

**Informe del Estudio de Caso**

**Historias de Vida Profesional - Enfermeras**

**Cataluña**

**PT5**



**Conocimiento Profesional en la Educación y en la Salud.**  
**Reestructuración del Trabajo y de la vida entre el estado y los ciudadanos en**  
**Europa**



EU SIXTH FRAMEWORK PROGRAMME  
PRIORITY [Citizens] Contract no.: 506493

Julio, 2006

**Autores:** Jörg Müller, Veronica Larrain, Amalia Creus, Isaac Marrero, Max Muntadas,  
Fernando Hernández y Juana María Sancho Gil

**Traducción:** Magali Kivatinetz. **Supervisión técnica:** Juana María Sancho Gil

# 1. Introducción

## 1.1 Proceso de investigación

La realización del estudio de caso del Estado español siguió los objetivos precisados en el anexo técnico del proyecto, las pautas proporcionadas por los socios responsables del *paquete de trabajo 5 (PT5)*<sup>1</sup> y los acuerdos alcanzados en las reuniones del proyecto. El propósito general de este estudio era mejorar la comprensión sobre las relaciones intrínsecas entre los cambios estructurales en el estado de bienestar (reestructuración) y sus repercusiones en la vida de las enfermeras, sus condiciones de trabajo, su conocimiento profesional y la profesionalización. Más específicamente, los objetivos de PT5 eran:

- Aumentar la comprensión sobre la experiencia personal de las enfermeras en relación con los cambios en su trabajo y el conocimiento profesional.
- Comparar experiencias de trabajo y nociones sobre el conocimiento entre generaciones o entre enfermeras de distintos contextos europeos.
- Llevar a cabo descripciones etnográficas y análisis de la vida del trabajo relacionada con la atención sanitaria en diversos contextos europeos para entender el conocimiento profesional práctico.
- Contextualizar las historias de vida de las enfermeras en relación con la profesión, la reestructuración de la sanidad, y los cambios sociales en Europa.

Con la ayuda de las pautas para llevar a cabo las entrevistas y el análisis de historias de vida profesional proporcionadas desarrolladas por el consorcio, los objetivos generales fueron transformados en un plan de trabajo.

El hospital donde se llevó a cabo el trabajo de campo fue elegido debido al contacto personal con el jefe de control de calidad de la enfermería. Después de una primera visita para presentar el proyecto al conjunto del departamento, éste seleccionó a tres enfermeras para participar, según los criterios de la edad (5, 15, 30 años de experiencia) precisados por nosotros. Un contrato formal - acuerdo ético - fue firmado entre la universidad y cada enfermera que aceptó participar en el proyecto, documentando las responsabilidades mutuas durante la investigación. Al contrario que en otros países, no tuvimos que pasar ninguna comisión ética y la investigación pudo comenzar hacia el final de noviembre en 2005 con las primeras entrevistas y acabar en marzo de 2006 con la segunda ronda de entrevistas. Durante este período de 5 meses, se realizaron tres días de observaciones con cada enfermera.

Las entrevistas y las observaciones etnográficas de las tres enfermeras fueron analizadas según los 12 temas elegidos como marco de análisis de las historias de vida profesional. Los cambios estructurales del estado de bienestar identificados los PPTT 1 y 2<sup>2</sup> se tuvieron en cuenta para analizar el contexto de las carreras profesionales de las enfermeras, especialmente aquellos que conectan con sus experiencias laborales. Del mismo modo se evitó llevar a cabo una descripción formal y descontextualizada de sus

---

<sup>1</sup> Los proyectos europeos se articulan en torno *paquetes de trabajo (workpackages)* que funcionan a modo de estudios autónomos con su número, título, objetivos, metodología, *hitos (milestones)* y *entregas (deliverables)*.

<sup>2</sup> Goodson y Norrie (Eds) (2006) y Beach (2006).

tareas. Para ello las descripciones de las tareas se conectaron a puntos de interés como el conocimiento profesional o el nivel de autonomía en relación con los médicos. Al tema generacional reflejado en los objetivos de este estudio nos referimos en la sección final del informe, aunque se hace visible a lo largo del informe al dibujar el caso de las tres enfermeras estudiadas. Las pautas para llevar a cabo el estudio ponían el foco en las condiciones de trabajo. Nuestro énfasis durante el trabajo de campo, el análisis y el informe lo hemos puesto en las condiciones y las relaciones sociales en el trabajo y el conocimiento/profesionalización.

Finalmente, en octubre 2006 se realizó un grupo de discusión con 4 enfermeras, 2 de ellas implicadas en la formación de las enfermeras. Duró una hora y media y fue estructurado alrededor de los temas del informe que encontramos más relevante o que necesitaban de una discusión más profunda.

## **1.2. Posicionamiento conceptual de los investigadores**

Debido a que nuestra formación como investigadores es en educación y que ninguno de los miembros del equipo se había implicado en una investigación de carácter etnográfico con enfermeras, no llegamos al trabajo de campo con ninguna concepción previa. Sin embargo, los estudios llevados a cabo en los PPTT 1 y 2 sí sirvieron para establecer los conceptos generales que nos permitieron llevar a cabo el estudio.

En primer lugar la *reestructuración*. En sentido general, la entendemos como la reorganización del capitalismo durante los últimos 30 años, ligada a la transición del fordismo al postfordismo, del estado de bienestar al estado flexible, conectado con una intensificación de la globalización y de la interconectividad. Sin embargo, un concepto tan amplio tiene un poder limitado para entender qué sucede en el nivel del hospital. O más exactamente, tenemos que encontrar maneras de localizar lo global (Latour, 2005) para convertir la reestructuración en un concepto útil. Intentamos hacerlo "siguiendo rastros" y "haciendo conexiones" (ibid.) más que atribuyendo causas a las consecuencias. Si tomamos los acuerdos contractuales como ejemplo, uno de los puntos clave para *medir* las condiciones de trabajo, primero necesitamos relacionarlos con la gestión flexible de los centros de salud pública introducidos recientemente en el plano local. Estas nuevas estrategias están inevitablemente ligadas a la liberalización, a la privatización, y a la continua flexibilización del Sistema Nacional de Salud durante los últimos 15 años. Esta reforma fue concebida sobre bajo los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El criterio fue crear un sistema más eficiente, modernizándolo más que expandiéndolo. Con este tipo de estrategias metodológicas hemos querido conectar la reestructuración con nuestro lugar de estudio local, intentando generar una comprensión más profunda de los fenómenos observados. En este caso, la reestructuración explica parte de las condiciones de trabajo y las pone en relación con una tendencia general: la introducción de los criterios de la empresa privada en la gestión de los servicios del sector público.

También hemos intentado poner nuestros hallazgos en relación con otro concepto clave, el de las *generaciones*. Los datos recogidos sugieren un impacto limitado de los cambios contractuales en los trabajadores más antiguos (quiénes han tenido la *suerte* de conseguir una posición permanente) y una situación generalizada de trabajo *precario* entre los trabajadores jóvenes - el grupo más afectado por el nuevo escenario flexible-. Precario es un concepto utilizado cada vez más para describir la situación actual y que hemos hallado útil. Define el empeoramiento de las condiciones de vida, la incertidumbre generalizada, la exclusión, y constituye una categoría global que tiene como objetivo encontrar las relaciones entre el trabajo, la vida, la vivienda, etc., más

bien que describir condiciones del trabajo. Esta es la razón por la que es utilizado al intentar comprender el equilibrio entre el trabajo y la vida, sobretodo para los trabajadores más jóvenes.

La *profesionalización* también forma parte del aparato conceptual desarrollado en los PPTT anteriores y está presente en este informe. En resumen, la entendemos como el proceso por el cual una profesión accede al reconocimiento dentro de una estructura formal en lo referente a las demandas sobre las prácticas y los conocimientos particulares de este grupo. Es el proceso de establecimiento de un estatus y de un sentido desarrollado y más coherente de grupo, con frecuencia en la relación o en oposición a otros grupos.

En el caso de enfermeras en España, ha significado el proceso de romper con el pasado filantrópico/religioso/vocacional de la profesión y la instauración de una "definición profesional", es decir, una definición basada en criterios técnicos y educativos y una relación compleja con otros grupos como los médicos. Es una demanda de identidad y de territorio.

Por último, esta el *conocimiento*. En este punto tenemos que admitir que carecemos de una posición definida por nuestra parte. Parece que nos hemos sentido satisfechos utilizando las posiciones de las enfermeras sobre el tema. Un concepto que define dos niveles muy distintos de experiencia: el técnico y el personal. Cuando nos referimos al conocimiento profesional, ellas hablan de dos niveles, sólo para destacar el último –que no todos tienen- como clave. Pensamos que se requiere una discusión más profunda respecto a este concepto y probablemente y queremos reconocer la inexistencia de una posición más articulada por nuestra parte.

## **2. El Contexto de Investigación**

### **2.1. Cataluña en el Sistema de Salud Español**

Las características del Sistema Español de Salud que incluye el Sistema Sanitario Catalán fueron resumidas en los PPTT 1 y 2 (ver nota a pie de página 1). El material disponible nos advirtió de posibles generalizaciones precipitadas. La situación está muy fragmentada, existe una carencia generalizada de datos de calidad en el nivel nacional. Información fundamental, por ejemplo, sobre el personal y su utilización en la atención primaria, la longitud de las listas de pacientes, los patrones de utilización del servicio por edad y clase social, la cobertura de la nueva red atención primario, las listas de espera, o los perfiles de coste de cada hospital, no está generalmente disponible a escala estatal<sup>3</sup>.

Antes de describir en detalle el Sistema Sanitario Catalán será mejor recordar el contexto histórico y nacional. Primero, la herencia del período franquista se puede resumir en tres puntos principales: la cobertura no era universal, la coordinación entre las diversas redes era pobre, y el sistema de salud primaria estaba claramente subdesarrollado. La sólida mayoría obtenida por el PSOE en 1982 le permitió llevar a cabo una reforma fundamental del sistema sanitario. Los años 80 vivieron la transición de un modelo de Seguridad Social a un Servicio de Salud Nacional basado en el acceso universal y financiado por los impuestos. La Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986) fue la piedra angular de un nuevo Sistema Nacional de Salud hasta el año

---

<sup>3</sup> EOHCS, 2000: 126-127.

2000. En línea con las ideas de la OMS, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad vinieron a suplantar a una perspectiva basada en la curación, y fueron definidas como la base del sistema. Este cambio del paradigma implicaba la horizontalidad de las relaciones entre los profesionales de la salud minando la primacía de los médicos y de su discurso biomédico (la promoción de la salud requiere un espectro mucho más amplio de profesionales); así como el tránsito desde los hospitales orientados a la curación a los Centros de Salud como estructura principal de la atención primaria.

Los años 90 fueron dominados por la tendencia hacia el control del coste. Se ve en la publicación del *Informe Abril* que aboga por una “sincronización” del sistema de salud con la tendencia general hacia “nuevas fórmulas de gestión”. La reforma necesaria del sistema dependería en la “excelencia”, el “control del coste”, las “estrategias de gestión” y el “ajuste a las expectativas de los usuarios”<sup>4</sup>. La reforma prevista también abrió la vía de “colaboración” con el sector privado (*terciarización*) e introdujo la idea de la competencia entre los proveedores de servicios para mejorar la calidad, alcance y precio de los mismos. Sus características principales eran por tanto: flexibilidad, descentralización y competencia interna. El *Informe* causó una fuerte oposición pero, como veremos, tuvo distintos grados de influencia en las políticas sanitarias de las comunidades autónomas.

La tendencia más reciente del Sistema Español de Sanidad gravita alrededor de las nociones de "equidad, calidad y participación." La *Ley Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* de 2003 emprende una reforma de la de 1986 e identifica los nuevos desafíos del Sistema Nacional de Salud tales como la orientación a los resultados, el otorgamiento de poder a los usuarios, la implicación profesional, y la integración de la atención sanitaria y sociosanitaria.

