternidad.:

“A muchas de ellas les gusta estar cuestionando las indicaciones médicas, se deben de circunscribir a cumplirlas, por eso somos profesionales complementarios: yo indico y ella cumple” (José).

Alex expresa:

“Ellas son un complemento de nuestro trabajo. Gracias a ellas uno se da cuenta de la evolución de los pacientes”.

Hay algunas enfermeras que no enfocan su labor a ser complemento, tratan de manejar o manipular las decisiones médicas” (Minor).

Solo uno de ellos las reconoció como profesionales, sin embargo, fue cortante al decir:

“Son buenas profesionales” (Minor)

6.1.4 Yo creo que los médicos piensan que las enfermeras somos...

La mayoría de las concepciones que las enfermeras tienen sobre lo que creen que los médicos piensan de ellas; evidencian la baja autoestima profesional de este gremio y que se ve reflejado en la forma peyorativa en que mencionan a los médicos, lo que nos hace preguntarnos hasta dónde será un reflejo de sí mismas, de su autoconcepción.

Por otro lado, la insistencia de las enfermeras para que los médicos lleguen a valorar a algún paciente, les ha valido para que crean que ellos las tildan de “jodedoras”:

“Ellos (los médicos) saben que nosotras somos más acuciosas, por eso creen que somos jodedoras, y es que cuando se trata de una emergencia con un paciente, nosotras los llamamos constantemente porque a veces cuesta que vengan o duran horas para hacerlo”(Zaida).

“En una emergencia, yo llamaba al médico y éste no venía, entonces en la última llamada que le hice me preguntó que si yo lo que quería era un perro para que me cuidara porque yo o era jodiona o tenía miedo” (Ana).

Se puede observar en estas manifestaciones citadas el rol de guardiana que asume la enfermera al estar pendiente las 24 horas, atendiendo, cuidando y vigilando a las y los enfermos para que cuando suceda una emergencia que trascienda la práctica de enfermería y que requiera la práctica clínica médica específicamente, llamar al médico para que se encargue de la urgencia. O sea, la enfermera (mujer) sigue repitiendo los roles tradicionales.

Otras tienen la percepción de que los médicos las creen "tontas":

"Los médicos lo ven a uno como gente que no sabe lo que está haciendo" (Rosa).

"Ellos dicen que somos tontas, algunas veces los oí decir:" ¡hay qué tonta, qué ridícula! Yo creo que no era tonta la palabra correcta, lo que querían decir era "carente de sabiduría, de conocimientos", talvez eso es lo que nos pasa" (Vivian).

La infinidad de tareas que debe cumplir la enfermera, la obliga a establecer prioridades para ir las efectuando. Muchas veces, las labores se atrasan porque se presenta una emergencia o porque un(a) enfermo(a) requirió más atención de la usual, o porque los médicos tardaron más de lo acostumbrado pasando visita, o porque la enfermera tuvo que asistir a una reunión, o por muchas razones más. Es entonces cuando los médicos, cada uno por aparte, reclama el no cumplimiento de alguna indicación dejada por ellos, y es entonces cuando llaman de "vaga" a las enfermeras, según lo manifiesta Ester:

"Ellos creen que nosotras somos vagas... y así lo dicen. Ellos quieren que lo que indican se cumpla ya, claro que uno lo hace, pero a veces hay indicaciones más urgentes que cumplir de otros médicos y cuando ve que se aparecen preguntando si las indicaciones de ellos ya están cumplidas, uno le responde que no, entonces se enojan y le dicen "vieja vaga".

Algunas piensan que los médicos no las consideran buenas profesionales:

"Sí, soy respetada, pero algunos médicos dudan de tu capacidad" (Ana).

"Ellos dudan de nuestros conocimientos, a veces uno les hace una observación y lo vuelven a ver con risa burlona" (Vivian).

“A ellos no les interesa lo que opinés, o lo que sabés. Menosprecian nuestro conocimiento” (Rosa).

“Ellos prefieren trabajar con enfermeros. Confían más en ellos. Por eso cuando tengo una situación de urgencia, yo le digo al enfermero que llame él al médico, así sí viene rápido el médico” (Katia).

Estas consideraciones evidencian la discriminación de la que son objeto las enfermeras por ser mujeres. Los médicos confían más en los enfermeros porque también son hombres.

“Ellos del todo no reconocen nuestros conocimientos, no los valoran, a pesar de que les andamos protegiendo las espaldas” (Zaida).

En esta última expresión sobresale el hecho de que la enfermera “le cubre la espalda al médico”, y es que es muy frecuente, que cuando ocurre un error en la prescripción o en la atención médica que debía de recibir una persona, la enfermera trate de solucionar la falta y el médico asume la situación como si nada hubiera pasado y ni siquiera le agradece la corrección. Pareciera que hay una solidaridad unilateral, solo de parte de la enfermera hacia el médico. En muy pocos casos, el médico es solidario con la enfermera, pero para que esto ocurra la relación entre ellos debe de estar fundada en muchos años de relación laboral, en los cuales la enfermera se pudo haber ganado el respeto y reconocimiento por su desempeño, lo que no ocurre igual con los médicos, los cuales con solo ostentar el título (o con ser únicamente estudiante de medicina) ya tienen el respeto y el reconocimiento.

Muy pocas enfermeras expresan que ellas creen que los médicos las consideran buenas profesionales; sin embargo, se debe de anotar que para los médicos y hasta para muchas de ellas, la valoración que hacen de “ser buena profesional” se refiere, una vez mas a cumplir con los mandatos del patriarcado acerca de ser sumisas, obedientes y ser para los otros. Lucía manifiesta:

“Yo creo que ellos piensan que somos buenas profesionales en la medida que estemos pendientes del bienestar de los pacientes, de que el servicio marche bien, de que cumplamos sus indicaciones y que administremos los tratamientos”.

“Si nosotras cumplimos con lo que tenemos que hacer, con las órdenes del médico y con lo que demanda la institución, los médicos tienen que pensar que somos buenas profesionales” (Marielos).

6.1.5 La autoconcepción de la profesión de Enfermería

Algunas de las enfermeras entrevistadas consideran que su profesión les genera valor social, así lo dice Lucía:

“Mi profesión me genera mucho valor social, tanto en mi familia, en donde me respetan mucho y me consultan todo, como con los vecinos del barrio, que me buscan frecuentemente y lo que yo le diga es “santa palabra” y eso me llena mucho, me levanta la autoestima”.

Contradictoriamente, como se ha discutido anteriormente, la carrera de Enfermería es poco reconocida socialmente, a pesar de estar relacionado con algo tan delicado como la salud y la enfermedad. El valor social al que ellas se refieren y que es el que reciben de su familia o de su comunidad, es en el ámbito inmediato, en el particular. Esto hace que ellas continúen en el anonimato dentro del espacio macrosocial.

Ellas son reconocidas por su abnegación, por estar siempre para los otros, por su disponibilidad para ayudar, por su abnegación, por sus cuidados, pero igualmente no son valoradas ni solicitadas para que participen en las políticas de salud y mucho menos para que ocupen altas jefaturas dentro del Sistema de Salud.