La primera Comunidad Autónoma que tuvo control sobre su sistema de salud pública fue Cataluña, en 1981. Andalucía siguió en 1984, el País Vasco y la Comunidad Valenciana en 1988, Navarra y Galicia en 1991 y Canarias en 1994. El resto de comunidades siguió bajo control de la administración general del estado hasta 2002<sup>5</sup>.

Según Navarro (2003), el gasto de la sanidad disminuyó en Cataluña del 5,6% del PBI en 1993 a un 4,9% en 1999. Este porcentaje es considerablemente más bajo que el promedio de la media UE-15 (7,1%) y el español de 5,7%. Esto significa que Cataluña es una de las regiones europeas con el gasto más bajo en sanidad. Al mismo tiempo, el gasto farmacéutico es extremadamente alto (el 20%), dando por resultado un gasto no farmacéutico total de 3,92% del PBI, el más bajo de Europa. Además de estos datos generales, las reformas no han podido reducir las listas de espera, ni aumentar el tiempo de las visitas, o ejecutar la reforma de la atención primaria. Más de 20 años después de ser aprobada, entre el 30% y el 50% de población continúa siendo atendida en los viejos ambulatorios<sup>6</sup>.

Cataluña adoptó la Ley Nacional de 1986 en 1990, mediante la *Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya* (LOSC). Sus puntos más importantes regularon la separación entre la financiación y el acceso a los servicios de salud y se insistió en la diversificación de las empresas suministradoras de servicios de salud y en el aumento de la competencia entre ellas. Cataluña, por tanto, lideró la implementación de las ideas neoliberales planteadas en el *Informe Abril* que, de 1996 en adelante, el gobierno

---

<sup>4</sup> Irigoyen (1996).

<sup>5</sup> Freire (2003: 302).

<sup>6</sup> La información varía de acuerdo con Freire (2003) o Navarro (2003).

conservador rescató y restableció en el nivel nacional. En las modificaciones subsecuentes de la LOSC (1995, 2003), la tendencia principal ha sido la diversificación adicional de los servicios de salud y la descentralización de la estructura administrativa combinada con la integración los planes de salud y sociosanitarios.

Debe destacarse también que el sistema de la salud de Cataluña tiene una estructura más compleja que otras regiones de España, ya que existe una doble red de servicios públicos y públicos/privados. En contraste con otras regiones hay pocos funcionarios y más personal contratado.

## 2.2. El hospital de Cataluña

En el contexto español, Cataluña tiene que ser vista como la punta de lanza en términos de tendencias neoliberales en la reorganización del servicio de salud pública. Y en Cataluña, el hospital donde realizamos nuestra investigación representa un papel similar. El *Hospital del Mar* está en Barcelona, cerca del puerto olímpico. Pertenece al municipio, pero se sitúa al mismo tiempo en contextos administrativos más amplios tales como la Servicio Catalán de Salud (CatSalut). Es importante remarcar su estatus único: el *Hospital del Mar* se considera un caso ejemplar en términos de la reestructuración e introducción de aspectos relacionados con la gestión en una institución de salud pública. Ha sido la institución modelo para "combinar un servicio de salud pública de calidad con eficacia económica"<sup>7</sup>. Esto proporciona un entorno muy interesante para explorar las cuestiones clave relativas al *conocimiento en acción* ya que las relaciones entre los macroprocesos y las experiencias de vida individuales están mucho más acentuadas que en otros contextos.

Aunque la historia del *Hospital del Mar* se puede remontar a 1905, el acontecimiento crucial en su historia más reciente fue la creación del *Institut d'Assistència Municipal Sanitària* (IMAS) en 1983. El IMAS fue fundado por el ayuntamiento como forma de unificar el servicio y la administración de la salud. Esta organización integra una serie de centros de salud, incluyendo el *Hospital del Mar*, y es el eje del servicio de salud de la ciudad. Cuenta con un estatus jurídico autónomo, independiente del gobierno de Cataluña. El 60% de la junta directiva de IMAS pertenece al ayuntamiento de Barcelona y el 40% a la *Generalitat de Catalunya*. Además, el IMAS está asociado al *Consorci Sanitari de Barcelona* donde el gobierno catalán cuenta con el 60% versus el 40% del municipio. Esto significa que el IMAS administra algunas instituciones que pertenecen oficialmente al gobierno local y "disfruta" de una atmósfera todavía más relajada en términos de las condiciones de trabajo (como reflejan los comentarios personales de una de las enfermeras).

La principal innovación en relación a la creación del IMAS fue el desarrollo de un plan de negocio. Algo singular tanto en Cataluña como en España. Su primera versión se realizó entre 1984 y 1987 e introdujo la eficacia económica, el control del gasto, y los beneficios como los temas centrales del trabajo del hospital. Joan Clos, que luego sería alcalde de Barcelona, trabajó en el hospital como coordinador y describe los cambios durante la década de los 80 como una mejora porque permitieron unificar los centros previamente dispersados de la ciudad en una sola estructura administrativa. Esto implicó, por ejemplo, la unificación de contratos y de flujos informativos, y una planificación coherente de las estrategias de futuro, incluyendo la investigación y la formación del personal. Éste pasó de funcionario a ser empleado mediante contratos

---

<sup>7</sup> IMAS (2003): Butlletí informatiu Núm. 7 - *10 Anys d'Integració de la Xarxa Sanitària Municipal*. El contexto histórico de las siguientes páginas, si no se indica lo contrario, está basado en este informe.

privados y temporales. Todo el discurso de la creación del IMAS promovido por Clos, sigue una retórica neoliberal en la que un servicio de salud de calidad se alcanza adoptando medidas económicas para erradicar la ineficacia de la administración pública anterior.

El siguiente acontecimiento decisivo para el IMAS y el *Hospital del Mar* fueron los Juegos Olímpicos de 1992. El hospital fue elegido como centro de salud oficial para la familia olímpica, lo que conllevó inversiones a gran escala en la infraestructura y servicios adicionales (análisis del doping por ejemplo). Ya en 1991 cuando se publicó el *Informe Abril*, el IMAS se veía en la vanguardia de la sanidad pública, considerándose 10 años por delante de las metas de este influyente documento<sup>8</sup>. Sin embargo, el período postolímpico fue marcado por cierta recesión ya que las inversiones económicas no fueron tan abundantes. Esta falta del capital y expansión adicional fue contrarestada al parecer por un proceso de reestructuración con el objetivo de unificar/especializar los centros de salud que pertenecían a IMAS (que duró de 1993 a 1997). El *Hospital del Mar* fue confirmado cómo hospital general; sin embargo el *Hospital l'Esperança*, estructuralmente muy similar, se especializó en cirugía y el resto de servicios emigraron al *Hospital del Mar*.

En su período más reciente (1998-2003) un aspecto clave del hospital es la implicación de sus profesionales. Estas preocupaciones reflejan las tendencias nacionales incluidas en el *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* de 2003. El hospital pone un gran énfasis en la formación permanente y la carrera profesional y alinea su discurso hacia la provisión de un servicio de salud de calidad “centrada en el usuario”. Además, desde 1973, el hospital se asocia a la *Universitat Autònoma de Barcelona* que desempeña un papel importante en la formación inicial de enfermeras y médicos. En el año 2001, había cerca de 1000 estudiantes adscritos a los diversos centros educativos pertenecientes al IMAS. Dado su pequeño tamaño en comparación a otros centros de España, su investigación y producción científica están entre las más relevantes del país<sup>9</sup>. Todas las enfermeras que participaron en este estudio están implicadas en actividades de tutoría o formación.

El *Hospital del Mar* tiene 418 camas, 18 de cuidado intensivo; 10 unidades de cirugía, 15 de hospitalización y atiende a una población de cerca de 260.000 personas de los distritos *Ciutat Vella* y *Sant Martí*. El período entre 1983 y 1993 fue de fuerte crecimiento y el hospital aumentó su capacidad de atención de 18.000 a 23.000 pacientes por año.

Existe una agenda política claramente articulada en lo referente al *Hospital del Mar*. Aunque hemos oído más de una vez que la administración del hospital está bastante alejada de las preocupaciones diarias de las enfermeras, las temáticas que emergen de nuestro trabajo de campo permiten dibujar algunas relaciones explícitas entre la reestructuración y la experiencia profesional de las enfermeras. Hay que hacer notar que esta reestructuración actúa en el nivel local y municipal, más que en el nacional. Sin embargo, como el folleto del IMAS indica, el Hospital en este sentido va 10 años por delante en lo que a flexibilidad, descentralización y competencia interna se refiere.

---

8 Ver “Spanish Case Study” en Beach (2006).

9 Cuenta con los tres hospitales universitarios más innovadores de Cataluña, en términos de producción científica en relación con el número de profesionales.

### 3. La trayectoria de vida de las colaboradoras

Para asegurar el anonimato de las enfermeras que han participado en el estudio hemos utilizado seudónimos.

Maite es la enfermera con 5 años de experiencia. Inicialmente quiso ser médico pero cambió a enfermería después de ponerse en contacto con algunos de los temas "duros" tales como patología anatómica. Dejó la medicina y comenzó a estudiar enfermería sin estar totalmente segura de haber elegido la profesión adecuada. Sólo ahora, cuando mira hacia atrás, afirma que era la opción acertada porque le gusta lo que hace. Maite recibió su formación inicial en la escuela universitaria enfermería asociada al *Hospital del Mar (Universitat Autònoma de Barcelona)* y le ofrecieron un trabajo poco después de terminar su diplomatura. Durante cinco años sólo consiguió contratos temporales para trabajar como substituta, así que cambió con frecuencia de servicio (neurología, cirugía ortopédica, cirugía cardíaca, etc.) sin tener la ocasión de conocer en profundidad ninguno de ellos. Durante parte de ese período también trabajó en otro hospital en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que la llevo a realizar un curso de postgrado sobre el tema. Aunque terminó el curso, no le ofrecieron el trabajo que ella esperaba y no continuó trabajando en esa unidad. En este momento está trabajando en el *Hospital del Mar* en una sala de la postcirugía. En la actualidad, tras cinco años con contratos temporales, tiene un contrato de interina de 21 horas (tres días - viernes, sábado, domingo – y turnos de 7 horas). Su trabajo también es más estable al estar asignada a una unidad específica. Pero al trabajar solamente tres días necesita trabajos adicionales. Durante el período de nuestra investigación Maite trabajó para un laboratorio haciendo extracciones de sangre en diversas compañías a través de Cataluña. La realización de este trabajo implicaba tener coche propio. También la contrató otro instituto que pertenece al IMAS, el IMIM<sup>10</sup>, para realizar pruebas clínicas. Como este instituto pertenece al IMAS como el *Hospital del Mar*, no tuvo que firmar otro contrato sino una extensión del primero en términos de horas. Ahora trabaja 6 días, 3 en sala y 3 en el laboratorio. Tiene un contrato que especifica dos tareas muy diferentes. Los primeros 5 años de experiencia profesional de Maite se han caracterizado por una alta inestabilidad en términos contractuales pero también en términos de contexto de trabajo. Los cambios entre los servicios no le han permitido el desarrollo de una carrera profesional planeada y continua. El lugar y el momento de trabajo han sido determinados por las necesidades de última hora del hospital y no por las ambiciones de Maite o su conocimiento profesional.