Otras expresan que su profesión es altamente demandante. Zaida dice:

“Al final no se queda bien con nadie, si trata de quedar bien con el paciente se echa encima a las supervisoras y a los médicos, si cumple con la supervisora, no pudiste cumplir ni con el médico ni con los pacientes y si quedas bien con el médico, tenés problemas con la supervisora y con los pacientes por eso yo lo único que puedo hacer es andar apagando incendios como dicen”.

Algo parecido expresa Vivian:

“Mi profesión es linda, pero cómo nos piden y nos exigen!!...”

Lo manifestado por estas enfermeras permite darnos cuenta que en el campo laboral ellas se encuentran ante tres grandes demandas: ella tiene su responsabilidad frente a la supervisora de enfermería, su responsabilidad ante el grupo médico y su responsabilidad frente a los y las pacientes, quienes constituyen el centro de su profesión.

El problema es que las demandas de estos tres grupos son muy complejas. Por un lado, el o la paciente la pide o la necesita en su cabecera, la supervisora le pide que

mantenga el orden del servicio y los médicos quieren que asuma las funciones para las cuales ellos no tienen tiempo.

De los tres grupos, la persona enferma es la más débil y es la que pierde con esta falta de lineamientos que ordenen los roles y funciones de cada quien. El más fuerte es el grupo médico. En su afán por complacer a todos y todas, la enfermera renuncia a valorar y a decidir por sí misma, se acomoda a las circunstancias reprimiendo sus sentimientos y su estrés o reflejándolos en el mal trato a los y las pacientes debido al manejo inadecuado de sus sentimientos.

Marielos en tono irónico comenta:

“Como no tenemos nada que hacer, todavía inventan el famoso compromiso de gestión, en donde lo único que piden son cantidades. La calidad se quedó perdida”.

Vemos así como además de las demandas anteriores, también tienen que cumplir con tareas administrativas que les resta tiempo para dedicarse a su labor.

6.1.6 La autoconcepción de la profesión de Médico

Contrariamente a la autoconcepción de la profesión que tienen las enfermeras, los médicos califican la suya en términos muy positivos, lo cual es una manifestación del poder que se les ha otorgado socialmente.

Minor opina que la medicina es:

“... es una profesión que genera valor social y valor económico”.

Aunque es un concepto que también comparten algunas de las enfermeras al referirse a su profesión, en ellas priva el ser para los otros y el darse a sí mismas.

Eduardo agrega:

“La medicina da la posibilidad de servicio”.

Si bien es cierto que esta profesión les da la posibilidad de servir a otras personas, también les provee beneficios complementarios como son el reconocimiento, el respeto, el status social y una remuneración económica considerable.

Las afirmaciones anteriores nos remiten a las demandas sociales de la masculinidad, en donde una de las áreas que más se les fortalece es la de ser proveedores.

En este caso, el médico provee las herramientas necesarias para que las personas mantengan su salud. Por ejemplo, Minor considera que:

“La medicina es una profesión que da la posibilidad de dar salud a las personas”.

Al ser el ámbito público principalmente el destinado a los hombres y al estar caracterizado este espacio por la producción económica, los médicos tienen una gran responsabilidad ante la curación de las personas. Esto hace que la mayoría de las relaciones con los y las pacientes sea de tipo contractual, evitando el contacto y la intimidad. Por otro lado, en su relación con las enfermeras, éstas no son identificadas como personas, como mujeres, sino que las visibilizan como un instrumento que le permite hacer eficiente su labor. En estos dos tipos de relaciones se encuentra presente el poder y el dominio de la profesión médica.

A lo largo de la historia, la Medicina ha desarrollado una identidad profesional masculina, que junto con otras medidas como la separación entre lo teórico y lo práctico, la oposición entre cuidar y curar, entre otras, ha sido un mecanismo clave de persuasión social para conseguir consolidarse como tal profesión.

Según Freidson (1990:23), la consecución de esa identidad masculina se ha basado, por una parte, en la selección de los actores, que han sido exclusivamente hombres desde el siglo XIII (cuando se crean las universidades) hasta finales del siglo XIX (cuando las primeras mujeres acceden a la universidad), y, por otra, en la incorporación a la profesión de valores codificados como masculinos o propios de los varones.

Al analizar y comparar las dos perspectivas, tanto la de la enfermera como la del médico, se puede concluir que hay un contraste entre lo que las enfermeras piensan de los médicos y lo que los médicos piensan de ellas.

Las enfermeras muestran mucho enojo al referirse a ellos, al tratar de describirlos, al opinar sobre ellos; sin embargo, ellos no manifiestan enojo, en vez de esto poseen concepciones idealistas sobre las enfermeras (su vocación, su apostolado). Esta posición les ayuda a mantener el control sobre ellas, debido a que en la medida que las enfermeras tengan vocación, les van a ser útiles a ellos, les van a atender y les van a servir. Ellos no visualizan la Enfermería como una profesión autónoma, sino como un instrumento para su labor y para el mantenimiento de su poder.

Lo dicho por las enfermeras sobre su propia profesión, es una concepción devaluada y desvalorizada, que se traduce en una baja autoestima, poca satisfacción profesional y personal y que se convierte en amenaza tanto para la identidad profesional como para la identidad personal. Estas manifestaciones distan sustancialmente de lo que los médicos creen de su profesión, lo que influye directamente en el desenvolvimiento de las personas en su campo de acción. La autoconcepción profesional que tengan las personas va a manifestarse de una manera positiva o negativa en su ejercicio profesional.

6.2. Relaciones laborales entre las enfermeras y los médicos

Las concepciones que tenga un grupo profesional respecto al otro sobre su propio ejercicio profesional inciden también de una manera negativa o positiva en las relaciones laborales que se establezcan entre ellos y ellas.

Como se vio anteriormente, mientras los médicos han asumido el poder social que la sociedad les ha depositado y el liderazgo dentro del equipo de salud, ellos se conciben con un gran valor profesional; las enfermeras por su lado, se visualizan profesionalmente de una forma negativa. Los estereotipos sociales introyectados por ellas, el sentirse ignoradas, insignificantes y los sentimientos de impotencia que refieren experimentar, les disminuyen la autoestima y el valor profesional, lo que acaba por traducirse en capacidades reducidas. Esto hace que el médico y la enfermera acaben convencidos de la incapacidad de esta última y sobre esa base se construyen las relaciones laborales entre estos profesionales.

6.2.1 Valoración de las relaciones laborales

Las relaciones laborales han sido valoradas desde diferentes dimensiones tanto por las enfermeras como por los médicos. Así vemos como las enfermeras las definen como asimétricas, irrespetuosas, descalificantes y desiguales; mientras que los médicos las identifican como de dominación, de invisibilización y de aparente sumisión, como se aprecia en las siguientes manifestaciones:

“La relación con los médicos claramente son asimétricas, ya que a ellos los tratamos con respeto, pero ellos a nosotras no. No es que nos griten siempre (algunos sí lo hacen), pero el hecho de que no te valoren tu trabajo, que no les importe lo que opinés, que no te acepten sugerencias, que te hagan bromas, que descalifiquen lo que uno habla, eso, ¡eso es irrespeto! (Zaida).