*Flor* es la enfermera con 15 años de experiencia. Desde el principio, se ha de señalar el estatus especial de Flor. Aunque durante casi toda su carrera ha estado trabajando en contacto con pacientes (según los requisitos del proyecto de Profknow), al poco de comenzar nuestra investigación Flor aceptó una posición más administrativa. Esto terminó siendo una ventaja porque nos permitió obtener un conocimiento más profundo de las tareas administrativas distribuidas entre el gobierno local y el municipio y las dimensiones implicadas en este nivel de la reestructuración institucional. Flor comenzó los estudios en 1979. Puesto que los estudios de enfermería entraron en la universidad en 1977, ella pertenece a una de las primeras promociones de la nueva generación de enfermeras con un título universitario. Evaluando este cambio en la profesión, Flor

---

<sup>10</sup> El Instituto Municipal de Investigaciones Médicas (IMIM) es el Centro de Investigación Médica de la municipalidad. Su objetivo es la investigación y la formación en Biomedicina, Salud y Ciencias de la Vida.



expresa que esto ha dado lugar a un nivel intelectual más alto en el colectivo de enfermeras, pero implica un cierto fracaso al no tener efectos directos, por ejemplo, en la mejora de los sueldos o el estatus profesional.

Cuando acaba los estudios se especializa en psiquiatría con un curso adicional de dos años. Como comenzó los estudios más tarde de lo usual y entró desde un campo distinto (había estado trabajando en una empresa de informática), no le fue fácil encontrar un trabajo permanente como enfermera en el sistema de sanidad pública. Flor trabajó en un hospital pequeño y luego en una compañía de seguros, antes de conseguir entrar en el *Hospital del Mar*, donde ha estado trabajando desde entonces. Como ella dice, ha pasado por casi todos los servicios del hospital. Por una parte, porque le gusta cambiar y encontrar nuevos desafíos, pero también porque el hospital mueve a las enfermeras de un lado a otro en la función de sus necesidades. Ha trabajado en neurología, en postcirugía y en cuidados intensivos, entre otros. Durante 10 años trabajó en el quirófano como ayudante de instrumentos. Aunque tenía una formación especial en psiquiatría y aunque les pidió a sus superiores en varias ocasiones trabajar en esta área, tuvo que esperar hasta 2002 para recibir una oferta del hospital. En 2002 participó en la creación de una unidad de cuidado de día de psiquiatría (salud mental), colaborando con un psiquiatra, psicólogo durante tres años. Poco antes de comenzar nuestra investigación (noviembre de 2005), el hospital le pidió que participara en la organización y coordinación de varios Centros de Salud Mental de la ciudad. Esta última posición no implica un contacto directo con pacientes. Es un cargo administrativo. En términos de capacidad de toma de decisión, autonomía e implicación creativa parece claro que su carrera ha avanzado. De ser parte de un equipo de instrumentistas pasó a coordinar una unidad de cuidado de día y ahora varios centros de salud mental lo que implica negociaciones políticas delicadas entre las instituciones implicadas, sus representantes y su personal. Sin embargo, está por ver si esta autonomía laboral se traduce en una mayor consideración profesional por parte de sus jefes, es decir, del IMAS.

Jenny es la enfermera con 30 años de experiencia. La carrera profesional de Jenny permite rastrear algunas relaciones entre los mayores cambios en el sistema sanitario español y sus experiencias profesionales. Acabó los estudios de enfermería en 1979 a los 21 años. Una vez terminados, Jenny comienza a trabajar en un pueblo con un médico. Ella describe estos años iniciales de su carrera como una experiencia clave ya que vio que había otras formas de trabajar aparte del paradigma biomédico, basado en la cura, que conoció en el hospital durante su formación. Se inició en un gran proyecto, cuidar a la gente del pueblo sobre la base de una relación más personal. En colaboración con el médico, ella entendía su trabajo de una manera más holística entendida como el cuidado global de la salud centrado en el paciente. Aunque Jenny no utiliza estas palabras, está claro en su relato que puso en práctica las ideas que llegaron a ser clave en la importante reforma nacional que se inicia en 1986 (atención primaria, trabajo en equipo). Más adelante, ya en Barcelona, trabajó durante seis años en psiquiatría, un período que ella recuerda como la "mejor experiencia profesional" de su carrera porque puso los cimientos (en términos del "cuidado" y de la relación enfermera-paciente) para los contextos de trabajo en los que luego desempeñó su función. Luego de haber pasado un año intermedio en nefrología (lo que no le gustó demasiado porque era muy técnico) le ofrecieron coordinar una unidad de atención primaria donde el énfasis estaba en el trabajo en equipo entre distintos profesionales. Luego trabajó en una posición más administrativa coordinando la información del alta de pacientes en unidades de atención primaria. Jenny está en su puesto actual desde hace unos 8 años. Junto con otras enfermeras y médicos diseñó una unidad de cirugía ambulatoria en la que la noción de

cuidado tiene, una vez más, su peso específico. Además da clases a distancia en la universidad. La carrera profesional de Jenny está profundamente interconectada con las ideas clave de las reformas del Sistema de Salud Español. El énfasis se pone en el paciente a través del trabajo en equipo, la prevención y la atención sanitaria. Los puestos de coordinación y el trabajo experimental en los que estuvo implicada a lo largo de su carrera indican el nuevo y más influyente rol que la enfermería podía asumir. Lejos simplemente de aplicar ciertas técnicas, las actividades de Jenny incluían la planificación estratégica, el desarrollo de servicios de enfermería, la exploración de nuevos campos para la enfermería que antes no existían (por ejemplo el centro de atención primaria). Estuvo implicada en la extensión creativa de su trabajo, adquiriendo autonomía respecto a otros profesionales de la sanidad. Sin embargo, el alto grado de profesionalización alcanzado por ella no se ha traducido en una mejora de su carrera. Después de 27 años de experiencia profesional sigue estando en el mismo nivel en términos del estatus profesional que cuando comenzó. Aunque los cambios asociados a las reformas de la sanidad se convirtieron en un verdadero desafío profesional para ella, las ventajas en términos de carrera profesional están todavía por llegar.

## **4. Análisis temático**

### **4.1. Condiciones de trabajo**

Al discutir las condiciones de trabajo es preciso marcar una línea entre los centros públicos y privados. Según las enfermeras con las que hablamos, los centros privados ofrecen más contratos estables, pero pagan peor y existen menos posibilidades de aprender de la práctica. Todas las enfermeras que colaboraron en el estudio trabajan en centros públicos (aunque el concepto de "público" es cada vez más *difuso* como hemos visto en el caso de *Hospital del Mar*) así que a partir de ahora centraremos nuestra discusión entorno a ellos.

Las condiciones de trabajo se describen generalmente como precarias. Hay tres tipos de contratos: temporal, de interinaje y permanentes. Los contratos temporales cubren en general períodos muy cortos de tiempo - los contratos por un día no son inusuales-. Pueden ser substitutiones en caso de emergencia, de baja por enfermedad, de días de fiesta, etc. Hay también contratos temporales de un segundo tipo específicamente para los puestos vacantes. Mientras un puesto fijo no se publica oficialmente para ser cubierto con un contrato permanente, es ocupado por un interino/a con un contrato de interino que es más estable que el temporal, pero ofrece menos seguridad que el permanente. Como explica Maite, los interinajes no son infrecuentes, puesto que muchas enfermeras con contratos permanentes piden baja por enfermedad o transferencia a otros horarios. Los contratos permanentes finalmente proporcionan relaciones más estables de trabajo y seguridad económica. No tienen ningún límite temporal. Ofrecen un estado similar al de un funcionario y son accesibles solamente después de una convocatoria pública y un examen.

La trayectoria típica de las enfermeras es estar con contratos temporales en torno a 5 años. Es decir, estando disponible para trabajar en cualquier momento, cualquier día ante una llamada de última hora. Después de esta etapa es posible acceder a un interinaje, lo que significa un horario fijo y cierta estabilidad - hasta que la posición se convoque oficialmente-. Algunas enfermeras, después de ser interinas, pueden conseguir un contrato permanente. Hay pocas excepciones a esta regla. Es extremadamente difícil conseguir una posición permanente sin ser primero interina; y es

difícil ser interina sin haber tenido contratos temporales primero.

Estos son los tres tipos de contratos estándar en el *Hospital del Mar*. Hay que considerar que no hay personal con estatus de funcionario como sucedía antes en las instituciones de salud pública. Una de las razones de la creación del IMAS en 1983 consistió precisamente en la eliminación del estatus de funcionario para los profesionales de la salud que pertenecen directamente al municipio, que tiene mayor flexibilidad en la gestión de los contratos del trabajador. A estas tres categorías hay que agregar otros cuatro tipos de contrato con respecto al número de horas (excepto las substituciones, que son absolutamente flexibles). Por lo tanto, puede haber un contrato temporal, interino y permanente de 14 horas (los fines de semana), 21 horas (los fines de semana más lunes o viernes), 35 y 40 horas por semana. Los contratos temporales están ligeramente mejor pagados por hora (porque están sujetos a menos impuestos). Las ganancias medias son: 560 € por un contrato de 14 horas; 800 € por 21 horas; 1250 € por 35 horas, y 1500 € por 40. La cantidad final real es sin embargo difícil de estimar, puesto que hay muchos pagos extras por trabajar en días festivos, turno de noche, o situación de riesgo, entre otras. Al personal permanente se le consideran los *tríenos*, una paga especial extra para cada período de tres años trabajados.

Las enfermeras reciben 12 pagas más 2 adicionales en julio y diciembre. Además, en el *Hospital del Mar* tienen una tercera paga en abril, dependiendo de su puntualidad y atención. Luego de haber trabajado 25 años, las enfermeras reciben un mes adicional de vacaciones. Con 30 años se consigue una semana adicional de vacaciones o el importe en metálico de esta semana. También existe una regulación que permite a las enfermeras una jubilación parcial a partir de los 60 años, lo que significa que pueden trabajar menos horas ganando igual. Todas estas condiciones se relacionan con los convenios colectivos, que se firman en cada hospital (o grupo de hospitales gestionados por la misma institución) y las diversas partes, con la aprobación de la unión de sindicatos. Es precisamente la descentralización de los acuerdos lo que permite condiciones de trabajo muy diversas dentro del Sistema de Salud Español (y entre los centros públicos y privados).

Como hemos visto, los contratos temporales suelen darse al inicio de la experiencia profesional de las enfermeras. Las condiciones precarias que se les impone han llegado a ser evidentes si consideramos que los contratos pueden hacerse de un día para el otro. Las enfermeras no saben a menudo si trabajan el día siguiente o no. Esto implica que tienen que organizar su vida alrededor de esos contratos, siempre pendientes de recibir una llamada del hospital.

*“Cuando empiezas no te hacen un contrato de un año entero, sino que vas haciendo contratos de suplencias. Y a lo mejor hoy te vas a tu casa, terminas tu contrato y dices: -“Bueno, a ver cuándo”... Y mañana por la mañana te llaman, que por favor, que vengas. Lo malo es los tipos de contrato. Al principio es horroroso. Porque tienes contratos de un día, contratos de dos días, contratos de tres días, o contratos que sólo te llaman los fines de semana, pero te llaman el viernes. O te llaman para venir ya. Entonces no vives. Aparte, tú lo que quieres es trabajar, porque tú quieres trabajar, pero tampoco vives porque estás todo el día pendiente de si te llaman, o no te llaman. Con la cosa de que digas que no puedes y como digas muchas veces que no puedes, pues dejan de llamarte”.* (Maite).

Esos contratos temporales dejan poco espacio y estabilidad para planificar la vida privada. Además, el contrato tiene sus efectos negativos en la profesionalidad. Según lo mencionado en la descripción de sus carreras profesionales, las enfermeras rotan con

mucha frecuencia entre los diversos servicios, en función de las necesidades del hospital.

*“Y hoy estás en neurología y mañana estás en ginecología y al otro en cirugía general... Claro, eres la aprendiz de todo y maestrillo de nada; o sea, sabes un poco de todo, pero tampoco sabes de nada. No vas con una seguridad...”.* (Maite).

Los cambios frecuentes entre los servicios le dificultan poder ofrecer un servicio de calidad a los pacientes. Ver a un paciente de forma más holística, más allá de la curación de los síntomas parece imposible.

*“Cuando vas de aquí para allá, lo malo es que no conoces a ningún paciente. Los pacientes son muy listos y cuando no te han visto nunca eres nueva. Siempre eres nueva. Entonces claro, no se fían de ti. A veces les vale más lo que les diga cualquier otra persona que hayan visto tres días seguidos que tú que eres nueva, que te acaban de ver”.* (Maite).

Los contratos temporales están frecuentemente atados a ser un "corretornos," donde una enfermera tiene que ayudar en todos los servicios del hospital donde haya alguien que la necesite, transitando incluso entre varias unidades en un día. Las participantes en el grupo de discusión señalaron lo absurdo de la situación: los corretornos son los trabajadores más experimentados y valorados en otros países, mientras que aquí este tipo de trabajo parece ser una parte del castigo del rito del paso. La calidad de la atención, dijeron, se ve altamente comprometida poniendo a enfermeras inexpertas en una posición agotadora y difícil. Una situación similar de alto grado de dinamismo fue observada durante nuestra estancia con Jenny, en la que la secretaria y la enfermera auxiliar pasaban continuamente de atender a pacientes en la sala de espera, a hacer trabajo administrativo en el quirófano, a trabajar con un equipo médico o ayudar a Jenny. Sin poder establecer relaciones más estables ni con los pacientes ni con el trabajo en sí mismo, Maite se sentía físicamente y psicológicamente agotada. No tenía ningún sentido de pertenencia, se sentía enajenada de trabajo y desorientada en lo referente a sus metas.

*“Claro, entonces tú pillas todos los picos de todos los servicios y acabas, vamos, a parte de reventada físicamente, psíquicamente no sabes si estás en pediatría, si te has subido ya, si aquello que te han dicho quién te lo ha dicho, si el de quirófano... Claro, llega un momento en que... Estuve seis meses haciendo eso y dije que me sacaran de allí porque me iba a volver medio loca”.* (Maite).

Aunque su situación de trabajo es absolutamente precaria, Maite no se siente realmente infeliz o descontenta, aunque le resulta duro trabajar los fines de semana porque no le deja prácticamente ningún momento para estar con su familia cuando los suyos tienen más tiempo de libre. Una consecuencia positiva de los cambios frecuentes entre los servicios que ella mencionó fue la posibilidad de familiarizarse con todo el personal del hospital. Y lo más importante es que tiene una actitud positiva hacia su trabajo porque realmente le gusta hacerlo. Volveremos a esto cuando discutamos la “ética profesional y los objetivos”.

Estas condiciones también fueron comentadas por las participantes en el grupo de discusión. La voluntad de trabajar, dijeron, eran más fuerte que la preocupación por las condiciones de trabajo. Al preguntar por los límites de la situación y la dignidad, rieron. Parecía haber una aceptación reluctante o irónica de tal grado de precariedad. Aunque también se expresaron otras opiniones. Flor, por ejemplo, decía conocer a muchas enfermeras que trabajan con contratos temporales de interinaje sin considerarlo

especialmente malo. Aunque Flor tiene ahora un contrato permanente, pasó al principio de su carrera por muchos servicios diferentes haciendo substitutiones. Y aunque es agotador saltar sin la preparación correcta a tareas muy especiales (ella tuvo que trabajar en el quirófano de un día para el otro), también señaló como algo positivo que esto le proporcionó una base de conocimiento muy amplia.

*“Yo entré en el hospital, si mal no recuerdo, en un servicio que se llamaba semiintensivos. Que era un intermedio entre los cuidados intensivos y el trabajo de planta, de allí ya pasé a planta, estuve rotando un tiempo con contratos de suplencia y cosas de este tipo y, bueno, hice un recorrido que a mí me fue personalmente bien porque me formó mucho, no tenía un puesto fijo, pero sí iba supliendo a las enfermeras que por vacaciones o por días de fiesta y tal faltaban. Por tanto pasé por diferentes servicios, por diferentes turnos y esto te da un conocimiento bastante amplio, ¿no? De lo que es al menos este hospital, que pienso que sí es bastante reflejo de lo que es la sanidad en general”.* (Flor).

Flor también dio la impresión en la entrevista de que las condiciones de trabajo contractual precario se han asumido prácticamente como algo normal en la profesión, siendo un mero reflejo de la situación de trabajo en general fuera de la enfermería.

*“...el mundo laboral es muy duro y no lo olvidemos, hay enfermeras que llevan diecisiete años teniendo un contrato no sé si de suplencias, pero sí de interinaje, no tienen un contrato fijo, eso es verdad, pero bueno, yo creo que no más que en otros colectivos laborales”* (Flor).

Ciertamente, estas condiciones no son exclusivas de la enfermería. Cuando nos referimos a las condiciones de trabajo, la flexibilidad, la incertidumbre y la precariedad son la situación general. El índice de contratos temporales en España es el más alto de UE (+90%) y con una tendencia clara a crecer en los últimos 5 años (INEM, 2006).

Durante los tres días de observaciones con Jenny esto se confirmó parcialmente. En el segundo día, una enfermera auxiliar substituía a un colega de Jenny enfermo. Durante la discusión sobre las condiciones de su trabajo la ayudante se calificó como “con suerte” porque tuvo que pasar solamente 3 años con contratos temporales, mientras que algunos de sus colegas llevan 7 o más años sin que les ofrezcan un contrato más estable. Jenny rechaza esta situación considerando que los contratos permanentes eran lo normal cuando ella comenzó a trabajar. Cabe resaltar que en su relato laboral no figuran los contratos temporales o las rotaciones entre los servicios. Ella comenzó su carrera en una situación bastante estable con el médico de su pueblo. Pero para otro colega presente en la discusión, la realidad de las enfermeras ha cambiado bastante en los últimos 30 años; no tiene sentido comparar el comienzo de la carrera de Jenny con la situación actual en el hospital. Las condiciones precarias de trabajo son normales al comenzar a trabajar como enfermera. La ‘última oportunidad’ de comenzar a trabajar con un contrato permanente acabó en 1992 con los Juegos Olímpicos. Como hemos señalado anteriormente, el hospital experimentó un período del fuerte crecimiento en el que muchas enfermeras entraron con contratos permanentes. Como afirma Maite, después de los Juegos Olímpicos empeoraron las condiciones contractuales siguiendo la tendencia general de liberalizar el mercado de trabajo. Actualmente, con el aumento de la modalidad 14/21 horas, más enfermeras pueden tener acceso a un contrato permanente - que no obstante las obliga a buscar segundos y terceros trabajos para ganar un salario digno-.

Los contratos permanentes como los de Jenny y Flor, en combinación con sus años de experiencia profesional, les ofrecen un horario más estable. Tienen libres los fines de semana y los días festivos. Pueden planear sus días de vacaciones cosa que no es normal

si una enfermera está contratada como substituta o interina, como Maite. La dirección contrata a una enfermera que substituye a todas las enfermeras que trabajan tres días a la semana durante las vacaciones, así que Maite tendrá que esperar su “turno” – en torno a dos o tres meses después del período oficial en julio/agosto-. Jenny o Flor están en una posición en la que ya no tienen que enfrentarse a estos inconvenientes.

Tenemos que hacer notar, sin embargo, que las condiciones de trabajo descritas en el IMAS no son generalizables ni siquiera en el nivel local. Son específicas de este organismo. Comparado con otros servicios de salud pública de Cataluña, que pertenecen más directamente al CatSalut (por ejemplo ICS), el IMAS puede caracterizarse como líder de un régimen más ajustado. En el folleto que celebra el vigésimo aniversario de la creación de IMAS, un empleado administrativo subraya el desconcierto de los trabajadores del *Hospital del Mar* ante la instalación de un controlador de asistencia (reloj), cuando el IMAS tomó control<sup>11</sup>. Muestra claramente que este tipo de control está lejos de ser generalmente y aceptado.

Este régimen más estricto del IMAS se evidencia ahora en el trabajo de Flor. Su nueva responsabilidad de coordinar diversos centros de salud mental, que en parte pertenecen a otra entidad llamada *Institut Català de la Salut* (ICS), le permiten subrayar las diferencias entre un instituto público y la "optimización" de la gestión ejercida en el IMAS<sup>12</sup>. Flor explica que normalmente contratan a los profesionales de la salud por 37,5 horas/semana. En los centros que pertenecen al ICS, las enfermeras trabajan solamente 30 horas. En su opinión, el ICS que pertenece directamente al gobierno local permite este tipo de ausencia dando por resultado la falta de un turno. La experiencia de Flor es que el IMAS tiene reglas más estrictas para remediar esas prácticas así como otros "malos hábitos" que se han convertido al parecer en "derechos adquiridos" en los institutos que pertenecen al ICS, como llegar tarde, irse temprano, tomar descansos de media hora. Esto fue confirmado, y celebrado, por una de las participantes en el grupo de discusión que vivió la transición. Ahora, dijo, son verdaderos trabajadores, teniendo que ocuparse de la disciplina: no más compras en horas de trabajo, ni llegadas una hora tarde, etc. También comentó que los cambios en la gestión significan tener que justificar cada gasto, así que tomaron conciencia de cuánto cuesta su trabajo. Esto, según ella, ha dado lugar a una gestión mucho más eficiente. Sin embargo, el grupo no pudo ponerse de acuerdo sobre si esto ha dado lugar a una mejora en el servicio.

Aparte de las situaciones contractuales que enmarcan de forma decisiva las condiciones de trabajo de las enfermeras, ¿cómo tenemos que describir su entorno de trabajo? ¿Cuáles son los problemas, dificultades y necesidades que se repiten? La situación general se puede relacionar con la muy reciente crisis del Departamento de Salud del Gobierno de Catalán (CatSalut) ligada a las condiciones de trabajo de los médicos en los centros públicos y *concertados*<sup>13</sup>. Durante mayo de 2006 el sindicato de médicos de Cataluña convocó una huelga de 7 días para pedir, entre otras cosas, mejores condiciones de trabajo, más recursos, la reducción de las guardias de 48 horas, salarios más altos y la mejora de la calidad del trabajo. La huelga fue apoyada por el sindicato estatal de enfermeras, el SATSE. De forma similar y paralela el sindicato de enfermeras de Cataluña, a través de su plataforma local que funciona dentro del ICS, luchó por alcanzar un acuerdo para la jubilación parcial anticipada con los mismos salarios, el

---

<sup>11</sup> IMAS (2003), p.11

<sup>12</sup> El Instituto Catalán de la Salud es el proveedor más grande de centro de salud en Cataluña. Incluye 8 hospitales, más de 32.000 profesionales y tres líneas estratégicas de sanidad, investigación y formación.

<sup>13</sup> Las instituciones de salud fundadas con dinero público y privado conjuntamente son llamadas *concertadas*.

aumento del personal, una mejora salarial y la reducción de días de trabajo por año. Las demandas de los médicos reflejaban problemas similares a los que emergen de esta investigación<sup>14</sup>. Trabajar bajo presión se ha convertido en rutina; no hay tiempo para cuidar al paciente más allá de la curación técnica; ni para la formación permanente; no hay equipos de profesionales correctamente preparados que puedan garantizar un servicio de calidad; los recursos humanos y técnicos no han aumentado de la misma manera que el trabajo. Jenny hace hincapié especialmente en este último problema:

*“Sí, se quiere potenciar la unidad [se refiere a la Unidad de Cirugía Ambulatoria] pero ¿cómo lo van a hacer? Seguimos con el mismo personal en el mismo espacio físico que es claustrofóbico. Así es como siempre se hacen las cosas. Vamos a aumentar, aumentamos número y después ya hablaremos del personal que se necesita, del espacio y tal. Y esto quema mucho. Esto quema mucho porque se trabaja de una manera muy estresante”.* (Jenny).