Ana opina:

“Yo calificaría las relaciones entre ellos y nosotras de asimétricas, o sea, no te tratan igual que a otra persona, eso depende de la experiencia o del sexo que tengas”.

Pareciera que la experiencia que tenga una enfermera le da más o menos poder, entre más años de ejercer, menos asimetría en las relaciones con ellos.

Una de las manifestaciones que más llama la atención es la de Eduardo al referirse a las relaciones que se establecen con las enfermeras. Él dice así:

"No hay relación, la enfermera es de menor status".

Aquí él las invisibiliza, ni siquiera las ve como personas, no son sus iguales; por lo tanto, para él, no puede haber ningún tipo de relación, hace una descalificación total de las enfermeras.

"Yo diría que hay muchos médicos que tratan de dominar a las enfermeras, otros lo que hacen es negociar con ellas" (Roy).

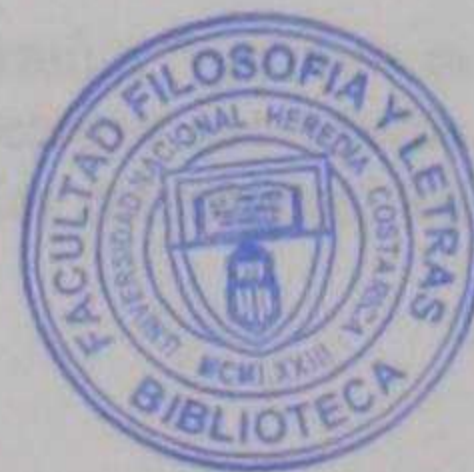
Otro de los comentarios interesantes fue el de Fredy. Él habla de que las relaciones entre los médicos y las enfermeras pasan por un proceso:

"Esta relación pasa por diferentes procesos: cuando el médico es interno, la enfermera tiene tremendo colmillo y el médico va sumiso porque va perdiendo, a medida que el médico va creciendo dentro del sistema, se establece cierto nivel de igualdad y después, con los años, se da un nivel de aparente sumisión por parte de la enfermera. Porque a veces un médico le da una indicación y aparentemente ella se somete a esa orden, pero apenas el médico se va, llama a otro médico, le consulta la orden y el otro médico le da la razón de su duda y le dice que no la cumpla e inmediatamente llega este médico y cambia la indicación. Al final, la enfermera se sale con la suya".

Como podemos observar, en la mayoría de las valoraciones realizadas por las enfermeras, tienden a aparecer sentimientos de minusvalía, desvalorización y descalificación; contrariamente, los médicos creen que detrás de esa aparente sumisión e indefensión, las enfermeras obtienen lo que se proponen porque utilizan estrategias para lograrlo.

Indudablemente, las estrategias se usan cuando hay poder, y las enfermeras tienen un poder que pasa desapercibido o que es subestimado por ellas mismas.

Se concluye que la participación de las enfermeras en los escenarios de salud se lleva a cabo de forma asimétrica, perpetuando la estructura jerárquica característica de las relaciones de género en las sociedades patriarcales. Las transformaciones sociales, económicas y tecnológicas no han conseguido romper las históricas relaciones de poder que rigen el mundo, relaciones que están marcadas por el género.



6.3. Manifestaciones de las relaciones de poder

Las caracterizaciones hechas anteriormente sobre las relaciones laborales entre los médicos y las enfermeras, reflejan manifestaciones de poder. Por estar sustentadas en aspectos desiguales, se da la base para que la violencia se presente.

Son tres principalmente los tipos de violencia que afectan a las enfermeras en su campo de trabajo, a saber:

6.3.1 Violencia psicológica y emocional

Según lo expresado por las enfermeras participantes en el presente estudio, el lenguaje es la expresión más común de este tipo de violencia. Según Mirta González (1990), en las sociedades caracterizadas por las relaciones de opresión, el lenguaje socialmente producido refleja y refuerza el status quo en forma tal que se valida la posición dominante, sea esta desigualdad de tipo sexual, de raza, o de clase social. La clase social que domina impone a la clase subalterna su óptica del mundo usando como uno de sus más importantes vehículos al idioma. Sin embargo, estas cadenas de dominación no son aceptadas sumisamente por parte de los y las dominadas, sino que se recurre a formas encubiertas y sutiles de denuncia.

Al analizar solamente el lenguaje verbal, como una de las formas de comunicación entre los médicos y las enfermeras, se nota que ellas se deben de referir al médico con todo respeto, no ocurre lo mismo con los médicos cuando se dirigen a ellas. Ester dice:

“A ellos solo se les puede llamar doctor, ¡Dios guarde decirles el apellido y mucho menos el nombre”.

O sea, el lenguaje utilizado por las enfermeras para llamar al médico es el eco del discurso dominante por lo que se contesta con “lo esperado”, “lo aceptado socialmente” o incluso con lo que ellas “debieran decir”.

Marielos expresa:

“Un día me topé al esposo de mi amiga que es médico y que nos conocíamos desde que todos estudiábamos en la U. Compartíamos fiestas, reuniones de estudio, paseos, penas, alegrías y otras cosas, me lo topé dentro del hospital ya graduado y le llamé: “Roberto” y él se volvió y me dijo “doctor, aquí soy doctor”.

Existe en este ejemplo una clara emisión de un mensaje que determina “quién es la persona importante” o “quién es la persona que manda”; además, esa persona que manda está delimitando su espacio de poder, el hospital. Congruentemente con las enfermeras, los médicos opinan que ellas se refieren a ellos guardándoles el respeto:

*“Ellas nos dicen “doctor”, nos respetan mucho”
(Eduardo).*

Roy expresa que:

“Tanto afuera como dentro del hospital nos llaman “doctor”. No debe de haber irrespeto. Entre nosotros mismos, entre colegas, yo no debo de decirle a mi mejor amigo su nombre, también a él le digo “doctor” dentro del hospital, ya afuera es otra cosa”.

Es interesante lo que plantea Fredy. Según él, las enfermeras manipulan con el lenguaje a los médicos, sobre todo si ellos son jóvenes:

“En ese lenguaje hay manipulación, sobre todo con el médico joven, al más viejo ya no le impresiona tanto. Le dice “doctorcito”. Yo diría que las enfermeras mayores tienen un nivel más alto de respeto. Las jóvenes tratan de aprovecharse de su juventud y su inexperiencia para el acercamiento. La enfermera vieja es más prudente, pone la distancia, que es lo mejor desde el punto de vista profesional”.

La actitud de la enfermera joven se podría explicar desde las relaciones de violencia, en donde la afectada trata de hacer alianza con el que la agrede, trata de complacerlo con el fin de que no la abuse más. Mientras que la enfermera de más edad y con más experiencia, pone la distancia para tratar de obtener el mismo fin.

En cuanto al lenguaje del médico para aludir a las enfermeras, ellas dicen que:

“Nunca nos dicen señora o señorita o licenciada y cuando una les dice que le digan licenciada, lo hacen en una forma burlesca ¡usted licenciada!, entonces es... ¡la licenciadita!” (Ana).

Es en este relato donde se observa la desvalorización del conocimiento, de la persona y el no-reconocimiento de la profesional que ostenta un título universitario, por parte del que se cree “superior”.