La presión en su trabajo ha ido incrementando a través del tiempo ya que cada vez pasan más y más pacientes a través de su unidad. Esto hace realmente imposible ejecutar el trabajo como ella quisiera: no tiene tiempo para cuidar a sus pacientes.

*“A mí me encantaría cuando salen del quirófano poder hablar con la familia, explicarles cómo están y que los vean en el momento y luego se vayan. Y esto no puedes hacerlo. O si lo haces, te pones en contra del resto del equipo o restas tiempo para hacer otras cosas. Y claro, esto, es muy frustrante sinceramente, a mí me frustra mucho esto”.* (Jenny).

Aunque Maite no sea tan explícita como Jenny sobre el deterioro de las condiciones de trabajo también evidencia la enorme cantidad de trabajo que ella y sus colegas tienen que afrontar. Normalmente, cada sala tiene 3 enfermeras asignadas a 40 pacientes. En su sala, sin embargo, hay cuatro camas para pacientes que requieren un tratamiento especial (y que pertenecen a otra especialidad) y tienen asignada su enfermera especial. De ahí que de las 3 enfermeras en su sala, entre 2 han de atender a 36 pacientes. Mientras el jefe de enfermería y la administración aprueben la situación, no hay mucho que ella pueda hacer más allá de intentar realizar el trabajo. Aparte de las consecuencias negativas descrita por Jenny, Maite subrayó el hecho de que esta situación de trabajo hace imposible poner en practicar nuevos conocimientos. Como ella indica:

*“Sí, sí. No se aprovecha porque tenemos que responder a unos volúmenes de trabajo que es imposible. ¡De verdad, es imposible! Que tú puedas, por ejemplo, ahora hace poquito una compañera ha ido a un curso de reducción problemas de disfagia y decía: -“Aquello era ideal, porque tú tenías una sala y te traían a los pacientes, te los iban sentando e ibas haciendo los test, se los iban llevando... eso era... Trabajar así, oye, tranquilamente hacías todos tus tests, este tiene disfagia, este sí, este no”. Aquí, esto es imposible. Y tienes que ir haciendo tú los tests conforme vas pudiendo y si puedes hacerlo hoy lo harás hoy sino lo haré mañana porque, claro, si mientras reparten los desayunos tienes que hacer 50 cosas más.... Los volúmenes de trabajo son enormes además en esta sala, esto es, vamos, acabas con un dolor de piernas, vamos, ni te lo cuento”.* (Maite).

De nuestras observaciones del trabajo de Maite quedó claro que hay muchas tareas

---

14 Como resultado de la huelga, se creó un consejo profesional de médicos para discutir los asuntos relacionados con el trabajo con la administración y los órganos de gestión. El Departamento de la Salud del gobierno de Cataluña aceptó que el incremento salarial de los médicos que trabajan en centros concertados también se haría efectivo en los centros públicos gestionados por el ICS.

“mecánicas” en su actividad. Tener tiempo para “cuidar” en el sentido de tratar a un paciente de forma holística es un lujo dado todas las tareas “básicas” que tiene que realizar primero. En el caso de Jenny, la observación confirmó la naturaleza flexible del entorno de trabajo y del equipo. Ella calificó los dos días como “caóticos” pero no “agotadores”; no fueron operados muchos pacientes durante nuestra estancia, pero, debido a las bajas por enfermedad, el ir y venir de diversos profesionales fue constante. Sin embargo, al conocer su contexto de trabajo quedó claro que está limitada por otros horarios (reserva del quirófano) que le dificultan seguir el ritmo que ella consideraría ideal para “cuidar” a sus pacientes.

Las participantes en el grupo de discusión, sin embargo, argumentaron que aquí el tema no es el tiempo, sino la cultura profesional. Dos de ellas estaban implicadas en la formación de enfermeras desde una filosofía de trabajo centrada en el paciente. Carecer de este concepto, junto con la búsqueda desesperada de reconocimiento por parte de los pacientes y los médicos es lo que hace agotador el trabajo para la mayoría las enfermeras. Bajo ciertas condiciones, una de ellas dijo, que “era mejor que no tuviesen más tiempo, no sabrían qué hacer con él”.

### ***Las relaciones sociales en el trabajo***

Sin considerar las relaciones sociales en el trabajo, la experiencia profesional de las enfermeras no se puede representar de forma adecuada. Ya Maite y Flor resaltaron que una enfermera es sobre todo el nodo de interconexión entre una serie de profesionales de la salud, el paciente y la familia. Con la reforma de la sanidad de 1986 este rol de las enfermeras fue oficialmente confirmado alineando el sistema de salud con un paradigma preventivo que distribuía las responsabilidades entre un equipo de profesionales de la salud. Al mismo tiempo, las condiciones precarias del trabajo que figuran en los párrafos precedentes sugieren que las relaciones entre las enfermeras o entre las enfermeras y los médicos pueden estar fácilmente sometidas a las tensiones y a las presiones extremas. Sin embargo, resulta difícil realizar un resumen generalizador de la situación de las tres enfermeras. Cada una tiene una configuración social muy específica en el trabajo que ni siquiera es similar en su relación con los médicos lo que a menudo se presenta como el aspecto clave.

### **Enfermera – médico**

Todas las enfermeras estaban convencidas de tener su propia esfera de autonomía respecto a los médicos. Aunque la imagen tradicional de la enfermera como ayudante del médico sigue siendo fuerte en la profesión, según Jenny, está declinando. Flor indica que su territorio y su propio espacio los gana a través pequeñas luchas cotidianas.

*Me explico: -“Yo voy a buscarte la historia, si hace falta, a mí no me importa. Yo hago lo que tenga que hacer no tengo ningún problema para hacer ningún trabajo. Ahora, porque tú seas el médico a mí no me mandes buscarte la historia, porque no te la voy a buscar, está claro”. Visita a los pacientes, trae todas las historias y te las deja en la mesa. Y tú piensas: -“¿Y esto?”. -“Son para archivar”. ¡Ah!, cojo las historias y se las pongo en su mesa y dice: -“Y esas historias, ¿qué hacen aquí?”. Digo: -“Son para archivar”... Os cuento este ejemplo porque mucho del terreno nos lo tenemos que estar ganando de esta manera. Haciéndoles ver que cada uno tiene su puesto, que cada uno tiene su trabajo”. (Flor).*

Para Flor, las enfermeras han mejorado su estatus poco a poco. Los médicos se han



comenzado a dar cuenta de que las enfermeras tienen su esfera de influencia y de conocimiento, y ellos tienen los suyos con la tarea mutua de responder a las necesidades del paciente. Sin embargo, este papel complementario no se suele dar en la práctica donde raramente los médicos piden a enfermeras un consejo o su opinión. Lo que dificulta esta emancipación profesional es claramente el alto porcentaje de mujeres en la enfermería contra el alto porcentaje hombres que son médicos. La subordinación profesional consigue reinscribirse y reforzarse así por la jerarquía clásica entre los hombres y las mujeres en las relaciones del género. El hecho que los médicos puedan mantener su ropa debajo de la bata blanca y a las enfermeras no se les permita es una marca visual para los diferentes papeles profesionales.

Pero como indica Maite, la relación con los médicos no está enmarcada necesariamente por el protocolo del estatus. También son importantes la edad y las afinidades personales. Ella se lleva mejor con los médicos de su edad. Aunque pueden existir aproximaciones personales entre algunas enfermeras y algunos médicos, la norma entre los dos grupos profesionales es de cordialidad sin entrar demasiado en los respectivos campos. Para ser un equipo, se dispone de poco espacio oficial para trabajar juntos, como muestran nuestras observaciones:

*“Desde el punto de vista de las enfermeras, la relación con los médicos es muy limitada. Teóricamente forman parte del equipo de trabajo, pero lo cierto es que sus rutinas nunca coinciden. Los cruces por el pasillo son relativamente constantes, pero nunca se hacen visitas conjuntas. No existe en ningún caso una relación tensa, es más bien cordial, pero siempre manteniendo una distancia. En palabras de G. 'ellos van a lo suyo y nosotras a lo nuestro'. Recordemos que no desayunan juntos, ni los médicos entran en la sala de descanso de enfermeras y auxiliares”.* (Notas de campo).

Lo que es más, Maite y sus colegas disfrutaban generalmente de su descanso cuando los médicos hacen su visita en las salas. Ella también considera que los fines de semana son mejores para trabajar puesto que casi no hay médicos alrededor. Esta descripción muestra que el trabajo de las enfermeras funciona de forma relativamente autónoma sin influencia o supervisión directa de los médicos. Como indica Flor, ellas tienen su propia área de conocimiento y campo de la acción. Aunque los médicos definen, por ejemplo, la medicación y el tratamiento de un paciente, la ejecución está bajo la responsabilidad de las enfermeras, sin que el médico siquiera sepa detalladamente cómo se aplican ciertas curas. Cada enfermera, en función de su autoestima y autoconfianza, se aprovechará de esta autonomía o informará al médico sobre cada decisión que toma o irregularidad que sucede.

Esta autonomía puede incluir la interpretación del comportamiento del paciente en lo referente a la medicación, o a tomar medidas para llevar a cabo un análisis que tenga que ser firmado por el médico. Flor demostró que esta autonomía profesional, por lo general, tiene que ser conquistada poco a poco. Maite nos dio un ejemplo de hasta qué extremos puede llegar el hecho de rechazar la petición de los médicos de poner más inyecciones a un paciente en coma. En su opinión, había llegado el momento en el que la posibilidad de desconectar a un paciente debía ser considerada seriamente. Aunque el médico se puso furioso, ella mantuvo su posición y su ética profesional. No está segura de qué hubiese sucedido si otra enfermera no hubiese hecho el trabajo; pero el hecho de que su acción no tuviese consecuencias para ella demuestra que su autonomía profesional y su capacidad de decisión tienen un amplio y no claramente definido espacio.

Otros ejemplos de esta dinámica fueron proporcionados por las participantes en el grupo

de discusión. Una de ellas explicó cómo después de varios conflictos, las enfermeras de su unidad (psiquiatría) tuvieron que luchar - y conseguir - Para poder dar su opinión en el proceso alta a los pacientes. Ella reconoció la importancia de la supervisora de las enfermeras, que apoyó la lucha y la hizo suya. Este ejemplo, para ella, era una muestra de cómo los tiempos están cambiando. Otros ejemplos similares fueron discutidos. Todas convinieron en la importancia del tener el respaldo de un supervisor, que es en definitiva la persona a cargo de este tipo de negociaciones.

### **Enfermera – Enfermera**

Mientras que los distintos roles profesionales entre enfermera y médico y las relaciones históricas de poder definen su relación en el trabajo, en el colectivo de las enfermeras las demarcaciones sociales se basan en los ideales profesionales. Parece interesante que Jenny recalifique la relación enfermera-médico sobre la base de su difícil o más bien devastadora relación de trabajo con sus colegas.