Otros, también como una manera de manipulación para distinguir la diferenciación de poder y de status entre los géneros como forma de control, les dicen:

“Rosita, corazón, reina, muñeca, muchachita, mi amor, ellos nos tratan con mucho cariño” (Rosa).

Las enfermeras no están conscientes del mensaje oculto de esas palabras cariñosas y a veces ni el médico tampoco. Él simplemente está reproduciendo la ideología dominante.

Uno de los médicos sí reconoce el simbolismo de estos mensajes y expresa:

“Para hablarles a las enfermeras también se usa un lenguaje más cálido, pero éste es manipulador, se siente el nivel de imposición detrás de un término cariñoso, porque con eso se le baja todo el nivel de su condición de enfermera jefe de un servicio” (Fredy).

Además, con estos términos, el médico sigue reforzando la idea que determina quién es el que manda.

Otra forma de nombrar a las enfermeras es:

“Si el nombre es chiquitito, se le dirá completo, si es largo, se le dirán las primeras sílabas del nombre” (José).

Igualmente, una distinta manera, y más visible de violencia que denota las manifestaciones de las relaciones de poder, son los gritos.

“Ellos se dan el derecho de gritarnos cuando se les antoja, pero yo no he visto nunca a una enfermera gritándonos, ni ellos lo van a permitir” (Vivian).

En los salones de maternidad y de ginecoobstetricia, las enfermeras experimentan lo mismo que sus colegas de otros servicios, contrariamente a lo que se piensa en el sentido que tienen una labor más independiente de los médicos. Ana cuenta:

“En una ocasión, me encontraba dándole educación a una usuaria sobre la mejor forma de amamantar al bebé, y llegó el doctor lleno de furia, me gritó y me ofendió delante de la señora y de sus acompañantes. Por más que yo le expliqué que esa era una función mía, definida en el perfil profesional, no hubo manera de que se calmara”.

Asimismo, es muy común observar que cuando las enfermeras hablan con los médicos, ellos no se detienen a verlas, a mirarlas, lo cual es una de las formas más descalificadoras para las personas, es como si la enfermera no existiera, le niega el contacto visual.

“Cuando uno les habla, ni siquiera te vuelven a ver. Siguen haciendo lo que están haciendo y te contestan entre dientes” (Rosa).

Otro tipo de violencia emocional es la descalificación a la labor profesional de las enfermeras, la cual es menospreciada, minimizada e invisibilizada por algunos médicos:

“A pesar de que estamos preparadas para realizar tactos vaginales, cuando el médico nos ve haciéndolos, inmediatamente llega él y lo vuelve a hacer, sin importarle la incomodidad y la molestia que le causa a la paciente, y yo sé que lo hace con el afán de descalificarnos nuestro criterio” (Marielos).

Además de esto, los controles uterinos que se le hacen a las señoras durante la labor de parto se los atribuyen los médicos, cuando en realidad los han hecho las enfermeras:

“Muchas veces hemos estado velando a alguna paciente embarazada con alto riesgo y haciéndole controles cada 10 o 15 minutos, éstos son anotados en el expediente con la firma de la persona que los realizó, y llega este señor (el médico) muy campante y tacha las firmas de nosotras y pone la de él, entonces cualquiera cree que él fue el que pasó toda la noche a la par de la paciente cuando en realidad la pasó durmiendo” (Lucía).

Otra de las manifestaciones de violencia psicológica es el cuestionamiento que hacen algunos médicos de la labor de las obstétricas en el sentido de no permitirles hacer partos, con el pretexto de que son “de alto riesgo”, cuando en realidad no es así.

“Cuando este doctor está de turno, nosotras no podemos hacer partos porque a todos los expedientes de las que están esperando dar a luz, les pone el rótulo de “embarazo de alto riesgo”, estos son los partos que nosotras no realizamos, entonces con esa estrategia, sabe que no los hacemos, pero se los da para que los atienda algún médico interno, que es un estudiante de último año, sin ninguna experiencia y que todavía no tiene título de médico. Si fuera cierto que es de alto riesgo, entonces ahí sí está arriesgando la vida de las pacientes” (Ana).

Marielos añade:

“Una se siente como un perro de ver que es más valorado el trabajo de un estudiante que el de uno, que talvez tiene hasta 10 años de hacer partos”.

Estas vivencias que han experimentado las participantes en esta investigación hacen reflexionar sobre la repercusión negativa que puede tener la violencia en la pobre identidad profesional y la baja autoestima que refieren las enfermeras. Estos sentimientos favorecen la aparición de estrategias ineficaces de enfrentamiento, lo que hace que ellas no se enfrenten asertivamente al poder que las lesiona.

La violencia psicológica o emocional se considera una violación de los derechos de las enfermeras a su dignidad e integridad personal. Por otra parte, la violencia pone en peligro la prestación de unos servicios eficaces a los y las pacientes. Para dispensar unos cuidados de calidad, el personal de enfermería debe tener un entorno de trabajo seguro y un trato respetuoso.

6.3.2 Violencia sexual

Este tipo de violencia se presenta generalmente en la forma de acoso sexual. El acoso sexual es definido por Salas (2002:74) como:

“Toda conducta sexual unilateral e indeseada que ocurre en la relación de empleo y que afectan oportunidades de superación, estabilidad o condiciones en general del ambiente de trabajo en que se desenvuelve la persona hostigada”.

Una de las manifestaciones que asume el hostigamiento sexual referida por las enfermeras entrevistadas, es el tocamiento no grato para quien lo recibe. Zaida por ejemplo cuenta:

“Pienso que hay algunos médicos que no nos respetan. Una vez un médico mientras me daba indicaciones para un paciente, me puso la mano en mis piernas, como acariciándome, inmediatamente le reclamé y lo reporté con el director médico; sin embargo, no me dieron pelota y no le llamaron la atención”.

Lo anterior es una expresión violenta que ha caracterizado las relaciones entre los hombres y las mujeres y que fue ignorada cuando se reportó porque este tipo de conducta ha sido considerado como natural y socialmente aceptada.

Otra expresión del acoso sexual del cual fueron objeto dos de las enfermeras participantes fue la proposición deshonesta que recibieron de parte de médicos:

“Una vez, llamé por teléfono al dormitorio de los médicos para consultarle el caso de un paciente y él me contestó que por qué no iba al dormitorio, me acostaba con él y a la vez revisábamos los expedientes” (Ana).

“En una ocasión yo le pedí al médico que me diera algún tratamiento porque estaba con dolor de espalda y él me contestó que a la salida de mi turno nos podíamos ir a un motel y ahí él me masajeaba para curarme” (Katia).

Estas afirmaciones son claros ejemplos del abuso de poder de los médicos hacia las enfermeras. El acoso sexual es una expresión de la masculinidad, que hace valer el dominio masculino e intimida a las mujeres. Esta conducta infravalora a las enfermeras, las cuales son tratadas como simples objetos sexuales.

6.3.3 Violencia institucional

Este tipo de violencia se hace presente en los espacios laborales en forma de discriminación. Como la igualdad legal entre los géneros es algo muy avanzado en la mayoría de los países occidentales, no es frecuente encontrar en ellos casos de discriminación directa. Las estrategias de discriminación por razón de género son, pues, indirectas y encubiertas. Cuanto más sutiles sean estas estrategias, más eficaces serán sus efectos y más dificultoso su desenmascaramiento.