*“¿Cuál es el concepto de enfermería? ¿Es un modelo u otro? ¿Es la autoridad maternal, o no, y ya está? O ¿somos profesionales y nos implicamos y luchamos para ser profesionales,... para nada más? O sea, yo no he tenido jamás, nunca problemas con médicos. ¡Nunca! ¡Nunca! Ni aquí, ni en psiquiatría. ¡Nunca! Problemas con enfermería sí. Un médico jamás se ha reído si he intentado buscar por Internet algo de lo que estábamos hablando. En enfermería sí... Es un colectivo muy complicado el de enfermería, pero mucho. Por lo menos aquí en España, creo”. (Jenny).*

En su servicio comparte el trabajo con otra colega. Jenny no puede trabajar con ella porque su ética profesional es diametralmente opuesta: donde Jenny pone al paciente como centro de su trabajo, la única preocupación de su colega es conseguir terminar cuanto antes, cuanto más rápido mejor. Esa es la línea que Jenny, pero también Maite, traza entre el grupo de los colegas que son los *buenos* profesionales que integran el conocimiento médico, el conocimiento técnico y la noción de cuidado del oficio de enfermería; y los que apenas aplican el conocimiento instrumental del oficio de enfermería sin incomodarse mucho sobre cualquier otra cosa.

Según lo mencionado, los médicos no controlan el trabajo de las enfermeras. Más bien existe un alto grado de autocontrol entre las ellas. Para ninguna de las tres enfermeras existe una autoridad central que especifique las tareas y la metodología para llevarlas a cabo. Las enfermeras toman las decisiones sobre cómo organizar su trabajo por sí mismas. Durante nuestras observaciones con Maite vimos que el procedimiento de cambiar los turnos es organizado por las propias enfermeras, garantizando la continuidad de tratamientos además del control del trabajo hecho. Aunque hay superiores en el lugar de trabajo, la autoreglamentación es la norma. Jenny también es muy autónoma cuando realiza su trabajo; su superior, aunque a menudo está presente en la sala, nunca tiene la ocasión de discutir (criticar o elogiar) la organización de su trabajo.

A la hora de organizar y evaluar el trabajo de las enfermeras, la autonomía da lugar a un complejo microcosmos social. Tienen que arreglárselas entre ellas, conseguir encontrar maneras de negociar la distribución del trabajo y tratar con las contingencias. Durante la observación de Jenny, por ejemplo, un antiguo colega vino a ayudar en su servicio porque ella sabía que faltaba personal. Esto sucedió no porque a ella le asignaran oficialmente esta tarea sino debido a la solidaridad y amistad personal. Lo mismo sucede en la sala de Maite donde hay un sistema complejo de la rotación entre las

enfermeras. Se basa en "la buena voluntad personal" y la solidaridad para distribuir la cantidad de trabajo de manera uniforme - aunque sea frecuente que no funcione y dé lugar a conflictos-.

El panorama que resultaba del grupo de discusión era más sombrío. Las dos personas que trabajaban en la formación de enfermeras hablaron de una seria carencia de voluntad para conquistar un sentido fuerte de autonomía. Dijeron que las enfermeras parecen no tener poder porque en realidad no lo desean, porque no se apoyan. La historia de Maite puede ilustrar este fenómeno: su participación en un proyecto de investigación generó cotilleo y resentimiento entre otras enfermeras, que no entendían "porqué ella, siendo nueva en la unidad". La situación fue similar con otra participante en el grupo de discusión, que formaba parte de un proyecto de investigación sobre la diabetes. No recibía ninguna clase de ayuda de sus colegas, aunque su supervisor parecía estar contento con ella. Sin embargo, ella no parecía estar del todo de acuerdo con la idea de las malas relaciones entre enfermeras e intentó relativizarla: –“No todas las enfermeras son como ésa”. En la única cosa que convinieron todas fue en el problema de que una mayor parte de las dificultades en el trabajo diario estaban relacionadas con el hecho que "somos demasiadas mujeres".

### **Enfermera – Paciente**

El papel del paciente será descrito con mayor detalle en el apartado del conocimiento y la ética profesional y la motivación. Debería ser bastante precisar que para las tres enfermeras el paciente como ser humano está en el centro de su motivación profesional. Sin embargo, las condiciones de trabajo suelen dificultar este objetivo y amenazan con minar su identidad profesional, dejando poco o nada de espacio para las relaciones interpersonales con los pacientes.

Otro aspecto importante en la relación enfermera-paciente es el papel del médico. La subordinación de las enfermeras queda reflejada en términos de cuestionar el conocimiento y las capacidades del oficio de enfermería por el paciente o la familia. La persona que se dirige al paciente - aunque el tiempo compartido con las enfermeras es mucho más mayor - es el médico.

## **4.2. Conocimiento profesional**

Para las enfermeras que participaron en el estudio, existe una clara línea que divide el conocimiento profesional entre aquél orientado a las tareas técnicas, por un lado, y el centrado en el cuidado de una persona por el otro. La bibliografía también suele establecer la misma distinción en términos de conocimiento explícito contra tácito<sup>15</sup>. Las tres enfermeras están de acuerdo en que el conocimiento instrumental, biomédico tal como medir la presión arterial, poner inyecciones, administrar medicación, leer y escribir documentación médica, hasta habilidades más sofisticadas, constituyen la base médica explícita del oficio de enfermería. Está bien establecido en la bibliografía científica (la llaman las "técnicas: eso que todos pueden aprender"). Sin embargo, la verdadera base del oficio de enfermería no reside en este conocimiento biomédico sino que está constituida por el conocimiento implícito del cuidado personalizado, holístico, por la capacidad para relacionarse con el paciente. Este conocimiento personal básico fue definido en parte como inasequible a las formas explícitas de representación y de gestión. Como una actitud y predisposición personal, "algo que uno no puede aprender".

---

15 Ver Goodson y Norrie (2006:17ss.).

Más específicamente, este conocimiento tácito orientado al cuidado fue descrito por Jenny como "practicar la empatía hacia el paciente". De forma explícita argumentó que una enfermera trata a los pacientes como personas individuales siendo especialmente sensible a sus necesidades afectivas y psicológicas. Esto requiere una alta flexibilidad puesto que cada paciente es diferente. Es una habilidad que no puede ser aprendida:

*“El trato personal hacia el paciente, hacia la familia, el tenerlos en cuenta, no te lo ponen en el libro de texto, no lo estudias... y esto, yo no sé si es innato o es formación, o... no sé lo que es. Pero creo que es lo básico. Es fundamental. Y yo siempre he trabajado así. No es que ahora por la experiencia trabaje más así. También es cierto que la psiquiatría me enseñó mucho a tratar al paciente. Y a atenderlo... pues bueno, con toda su riqueza. Que es una maravilla, ¿no? Con todo su estrés, con todas sus angustias, su ansiedad, todo esto. Creo que las enfermeras deberían pasar de forma obligatoria por psiquiatría para.... conocer el sufrimiento de las personas. Y esto no es vocación, ni es nada de eso. Yo creo que es muy básico... La comunicación, el ponerse en el sitio del otro”.* (Jenny).

Las habilidades comunicativas implican una noción no instrumental del cuidado. Del material etnográfico y de las entrevistas surgió la noción de que "cuidar" significa básicamente responder a las necesidades emocionales que los pacientes tienen cuando experimentan situaciones muy agotadoras tales como ser tratados en un hospital. Significa ser sensible a sus preocupaciones y ansiedades, proporcionar comodidad manteniéndolos informados sobre lo que sucede y facilitar su estancia en el hospital. Desde la mirada de la maquinaria biomédica representada por los médicos, la preservación de este cuidado humano no puede ser aprendida. La enfermera más joven también argumentaba que, además de todo el conocimiento técnico, en el centro del oficio de enfermera está el "corazón", la "actitud personal" que no se puede aprender.

*“Las técnicas las aprendes. Llega un momento en que pinchar, poner vías, sondar... todo esto es una técnica que es como el que sabe hacer cualquier cosa manual, pues aprendes a hacerlo. Pero luego te queda lo que es realmente el corazón, la génesis de la enfermería. Y eso si no lo llevas... Hay gente que lo lleva y gente que no. Y eso no se aprende”.* (Maite).

Por el contrario, los médicos tratan a los pacientes según su patología biomédica impersonal y deshumanizada. En contraste con el oficio de enfermera, los médicos pueden reducir al paciente al tratamiento, a la cura. Más allá de la actitud personal y de las habilidades comunicativas, una enfermera necesita una base de conocimiento muy amplia porque tiene que tratar al paciente de forma más global. Las enfermeras ejemplifican en este sentido la reforma del Sistema Español de Sanidad iniciada en la década de 1970 que dio un giro hacia el concepto de prevención de la salud.

*“El trabajo de enfermería es amplísimo. Amplísimo, porque tú tienes delante un paciente que tiene una patología, pero a esa patología van asociadas toda una serie de problemáticas que se derivan a lo mejor de temas laborales, sociales, de todo tipo. Tienes que tener un conocimiento muy amplio”.* (Flor).

Las declaraciones de las tres enfermeras permiten identificar tres tipos de "conocimiento". Primero, tal como señalan Jenny o Maite, el relacionado con la actitud y el conocimiento personal, el "corazón" implicado al tratar a los pacientes. Es la habilidad, el tacto humano o actitud personal para tratar con los pacientes en situaciones difíciles, estresantes, agotadoras. Como tal, tiene que ver con su carácter, sus capacidades comunicativas que no pueden ser aprendidas en los libros de texto. En contraste, están las técnicas biomédicas explícitas del conocimiento y el oficio de enfermería, las habilidades manuales como poner una inyección. Pero entre esos dos

extremos hay otro tipo de conocimiento que Flor ha mencionado. No es totalmente tácito ni instrumental sino más bien interdisciplinario. Es el conocimiento requerido para percibir al paciente de forma holística, como parte de un entramado de relaciones más amplio que no se puede reducir al tratamiento médico ni a la noción de "cuidado". Maite se define a sí misma como un nodo de interconexión entre una red de profesionales de la salud y el paciente (familia). La enfermera, como comentó Flor, también es la persona que proporciona la continuidad del servicio atendiendo al paciente 24 horas al día, 7 días a la semana. Siendo el centro donde los diferentes tratamientos del servicio de salud convergen, una enfermera tiene que saber un poco de todos: el vocabulario y el discurso médico, el del mundo de los asistentes sociales que pueden estar implicados, el de las necesidades (psicológicas e incluso espirituales) de los pacientes y la familia, el del fisioterapeuta, el nutricionista, etc.

Las observaciones del trabajo de Jenny evidencian la existencia de estos tres tipos de "conocimiento". Su responsabilidad no sólo es la preparación de los pacientes para la intervención quirúrgica y la supervisión de la recuperación de la postintervención, sino también atender a cada uno de ellos en las sesiones preparatorias especiales. Durante estas sesiones su tarea es informar al paciente del procedimiento general de la cirugía ambulatoria y clarificar sus preguntas. Aparte de esas tareas algo técnicas y administrativas, tiene que juzgar el historial médico de paciente, las relaciones sociales (familiares), el "aspecto general" y si su ambiente inmediato es lo bastante estable como para poder someterse a una intervención quirúrgica sin estar internado. Si un paciente no tiene ningún familiar que le cuide después de la operación, tendrá prioridad para ser admitido en el hospital. El trabajo de Jenny requiere, por lo tanto, no sólo un conocimiento médico y administrativo sólido, sino también una sensibilidad interpersonal para tratar las ansiedades del paciente (incluyendo a su familia), lo que va más allá del conocimiento médico para situarse en las preocupaciones existenciales<sup>16</sup>. Por lo tanto, la enfermera más antigua ve una buena parte de su trabajo como mediador entre el mundo del médico (el cirujano) y el paciente. Durante las observaciones nos dijo que está traduciendo continuamente el discurso médico experto y los requisitos del hospital para mejorar la comprensión evidentemente limitada del paciente no experto y para contener su ansiedad respecto al tratamiento médico. Ella tiene que "proteger al paciente del médico".