Algunas de las ideas expresadas por las enfermeras y que ilustran este abuso son:

“En el hospital donde yo trabajo, no puedo hacer llamadas que sean para afuera, todos los demás profesionales sí lo hacen. Esto se debe a que cambiaron la central telefónica y les dieron código de salida a los médicos, a las trabajadoras sociales, a los microbiólogos, a los farmacéuticos para que realicen llamadas, pero a nosotras no nos dieron” (Ester).

Esta situación es una exclusión de las enfermeras a un servicio que es de mucha utilidad e importancia para el buen desempeño de su actividad. Incontables veces, las personas que se encuentran internadas les piden que les avisen a los familiares sobre su situación y las enfermeras deben abandonar sus funciones para ir a buscar un teléfono público y así poder cumplir con la solicitud que se le ha hecho. Igual acción deben realizar cuando tienen que localizar a un médico que se encuentra fuera del hospital y se ha presentado una emergencia. Además, muchas de ellas en su condición de madres y cumpliendo los mandatos patriarcales de ser la cuidadora de los y las hijas, deben permanecer durante sus horas laborales sin saber nada de ellos y ellas.

Otro ejemplo de esta discriminación se presenta en el comedor de empleados(as), en donde se hace una distinción del lugar donde se deben de sentar los médicos y el lugar donde se deben de sentar las enfermeras:

“En el comedor los médicos se sientan en un lado y el demás personal en otro, además, estructuralmente la parte de ellos está en mejores condiciones, tienen flores en las mesas, algunos tienen hasta manteles, la pared de ellos está pintada, o sea, está en mejores condiciones. Nosotras estábamos en el resto, en mesas corrientes, sin flores ni manteles” (Katia).

Se observa también discriminación en el derecho de usar el parqueo del hospital.

“El parqueo del hospital es solo para los médicos y algunos administrativos de alto rango, nosotras debemos de dejar el carro en la calle” (Rosa).

La mayoría de los hospitales cuenta con algunos lugares de reunión solamente para los médicos:

“Cuando yo tengo que hacer reunión de personal o entrevistas, debo hacerlo en un pasillo, o en un rinconcito en presencia de los pacientes o de los visitantes, los médicos sí tienen privacidad para sus reuniones” (Marielos).

Otra muestra de la discriminación que se les hace a las enfermeras es la poca cantidad de plazas que abren para ser ocupadas por ellas, en contraposición a la apertura que tienen las autoridades para aprobar nuevas plazas para los médicos. Esta situación provoca el recargo de pacientes por enfermera, disminuyendo el nivel de calidad en la atención y aumentando la posibilidad de que la enfermera incurra en una mala praxis.

Ana cuenta que:

“Existen salones en el hospital con una capacidad para tener hasta 50 pacientes internados y solo asignan una enfermera con tres o cuatro auxiliares, y lo peor es que son pacientes de cuidado, por ejemplo en una oncología que hay que estar poniendo quimioterapias, que es un tratamiento muy delicado, que hay que atender las indicaciones de 10 médicos, dedicarle tiempo a los familiares de esos pacientes que generalmente están muy angustiados y que es un lugar donde se presentan emergencias muy frecuentemente, y la única responsable de lo malo que pase es la

enfermera profesional (porque de lo bueno siempre es el médico)”.

Estas circunstancias a las que están expuestas las enfermeras, son conocidas por ellas desde que son estudiantes, porque es desde ahí que ellas aprenden las formas de discriminación que más tarde van a ser reforzadas en su quehacer profesional.

Lucía cuenta que:

“Cuando éramos estudiantes la pasábamos muy mal junto a las profesoras. No teníamos donde reunirnos entonces lo hacíamos en los patios o en las gradas, a la interperie. Envidiábamos a los estudiantes de medicina porque ellos tenían un aula para hacerlo. El aula se las asignaban porque el profesor era un médico, para nosotras nunca habla y si la profesora la veía vacía, la iba a pedir y no se la prestaban porque decían que el médico la tenía pedida y aunque no la estuviera utilizando, se le debía de guardar a él”.

Otra de las enfermeras expresa:

“Cuando íbamos a hacer prácticas a los hospitales, teníamos que andar con el salveque guindando a la vez que atendíamos a los pacientes, porque los locker son para los estudiantes de medicina”(Vivian).

Asimismo, las estudiantes de enfermería se les disminuyen las actividades de aprendizaje porque muchas veces están sujetas a las disposiciones del médico jefe del servicio:

“Una vez nos tocaba rotar por un salón de tratamiento intensivo y ya la universidad había coordinado desde 1 año antes nuestra pasantía por ahí; sin embargo, cuando llegamos el jefe médico nos echó porque él estaba con estudiantes. Cuando la profesora fue a arreglar la situación a la dirección del hospital, nos dimos cuenta que el médico no había solicitado ningún permiso para estar con los estudiantes en ese servicio y que, además, solo eran permitidos dos estudiantes en ese salón y el médico andaba con ocho. A pesar de todo, el médico se quedó con sus estudiantes y nosotras nos tuvimos que ir” (Rosa).

O como lo expresa otra de las participantes:

“Una situación que yo considero una injusticia es que en algunos hospitales a las estudiantes de enfermería no las dejan consultar el expediente de los pacientes a no ser que esté la enfermera jefe, pero en cambio, los demás estudiantes de otras carreras lo cogen como si nada y no les dicen nada”(Marielos).

A pesar de que las enfermeras constituyen un grupo básico y numeroso en las instituciones de salud, con los ejemplos anteriores se evidencia la forma en que las instituciones lesionan a las enfermeras y el escaso reconocimiento y participación en las disposiciones de la institución. Es el grupo más silencioso socialmente y de menor incidencia en las decisiones políticas, económicas y de gestión. Esto lleva a sentimientos de insatisfacción en su situación como empleadas y como profesionales, a la división del campo de trabajo y además dificulta el actuar en equipo; también obstaculiza la innovación en los servicios de salud, porque los cambios necesitan el compromiso de todo el personal con los objetivos de la institución.

En síntesis, todos estos relatos nos hablan de la violencia que afecta a las enfermeras en sus lugares de trabajo, tanto por parte de los médicos, como por parte de las instituciones empleadoras; violencia sutil que muchas veces pasa desapercibida y que se llega a asumir como si fuera algo natural.

Las consecuencias negativas de esa violencia repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar al deterioro de la calidad de los cuidados dispensados. Al mismo tiempo que entraña un menoscabo a la autoestima y a la capacidad de las enfermeras, disminuyendo sus aspiraciones y restringiendo sus oportunidades. La violencia le deniega la experiencia sobre la cual cimentar su competencia y su autogobierno y posibilitar alianzas en condiciones de igualdad con los médicos.

Por otro lado, el conocimiento de la violencia de género, su origen y sus consecuencias son fundamentales en el ejercicio de cualquier profesión. En profesiones esencialmente “femeninas” como la enfermería, la necesidad de adquirir tal conocimiento es imprescindible, para que las mujeres puedan reivindicar sus derechos imponiéndose contra la violencia, contra el poder y contra las discriminaciones.