Este énfasis en el conocimiento tácito, implícito en el *corazón* del oficio de enfermera, no significa que el conocimiento instrumental que se le supone a la enfermería no cause problemas. Por el contrario, en la vida laboral del hospital ambas formas de conocimiento están inmersas en diversos tipos de luchas, de conflictos y de negociaciones. Por ejemplo, la voluntad de una enfermera de aprender un nuevo tratamiento o método no significa que tendrá los recursos necesarios para implementarlo. Los problemas de tiempo y dinero que suelen aparecer empeoran por la falta de la ayuda de la dirección. Incluso las condiciones dadas para aplicar el nuevo conocimiento en la práctica no suelen ser especialmente favorables. Maite puso un gran énfasis en las muy difíciles condiciones que le impiden aprender y aplicar el nuevo conocimiento. Para asistir a un curso o participar en un congreso tiene que utilizar su tiempo libre o pedir días sin sueldo. Además, es un sacrificio que profesionalmente no le conduce a ninguna parte. Sus estudios de postgraduado le resultaron perfectamente

---

16 Durante la observación, una paciente vaciló al responder a la pregunta de Jenny con respecto al nivel de "dolor" que sentía, debido al miedo que le producía que su seguro se negase a seguir pagando el tratamiento.

inútiles puesto que nunca llegó a la posición prometida:

*“No he vuelto a hacer ningún postgrado. Ni el de cirugía. Que me gustaría hacerlo, pero... ya lo haré algún día. Es una pena, porque te autoformas. Y es un sacrificio, tanto económico como físico. Y luego, para nada. Porque no me ha servido para nada. Y ahora ya he perdido todo lo que aprendí en aquel momento”.* (Maite).

Por otra parte, parece que las condiciones de trabajo precarias, en términos de alta flexibilidad y rotación entre diversos servicios, han dado lugar a la "internalización" de la formación permanente para las enfermeras en el hospital. En vez de asistir a ciertos cursos, las enfermeras aprenden de otras enfermeras en el trabajo. Aunque, por supuesto, los cursos externos están disponibles, ni la enfermera más joven ni la más antigua los percibe como una posibilidad de formación permanente válida. Además de la mala calidad, como comentó Maite, la rotación pesada entre los servicios también impide poder planear y programar con tiempo las visitas externas del curso. Flor se aprovechó de las ofertas externas, pero también insistió en que con frecuencia uno tiene que aprender directamente en el trabajo. Para los substitutos o las nuevas enfermeras, ésta condición es normal porque vienen a menudo a completar los huecos en los que son necesarias y pasan por distintos servicios de enfermería. Pero también se da cuando se producen cambios más profundos, como cuando asignaron a Flor al trabajo de cuidados intensivos o al quirófano de un día para el otro. Esa es la manera de aprender, en el trabajo:

*Yo, por ejemplo, estuve un tiempo en la UCI, ya te digo que he pasado por muchos servicios. A mí estar en la UCI me conllevó tener que formarme deprisa. Un buen día me dicen: a partir del lunes tienes un contrato en la UCI... A mí me asustaba, yo tenía muy poca experiencia en aquel momento. Esto por un lado, por otro lado la UCI, todo el mundo sabemos que tienes los pacientes más críticos, con mayores problemas, ¿no? Mayores problemas, pues son pacientes que en muchísimos casos están conectados a máquinas. Entonces eso te implica conocer muchísimas máquinas, mucha cosa mecánica.*

*Entonces, tienes que espabilar, no puedes ser la más tontita de todas, ¿no? Me supuso un gran aprendizaje técnico, de manejo de cosas y mucho en el nivel humano. En la UCI vives situaciones muy difíciles, como tener que decirle a un padre, no sólo tú, el equipo, que a su hijo hay que desconectarlo, se ha llegado a la conclusión de que es una muerte cerebral... Pues son situaciones muy duras, durísimas. Entonces todo eso, desde el punto de vista humano y de relación, te enseña mucho. A ver, cualquier situación yo pienso que te enseña. Las hay más críticas y te enseñan, porque las tienes que vivir más, las vives más intensamente. Bueno, yo en todas partes creo que he aprendido. Cuando pasé a quirófano, no sabía nada. No sabía distinguir un instrumento de otro (risas). Nada”.* (Flor).

Maite explicó que, en contraste con las clínicas privadas donde las responsabilidades de las enfermeras parecen estar divididas en compartimientos y un tanto restringidas, en las instituciones públicas las enfermeras tienen que hacer frente a una amplia variedad de actividades y tienen que saber mucho.

*“Porque yo creo que aquí se aprende muchísimo más. Luego ya tendremos tiempo todos, como lo de los CAPs, ¿no? Ser una enfermera de un CAP que sólo consiste en tomar tensiones arteriales a los hipertensos. Que es un trabajo igual que el mío. Pero allí no aprendes nada, simplemente haces un seguimiento. Aquí, y sobre todo en la pública, es donde más se aprende. Porque*

*es donde más trabajo tienes. Porque ya te digo, aquí hacemos de todo. Me contaba una chica que había trabajado en una privada que decía; -“¡Uy!, aquí hacéis electrocardiogramas, hemocultivos... allí no, allí llamábamos y decíamos ‘electrocardiograma’ y venía una con el carro para hacer el electrocardiograma; ‘hemocultivo’, subían del laboratorio...” Digo: -“Pues oye ¡qué chollo! Aquí lo tenemos que hacer todo nosotras”. (Maite).*

Las declaraciones de Flor y de Maite iluminan de forma especial el trabajo en equipo. Parece como si el trabajo en equipo entre las enfermeras - bajo el nivel más general del realizado entre los médicos, los asistentes sociales y las enfermeras - no se concibiese como una colaboración funcional, sino como el resultado de unas condiciones de trabajo inestables. No colaboran como especialistas entre especialistas sino para familiarizarse con el contexto de trabajo, como cuando a Flor le enseñaron sus colegas a manejar los instrumentos en el quirófano.

Este aprendizaje en el trabajo requiere, por otra parte, un alto grado de autonomía en términos de adquisición continuada y autodidacta de conocimiento y también de producción de conocimiento. Las tres enfermeras convinieron en que había una necesidad continua de permanecer informado, de investigar y de mantenerse actualizado. Todas subrayaron la necesidad de cambiar entre los servicios, de rotar para aprender. Para Flor, lo que se aprende en el trabajo sin embargo tiene que ser complementado con el estudio individual. Al comenzar a trabajar en cirugía, ella consiguió una lista de libros para estudiar el nuevo vocabulario médico. También Maite expresó su inquietud y deseo constantes de probar nuevas cosas para continuar moviéndose profesionalmente. O Jenny, que responde a la cuestión de sus fuentes para la formación y el nuevo conocimiento de esta forma:

*“De ti misma. O sea, la autoformación. Cuando cambié de psiquiatría o cuando empecé psiquiatría me puse a estudiar psiquiatría. O bueno, de los compañeros evidentemente. Cuando pasé a nefrología, la propia supervisora, que yo creo es la supervisora más maravillosa que he tenido nunca, que ya no está, ella misma me dio la bibliografía y me dio libros para aprender. Y aprendes de ti mismo y de la gente que ya llevan en servicio un tiempo”. (Jenny).*

Pero las enfermeras demuestran no solamente un grado muy alto de autonomía al aprender nuevas habilidades, sino también al producir conocimiento. Jenny ha diseñado y puesto en práctica una unidad de cirugía ambulatoria, mientras que Flor acaba de aceptar concebir y coordinar diversos centros de la salud mental. Han estado implicadas en actividades de planificación estratégica, diseñando servicios de tecnologías de la información y la comunicación, haciendo investigación en el ámbito de la enfermería, y ampliando su conocimiento en las cuestiones relativas a la gestión a las que se enfrentan cuando conciben el nuevo servicio. Lo que hacen va más allá de la aplicación de cierto conocimiento instrumental del oficio de enfermería y mucho más allá de ciertas nociones del "cuidado." Sin embargo, sigue sin quedar claro hasta qué punto este conocimiento y autonomía se traducen en una mejora de estatus para la profesión.

### ***Ética profesional y profesionalización***

En la sección anterior ya se planteó el tema del valor profesional y la motivación. Sobre todo Maite y Jenny coinciden en que su motivación principal es tratar a un paciente holísticamente atendiendo a sus necesidades emocionales, psicológicas, sociales, en vez de proporcionar un mero servicio biomédico e instrumental, orientado a la tarea. Su

ideal de la profesión gravita en torno al "tacto humano." Esto es lo que distingue a un profesional verdadero de una "enfermera" que apenas hace su trabajo.

*“Existen de dos tipos. La buena enfermera que, pues eso... que se preocupa y hay otro tipo de enfermera que es técnica. Que sólo hace técnica y eso no es la enfermera o no es la enfermería”.* (Jenny).

La respuesta de Flor no fue tan clara como la de las otras dos. Ella definió su profesión en términos muy generales como de "ayuda al paciente". Sin embargo, concibe este "cuidado" como algo que se amplía a otros campos y disciplinas. Para Maite el ideal del cuidado es ver las necesidades más amplias del paciente sirviendo de nodo comunicativo para unificar a diferentes profesionales de la salud. Para Flor, que acaba de comenzar a coordinar diversos centros mentales de salud en áreas privadas, el "cuidar" exige ver al paciente como parte de un cuadro más amplio que implica su contexto social. De la misma manera que las enfermeras identificaron diversos tipos de conocimiento, podemos ahora señalar diferencias en sus ideas sobre la profesión. Mientras que Jenny se concentra en una noción orientada a lo personal, a lo psicológico del cuidado, Flor hace hincapié en las dimensiones sociales del cuidado<sup>17</sup>, y Maite menciona ambos aspectos utilizando similares argumentos.

La dificultad inherente a proporcionar este tipo de cuidado es que su naturaleza emocional y a menudo preverbal sitúa la base de su identidad profesional en el nivel personal. Es una actitud personal hacia los otros lo que la distingue una "buena" o una "mala" profesional. La mera aplicación del conocimiento instrumental, biomédico, no tiene ningún mérito especial en sí mismo; cualquiera puede hacerlo. Sin embargo, cuidar y responder a las necesidades de los pacientes desde lo emocional requiere un carácter especial, fuerte.

*“Yo siempre digo que ser enfermera es como ser monja. Hay que llevar algo dentro que... porque hay muchas veces que tirarías la toalla”.* (Maite).

Una dedicación especial e indiscutible al paciente. Flor entiende que su profesión implica una cierta capacidad para sacrificarse.

*“En enfermería pienso que hay un gran número de personas que la hacen porque quieren hacerla. Que no es sólo una salida profesional, como puede ocurrir con otras carreras... Que sí, que también hay un grupo de personas que pueden hacer esto porque sí, pero que la mayoría es gente que cree en la profesión, que le gusta y que sale con muchas ganas de hacer cosas y, de hecho, yo con la gente que me estoy relacionando, con la gente que llega aquí nueva y tal, tengo que decir que me sorprende muy gratamente por la preparación que tienen, por supuesto, por las ganas que tienen de seguir formándose y porque tienen la capacidad laboral de sacrificio que nuestra profesión desgraciadamente requiere”.* (Flor).

La posición de Jenny respecto a la base de la profesión es interesante porque está marcada por cierta ambigüedad. Hace hincapié, al igual que sus colegas, en que no todos pueden hacer enfermería. Requiere una actitud especial, ciertas habilidades sociales y comunicativas, ponerse en la piel del otro, del paciente. Al mismo tiempo, sin embargo, es mucho más explícita a la hora de distinguir la noción del cuidado de los estereotipos tradicionales del oficio de enfermería. El cuidar, según su definición, no

---

<sup>17</sup> Sin embargo, es importante observar que Flor ha "descubierto", como ella dice, este aspecto más global de su profesión sólo recientemente, cuando asumió su nueva responsabilidad de coordinar la red de centros de la salud. En el hospital, decía, el trabajo se centraba más en las técnicas instrumentales que en esos aspectos holísticos del cuidado.



tiene nada que ver con el papel femenino tradicional asociado a la enfermera. No tiene nada que ver con la enfermera como madre. Del mismo modo, no tiene nada que ver con la vocación. Para ella las cosas comenzarán a estar mejor cuando una enfermera reconozca que este "cuidado" puede ser establecido como base legítima y definitoria de su profesión, lejos de las metáforas tradicionalmente asociadas al "sacrificio", a la "madre", o a la "vocación." Jenny enlaza esta noción profesional de la enfermera con el deseo permanente y autodirigido de conocimiento.