Las enfermeras, en semejantes condiciones, poseen la capacidad de transformar su realidad de sumisión y subordinación a través de la formación de una conciencia crítica y sensibilizadora de las violencias que ocurren a su alrededor. Su actuación y su

empoderamiento¹⁵ son algunas de las alternativas para eliminar estas situaciones angustiantes.

Por lo tanto, las enfermeras debemos seguir apoyando los movimientos sociales feministas, que de forma combativa han hecho que la historia de las mujeres se visibilice y es un camino para que juntas podamos enfrentar la violencia que como mujeres y como integrantes de una profesión, nos ha afectado. En conjunto podemos desarrollar procesos de sensibilización ante esta problemática y estrategias de enfrentamiento a esa violencia.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

¹⁵ El empoderamiento se entiende como el continuo fortalecimiento de las mujeres tendiente a obtener sus derechos, incluyendo el poder de decisión sobre los recursos materiales y el ejercicio de su participación social y política, sin exclusiones referidas a su ser mujer.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES



En cuanto a la historia:

- La originalidad de la esencia de Enfermería ha sido el cuidado.
- Desde siempre el cuidado de la familia recayó en las mujeres, sin embargo la historia no aclara el sexo de las personas que se dedicaban al cuidado de las personas fuera de la familia.
- Las tareas y cualidades de la persona que le ayudaba al médico en los Tiempos remotos, no dista mucho de las características actuales de las enfermeras (administración de medicamentos, dedicación al y la paciente y pureza de mente y de cuerpo, habilidad, buenos principios).
- La historia de la Enfermería como profesión tuvo en sus orígenes la influencia de las órdenes militares. De ella se heredó, entre otras cosas:
 - La idea sobre la importancia de los uniformes.
 - La necesidad de la organización de los servicios de enfermería de forma rígidamente jerarquizada.
 - La manera de establecer y administrar los servicios hospitalarios.
 - La realización del transporte de heridos (as) y enfermos.
- También influyeron en esa historia las órdenes religiosas, las cuales también aportaron a la profesión:
 - El trabajo por vocación.
 - La dedicación exclusiva al cuidado de las personas.
 - La importancia de la atención espiritual a las mismas.
 - Disciplina estricta basada en la obediencia, la humildad y la docilidad.

En cuanto a la socialización:

- En la sociedad patriarcal, los hombres y las mujeres deben de asumir una serie de roles y prohibiciones, además de un conjunto de actitudes esperadas para cada uno de ellos y ellas; en la mayoría de los casos, diametralmente opuestas e inculcadas a lo largo de sus vidas, con el propósito de establecer un modelo hegemónico de feminidad y masculinidad.
- En la socialización de género se asignan a las mujeres tareas que son proyección de los oficios domésticos, lo que interviene al elegir la profesión.
- Los trabajos etiquetados como 'femeninos' están menos valorados que los 'masculinos'
- Las especialidades tradicionalmente femeninas posibilitan el acceso a empleos peor pagados y de menor prestigio social.

117

- Las relaciones de poder que se desarrollan por la desigualdad de género en la sociedad patriarcal son de dominación/subordinación.

- Aunque el impacto psicológico de la opresión y la visión estereotipada de la mujer, están solidamente arraigados en la sociedad, es posible cambiarlos.

- Se debe de asumir que el género es una construcción cultural y que las relaciones de género son dinámicas y susceptibles de ser transformadas a través de la interacción humana, lo que exige una reconstrucción del ordenamiento simbólico de lo femenino y lo masculino en la interacción social.

En cuanto a la formación universitaria:

- La mayoría de las entrevistadas opina que sus estudios no son suficientes para su desenvolvimiento.

- La mayoría de las enfermeras participantes mostraron una actitud de superación al querer seguir estudiando.

- La jerarquización existente en la Escuela de Enfermería y la concentración del control en la profesora, hacen que las estudiantes se acostumbren a la diferencia de poder y se fortalezca la sumisión.

- En la formación universitaria de los y las profesionales se hace una separación entre la ciencia y la parte afectiva. En Medicina, el énfasis está en el saber científico y en la Enfermería en el humanismo.

- Los conocimientos que se dan en la formación universitaria a las estudiantes no son introyectados de forma integral, esta es una de las razones por las cuales no se sienten capaces de desempeñarse de la mejor manera en su trabajo una vez que hallan finalizado sus estudios.

- Cuando las enfermeras han obtenido alguna especialidad en Enfermería, la mayoría se siente más segura, independiente, con más conocimientos, con más autonomía y reconocimiento a la hora de ejercer su labor.

- Las enfermeras especialistas dedican más tiempo al cuidado directo de las personas. Mientras que las enfermeras generalistas ocupan más el tiempo en cuestiones administrativas.

- Los posgrados obtenidos por las enfermeras en la mayoría de las veces no les son reconocidos en las instituciones empleadoras.

- La formación profesional de las enfermeras está demarcada por los mismos prejuicios y los mismos estereotipos que se vienen comentando en el presente estudio, principalmente la sumisión, la dependencia hacia el médico, el ser para los y las otras(os), la postergación de las propias necesidades ante las de los(as) otros(as), la prolongación del maternazgo en la esfera laboral, la gran demanda del trabajo intrahospitalario que, comparado con el trabajo doméstico, es interminable, razón por la cual la labor de Enfermería es de 24 horas, elementos todos que pueden impedir o

desmotivar a las profesionales de Enfermería a continuar los estudios de especialización, académicos o de educación continua en su misma rama.

En cuanto a la práctica profesional:

- El cuidar se asigna tempranamente a la mayoría de las mujeres en su ciclo de vida, y permanece activo como tarea, o responsabilidad, en todo el proceso vital.
- En nuestra sociedad patriarcal, para cuidar bien se requiere principalmente tener buen corazón, capacidad de entrega, abnegación y vocación, virtudes supuestamente del género femenino, y que se visibilizan en la mayoría de las enfermeras participantes.
- El cuidado como deber de género es uno de los mayores obstáculos en el camino a la igualdad por su inequidad.
- La sociedad espera que las enfermeras aporten el complemento afectivo y expresivo que suavice y enriquezca la acción de los médicos que intervienen en la atención de la salud.
- La actividad enfermera se base en la atención diagnóstica y curativa dentro de los hospitales y como trabajo auxiliar de la medicina, siendo sus tareas más importantes y valoradas: la medición de signos vitales, las curaciones y la administración de medicamentos.
- La mayoría de las enfermeras se han centrado demasiado en los aspectos técnicos de los cuidados, descuidando las implicaciones políticas de su profesión.
- La mayor parte de la atención de enfermería está orientada hacia el modelo biomédico.
- Muchas de las tareas que hace Enfermería se las adjudica el médico.
- Cuando las enfermeras aceptan trabajar en condiciones en las que no pueden poner en práctica lo que han aprendido (por las relaciones de poder), están negando sus creencias y sus valores y probablemente están dejando de respetar a sus pacientes.
- El recargo de pacientes y de funciones que generalmente asignan a las enfermeras, disminuye el nivel de calidad en la atención y aumenta la posibilidad de que las enfermeras incurran en una mala praxis.
- En la práctica profesional, no se trabaja en equipo. El médico da las órdenes al resto de profesionales, incluyendo a las enfermeras.
- Existe una marcada dependencia de la acción de enfermería hacia el médico.
- A nivel laboral hay una escasa definición del rol de las enfermeras. La mayoría de los médicos entrevistados no conocen el perfil profesional de las enfermeras.
- Los médicos mantienen el poder dentro del sistema sanitario.

- Si bien, desde la visión patriarcal, se ha visto el concepto de "cuidar" como una actividad domesticada, se debe de reconocer que en el ejercicio de la profesión de Enfermería, el cuidar es un elemento central pero no desde una perspectiva patriarcal, sino desde una visión profesional inclusive genero-sensitiva.

- La experiencia que adquieren las enfermeras en su labor cotidiana, las provee de conocimiento y el conocimiento da poder. El problema es que la mayoría de ellas no son concientes del poder que poseen, o lo subestiman, de tal forma que acaban careciendo de él.

- Si las enfermeras analizan las implicaciones del hecho de cuidar, pueden avanzar en la comprensión del poder que ejercen. Quizá centrándose más en la forma de ejercer ese poder, y no tanto en los propios cuidados, se pueda reconceptualizar la Enfermería y establecer nuevas formas de trabajar en Salud.

En cuanto a las implicaciones de las relaciones de poder:

- Las consecuencias negativas de la violencia que afecta a las enfermeras en sus lugares de trabajo, repercuten en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar al deterioro de la calidad de los cuidados dispensados.

- La violencia que afecta a la mayoría de las enfermeras en sus lugares de trabajo, entraña un menoscabo a la autoestima y a la capacidad, disminuyendo sus aspiraciones y restringiendo sus oportunidades. La violencia le deniega la experiencia sobre la cual cimentar su competencia y su autogobierno y posibilitar alianzas en condiciones de igualdad con los médicos.

- El gremio de las enfermeras no interviene en la decisión sobre el destino de sus servicios; éste es un resultado de opciones políticas superiores que configuran su mercado y determinan la importancia relativa que dentro de él tendrá cada modelo de atención.



RECOMENDACIONES

- Para cambiar las relaciones de poder dominación /subordinación en la sociedad patriarcal se deben establecer relaciones de cooperación, igualdad y equidad entre los géneros.
- Las mujeres deben ser orientadas hacia áreas no tradicionales y no se las debe exponer a la imagen de la mujer como esposa o madre, ni se les debe involucrar casi exclusivamente en actividades femeninas tradicionales.
- Se debe tener presente que el ámbito educativo, es un espacio de socialización, de actuación, de conocimiento y de reflexión crítica de la realidad, es un espacio privilegiado para desarrollar transformaciones en las percepciones, en los valores y en las actitudes de las y los estudiantes en todos los ámbitos de su vida, por lo tanto se debe de aprovechar este escenario para fortalecer las relaciones simétricas.
- Brindar a las profesoras de la Escuela de Enfermería espacios que ayuden a desencadenar un proceso permanente de reflexión y auto-cuestionamiento, que posibilite la creación de nuevas formas de relación docente-estudiante, cuyo fundamento sea la equidad en la diferencia, como una condición esencial para la futura práctica profesional.
- Los cursos del plan de estudios de la carrera de Enfermería deben de estar sustentados con una perspectiva de género que tome en cuenta las diferencias socialmente creadas y las relaciones de poder entre el hombre y la mujer como determinantes de la salud.
- Seguir abriendo especialidades en los planes de estudio de la Escuela de Enfermería.
- Es necesario que en el plan de estudios de las estudiantes se incorporen conocimientos sobre la violencia de género, para que las mujeres puedan reivindicar sus derechos imponiéndose contra la violencia, contra el poder y contra las discriminaciones.
- El plan de estudios de los y las estudiantes universitarios(as), no debe de hacer separaciones entre la ciencia y la parte afectiva y solidaria. En una y otra profesión deben de estar presentes ambos componentes.
- Las enfermeras debemos luchar para lograr una participación plena e igual en la planificación, la aplicación y la evaluación de todos los programas de las instituciones empleadoras, así como en todas las fases del proceso de dispensación de los cuidados de la salud.
- Fortalecer los Programas de Educación continua para las enfermeras con contenidos centrados en género y los derechos humanos.
- Es necesario crear espacios de reflexión no tradicionales entre las enfermeras, que permitan la reflexión crítica de sus formas de vida y la violencia de género que las puede estar afectando.

- La Enfermería debe tener el convencimiento de que su trabajo es fundamental para el cuidado de los y las pacientes y debe desarrollar un fuerte sentimiento de identidad y orgullo profesional.

- Sería conveniente realizar otra investigación igual, con el mismo tema pero cambiando a la población, o sea, las relaciones de poder entre las médicas y los enfermeros.

- Es importante apoyar y fortalecer las legislaciones que estén dirigidas a promover la igualdad entre hombres y mujeres.

- Para que la situación de Enfermería cambie, no solo es importante reconocer la opresión y su impacto social y psicológico, también es necesario desearlo, tener la voluntad política, la intención, hacer un esfuerzo colectivo y ser conscientes de que es nuestra obligación.

- El proceso de empoderamiento de la profesión de enfermería debe ir acompañada de una profunda reflexión autocrítica del impacto que ha tenido la religión, el militarismo y la construcción estereotipada de género en el desarrollo de pautas de sumisión y dependencia. Por lo tanto:

- Se debe brindar a las profesoras de la Escuela de Enfermería espacios que ayuden a desencadenar un proceso permanente de reflexión y auto-cuestionamiento, que posibilite la creación de nuevas formas de relación docente-estudiante, cuyo fundamento sea la equidad en la diferencia, como una condición esencial para la futura práctica profesional
- El plan de estudios de la carrera de Enfermería al estar sustentado con perspectiva de género debe provocar continuas reflexiones en torno a las diferencias socialmente creadas.
- La transformación hacia una identidad profesional, autónoma e independiente debe procurar establecer rupturas con ese pasado histórico.
- La construcción de la identidad profesional, como se ha evidenciado en los resultados, es un fenómeno complejo; y así de complejos deberán de ser los retos que asumamos en lo personal y en lo colectivo para su transformación.

BIBLIOGRAFÍA

- Atable y col. (1993). *Educación y Género*. Baranttini, C., Eds. Mineduc, Chile.
- Amorós Celia. (1983). *Hacia una crítica de la razón patriarcal*.: Editorial Anthropos, España.
- Apple, M. (1994). *Educación y poder*. Barcelona: Ediciones Paidós. España.
- Apuy, Marcia. (1997). *Desarrollo de la educación femenina en Costa Rica (1889-1949)*. Instituto de Estudios de la Mujer y Universidad Nacional.
- Badilla, Leda. (1994). *Género y salud*. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS.
- Barrantes Echeverría, Rodrigo. (1999) *Investigación: un camino al conocimiento*. Editorial Universidad Estatal a distancia. Costa Rica.
- Blanco Odio, Alfredo. (1997). *Los médicos en Costa Rica y su influencia en el desarrollo social y económico*. Imprenta y Litografía Mundo Gráfico, S.A. Costa Rica.
- Bohohoslavsky, Rodolfo. (1984). *Orientación Vocacional*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
- Borderías, C. y col. (1994). *Las mujeres y el trabajo: Rupturas conceptuales*. Icaria-Fuhem.
- Brito, M. y col. (1966) *Historia de la Enfermería*. 6ª edición. Interamericana. México.
- Burín, Mabel y otras (1989). *Las mujeres y la violencia invisible*. Buenos Aires.
- Burrage, M. y col. (1990) *Professionin theory and history. Rethinking the study of the profession*. Londres.
- Collière, M. (1995) *Promover la vida*. Interamericana MacGraw- Hill. Madrid.
- Connell, R.W. 1997. "La organización social de la masculinidad" en: Teresa Valdés y José Olavarría (eds.). *Masculinidades, Poder y crisis*, Isis Internacional, Flacso Chile.
- Curling Rivera, Vilma. (1980) *Evolución de la Enfermería en Costa Rica. Papel actual*. San José, C.R.
- Chavarría, M. y col (1992). *Las profesiones complementarias de la medicina*. Planeta. España.
- De La Cuesta, Carmen. (1999). *Características de la investigación cualitativa y su relación con la Enfermería*. España: Salvat Editores.
- Domínguez-Alcón, C (1986) *Los cuidados y la profesión enfermera*. Pirámide. Madrid.

- Ehrenreich, Bárbara (1988). *Brujas, comadronas y enfermeras*. Edicions de les dones. España.
- Foucault, M. (1981). *Un diálogo sobre el poder*. España: Editorial Alianza.
- Freidson, R.J (1990). *Profesionalización de las ocupaciones sanitarias*. Mc Graw-Hill-Interamericana. Madrid
- García, Catalina (2001). *Historia de la Enfermería*. Harcourt, S.A. España
- Gracia, G. (1984). *El cristianismo y la asistencia al enfermo*. Editorial Alianza. España.
- Granados, Marcela (2003). *Inicio de la ruta hacia la paz*.: Comisión Nacional de Derechos Humanos. México.
- Hernández, Juana. (1995). *Historia de la Enfermería*. Editorial Interamericana. España.
- Jodelet, G. (1984). *La representación social: fenómenos, conceptos y teoría*. Paidós. Buenos Aires.
- Lagarde, Marcela (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madre-esposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- (1992). *Identidad y Subjetividad Femenina*. Fundación Puntos de Encuentro. Nicaragua.
- (1997). *Género y Feminismo: Desarrollo Humano y Democracia*. Horas y Horas Editorial. Madrid.
- Lain Entralgo, P (1979). *Historia de la Medicina*. Masson. Barcelona
- Leddy, Susan y col. (1985). *Bases conceptuales de la Enfermería Profesional*. Estados Unidos. Editorial Lippincott.
- Lengermann, Patricia y Jill Brantley (1993). Teoría feminista contemporánea. En *Teoría Sociológica Contemporánea*. McGraw Hill. México.
- Lyons, A. y col. (1980). *Historia de la Medicina*. Ediciones Doyma. Barcelona.
- McCarthy, Tomas (1987). *Teoría crítica de Habermas* Editorial Tecnos. . España.
- Marcet, Gloria Poal (1993). *Entrar, quedarse y avanzar*. Siglo Veintiuno. México.
- Marrimer - Tomey (1995). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Madrid, España.
- Martínez, María Luisa (2001). *Evolución histórica del cuidado enfermero*. Harcourt, S.A. España.

- Martínez, Matilde (1989). *Comportamiento Humano. Nuevos métodos de investigación*. México: Editorial Trillas.
- (1985). *Sociología de una profesión: El caso de Enfermería*. Universidad Nacional de México. México.
- Mattelart, Michelle (1993). *La cultura de la opresión femenina*. Era. México.
- Menéndez, Eduardo (1990) *Antropología Médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
- Merino, Ma. del Carmen (1990) "Adolescencia, juventud y plan de vida. Reflexiones sobre la formación y orientación de los estudiantes universitarios". En: *Perfiles Educativos*, U.N.A.M. México.
- Meza, Graciela. (1994). *Diferencia de género en la elección de carrera*. Tesis. U.C.R.
- Mies, M. (1991). *Hacia una metodología para una investigación no sexista*. En Ministerio de Justicia (comp.) Elementos y metodologías sobre investigación no sexista (pp. 35-53). Costa Rica.
- Molina, M. (1973) *Historia de la Enfermería*. Editorial Interamericana. Buenos Aires.
- Moncarz, Esther (1990) *El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada*. Editorial Paidós. España.
- Moscovici, S (1984). *Psicología Social II.*: Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Muñoz, Sonia (1992) *Mundos de vida y modos de ver*. Bogotá: Tercer Mundo editores.
- O.P.S. (1993) *Género, Mujer y Salud*. E.U.A.
- Paramio, Ludolfo.(1985) *Lo que todo marxista vulgar debe saber sobre feminismo*. Nueva Sociedad.
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. España: Salvat Editores.
- Pérez. G. (1994) *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Editorial La Muralla. S.A. Madrid.
- Ponce de León, Sara Alicia. (1964). Utilización del estudio de recursos y necesidades de Enfermería para la organización de la educación básica, en *Revista A M E*, México.
- Riquer, Florinda (1993), *El Estado Mexicano, las feministas y los estudios de la mujer*, en Claudia Serrano. Las investigaciones sobre la Mujer en América Latina, INSTRAW-CIPAF. Santo Domingo.

Rodríguez Sáenz, Eugenia. (1996) "*Hábrase visto cosa igual. El trasfondo doméstico de la lucha por la aprobación del voto femenino*". En: actualidades del cihac (noviembre 1996,1)

----- (1998). "*Inventando el día de la madre en Costa Rica: 1890-1932*".
En Reflexiones.

Sharrat, Sara. (1993). *Feminismo y ciencia: una relación problemática*. San José: Flacso, Programa Costa Rica.

Salas, Maricel (2002). *El acoso sexual en el trabajo*. Significado en los albores del nuevo milenio. Tesis. U.C.R.

Sayavedra, Gloria (1997). *Ser mujer: un riesgo para la salud*. Red de mujeres, A. C. México

Sociedades Bíblicas Unidas (1987). *Dios habla hoy*. Sociedad Bíblica Colombiana. Colombia.

Schwandt, T. (1994) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks CA: SAGE..

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós Studio.

Tey, R. (1982). *Hacia una definición de enfermería*. Asociación española de enfermería Docente. Barcelona.

Valcárcel, Amelia (1997). *La política de las mujeres*. Ediciones Cátedra. España.

Vargas, Maureen. (1997). *La mujer en la administración educativa desde una perspectiva de género: historia y poder*. Centro Nacional para el desarrollo de la mujer y la familia. Costa Rica.

Vásquez, Marta Lucía. (2001). *El cuidado de la Enfermería desde la perspectiva transcultural: Una necesidad en un mundo cambiante*. Universidad de Antioquia. Colombia.





SIDUNA



"FI18748"