*“Mira, creo que ser enfermera no es hacer tres años y ¡ya está! O ser un sueldo más de una familia, ¿no? Un complemento. Desde el momento que la enfermera piense que es una profesional las cosas irán mejor. O sea, que no es la ayudante del médico, no es el segundo plato, o la señorita, o la niña, o... Desde el momento que una se considera profesional,... aprendes conocimientos porque tienes interés, porque debes autoformarte”.* (Jenny).

La dificultad para entender el oficio de enfermería como una profesión autónoma tiene que ver, por un lado, con la fuerte feminización que refuerza el lazo maternal del oficio de enfermera. Pero, por otra parte, también tiene mucho que ver con el jefe del departamento de enfermería que subraya un modelo u otro en las enfermeras.

*“Jenny: Cuando el colectivo de enfermería... se crea realmente que lo que hace es un trabajo. Es que no sé si contesto. A ver... bueno, con las médicas no pasa esto. Con las médicas no pasa. Pero el colectivo de enfermería básicamente es de mujeres. La mayoría casadas y la mayoría trabajan para ayudar con el sueldo a la economía familiar. Y creo que esto es muy... la filosofía ésta de que no se vive como trabajo, sino como ayuda. Ayuda a la casa.*

**Entrevistador:** *¿Entonces está más relacionado en el plano personal con la familia?*

**Jenny:** *Yo creo que sí. Si te fijas en... bueno no. Hay muchas enfermeras, muchas, que llegan al hospital y llaman [simula una llamada telefónica] “Las judías ya están en la nevera. Las sacas en cuanto llegues” [cuelga el teléfono]. A la media hora [descuelga el teléfono] “Oye.... ehh... el niño” [cuelga]. El día que nos creamos de que cuando llegamos aquí realmente somos enfermeras y que lo de la casa... Que es lo que hace el médico o la médica... no es por ser mujer. Yo creo que esto por un lado. Luego, las direcciones de enfermería deberían reforzar lo que es la profesión. Si hay un modelo maternal pues potenciamos esto [descuelga el teléfono simulando las llamadas anteriores]. Las judías, el niño... y... ¿no? Porque al fin y al cabo lo que hacemos es... un poco de beneficencia, ¿no?”.* (Jenny).

Según lo mencionado, el caso de Jenny es interesante porque nos conduce a una especie de ambigüedad en lo referente a la profesión de enfermera. Por un lado, indica que la enfermería no puede ser aprendida, que es un rasgo del carácter de una persona, natural, preverbal, una habilidad que no se aprenderá. Pero al mismo tiempo, ve muy claramente que la enfermería necesita definir con precisión sus límites profesionales para combatir los estereotipos subordinados del pasado. El "cuidado" podría definir la profesión y proporcionar la base sobre la que la profesión puede demandar su autoridad, su contribución genuina dentro del equipo de las otras profesiones médicas. Sin embargo, parece que mantener este tipo de conocimiento en un nivel tácito, no explícito, definiéndolo como actitudes personales y situándolo en el nivel interpersonal, es esencialmente antitético con la meta de lograr una función legítima. Las experiencias profesionales dominantes de Jenny están mostrando esto. Ella las calificó como "clave" porque aprendió que el estatus y todo el conocimiento asociado a su posición no son

importantes. Precisamente el símbolo del estatus - la bata blanca – se *devalúa* en favor de la relación personal con el paciente.

*“Y aprendí esto, que la bata blanca no tiene ningún valor. Que es el valor que tú le das como profesional, pero tiene valor, no debería tenerlo. Quiero decir, hay otras cosas. Tú puedes cuidar y estar con la gente sin... yo en psiquiatría no llevaba bata blanca. Y me mezclaba con ellos. O sea, es más de tú a tú. La bata blanca para mí es un tema de higiene y nada más”.* (Jenny).

Parece que para Jenny existe una clase de dialéctica imposible en el trabajo: en el momento que la profesión puede demandar su estatus, hacerlo visible en el nivel de la organización y transformarlo en poder oficial, su ética profesional se ve amenazada: estar en el mismo nivel que el paciente. Esto puede constituir la primera ambigüedad del "trabajo emocional" como servicio profesional.

El grupo de discusión nos dio más información sobre estos temas. La confrontación entre un concepto quasivocacional de la enfermería y la alta profesionalización estuvo presente. Tres de ellas se mostraron extremadamente críticas sobre la idea de que hay una dimensión técnica (lo que se aprende) y emocional (lo que se es). Argumentaron convincentemente que ambas dimensiones se enseñan y se aprenden. Una de ellas fue incluso más allá, al decir que ella no *es* enfermera, sino que trabaja *como* enfermera. "Si fuera enfermera, tendría que ir por ahí ayudando a la gente". Para ella la enfermería era un trabajo con un horario y un sueldo. Nada más. Fue interesante observar cómo el grupo cuestionó toda la mitología que rodea a la profesión, el referente de la madremonja fue identificado como obstáculo para el desarrollo de la profesión en relación a otros profesionales de de salud. Fueron muy escépticas sobre cómo se está reajustando la carrera profesional (no creían que iba a dar lugar a una mejora de estatus) pero fueron aún más críticas con las concepciones tradicionales de la enfermería.

Flor explicó la enfermería cómo una profesión de largo recorrido y que la disciplina tiene un corpus delimitado de conocimiento que garantiza su distinción en comparación con otras profesiones sanitarias. Sin embargo, sin detallar más específicamente este conocimiento genuino de enfermería, parecía claro en las observaciones y entrevistas que este conocimiento ha tenido éxito no necesariamente por una mayor profesionalización de la disciplina. El conocimiento tácito no se reconoce con los mismos argumentos que el conocimiento biomédico, científico. E incluso cuando las enfermeras producen conocimiento genuino, no tienen autoridad o poder para decidir sobre su uso y posterior aplicación. Los dos ejemplos siguientes ayudarán a ilustrar el tema.

El primer ejemplo se refiere a la "carrera profesional". Flor ha estado implicada en la tentativa de profesionalizar la enfermería. El *Hospital del Mar* fue el tercer hospital de Barcelona en adoptar en 1998 la puesta en práctica de carreras profesionales. La idea principal era encontrar una fórmula común y oficial para reforzar la profesión, proporcionar incentivos para la formación permanente e idear una forma de reconocer y valorar el esfuerzo individual de cada enfermera (también de los médicos). Sin embargo, antes de entrar en los detalles debemos señalar que ¡las "carreras profesionales" a pesar de su etiqueta no pertenecen realmente a la profesión sino al servicio de salud! No existe una carrera profesional en el nivel nacional o local, sino que cada organismo (IMAS, ICS) tiene su propio modelo. Por consiguiente, cuando una enfermera cambia de organismo su carrera profesional queda invalidada; es intransferible entre los empleadores<sup>18</sup>. Cada servicio de salud negocia su propio modelo

---

18 Esta puede ser la razón por la que no existe documentación oficial. Cada servicio de salud tiene su

de carrera profesional con los representantes de los empleados (tanto las enfermeras como los médicos), los miembros del sindicato y los miembros de las organizaciones profesionales. La filosofía de los acuerdos en el caso del IMAS se resume en la siguiente lista:

- La participación es voluntaria.
- Es irreversible (en otros lugares es reversible; una enfermera puede ser bajada de categoría).
- Implica una ventaja económica.
- No es automática.
- Es el resultado de una evaluación continua durante toda la carrera.
- Se considera un instrumento para el desarrollo profesional.
- Es una manera de aprender de la experiencia.
- Es un instrumento para aumentar la motivación de los profesionales.
- Es un instrumento para establecer una relación más ajustada entre la organización profesional y los objetivos de la empresa. Para consolidar la cultura de la organización y para extenderla a todos los profesionales.
- Es un instrumento para modificar la rutina en el trabajo que impide la realización de trabajo de calidad.
- Es un instrumento para reforzar la autoestima profesional.

La carrera profesional está constituida por cuatro niveles y una enfermera necesita por lo menos 23 años para alcanzar el nivel cuatro, lo que conlleva el logro de un contrato permanente. Cada nivel se asocia a cierto aumento salarial. Para acceder a un nuevo nivel, una enfermera experimenta un proceso de la evaluación que corresponde a su especialidad. Los criterios para la evaluación incluyen los años en servicio y:

- Habilidades de documentación y administración.
- Uso de las TIC.
- Una programación y toma de decisiones para llevar a cabo el trabajo de forma más eficaz.
- Habilidades comunicativas con el paciente y la familia.
- Trabajo en equipo.
- Habilidades técnicas de enfermería.
- Estar abierta a los requisitos del empleador.
- Asumir responsabilidades de enseñanza.
- Formación permanente y autoformación.
- Participar en investigación.

Esos aspectos son evaluados por un equipo integrado por el jefe de recursos humanos, la jefa de enfermería, el jefe de sala o del departamento, colegas de trabajo y las representantes del sindicato (como observadoras). Se evalúa a una enfermera de forma horizontal (por sus colegas del trabajo), vertical (por sus superiores) y por ella misma.

La reacción de Jenny hacia su carrera profesional fue absolutamente escéptica. Como ella indica, desde su punto de vista, el principal protagonista, el paciente, queda afuera.

*“Yo lo estoy haciendo, lo que pasa es que esto de la carrera profesional es un engañosobos. A ver, está la parte de currículum y está la otra parte donde no sabes muy bien qué es lo que están evaluando por allí. El trabajo en equipo, el... que no sabes quien te evalúa,... los conocimientos tuyos y los proyectos que haces con tus compañeros que no sabes cómo se evalúa esto, ¿no? Hay toda una serie de cosas que hacen que... a ver el currículum. Tú sabes contar, con lo cual sabes si tienes currículum o no. Y lo otro ya es una cosa muy subjetiva ¿no? Que no sabes ni quién te evalúa, ni cómo. No, yo no me creo lo de la carrera profesional. A parte de a los compañeros y de considerar el currículum, yo creo que se debería preguntar a los clientes”.* (Jenny).

Aunque hay criterios bastante claros que se evalúan y aunque sabes quién evaluará (como se indica en el documento), las cualidades subjetivas, personales no parecer tener en el esquema de la evaluación la importancia que se supone deberían tener – dado el papel central que tiene para Jenny la ética profesional-. Su experiencia es que lo que constituye una buena enfermera se tiende a deslizar a través de la lista y generalmente no se reconozca<sup>19</sup>.

Para Maite, el problema con la carrera profesional reside en otro nivel. Aunque el objetivo principal es incitar la formación permanente, para ella, en sus condiciones de trabajo ya mencionadas resulta impracticable. No hay ayuda, ni dinero, ni estímulos para ir a congresos, hacer cursos, etc. La participación en la investigación sólo es posible por invitación de los médicos, pero prácticamente no existen ayudas para llevarla a cabo por propia iniciativa. Maite participó en un intercambio de trabajo de dos días con Bélgica que seguramente le daría puntos en su carrera profesional, pero:

*“Yo creo que hay que tener tiempo y que haya alguien detrás que te esté apoyando, que esté diciendo: -“Vale, va, tú hazlo que aquí... ¿qué necesitas, gente?, ¿que necesitamos, pelas? Pues ala, venga”. Pero claro, si estás pidiendo un día de fiesta para ir a no sé dónde. Si bueno, es que mira, vuelvo de Bélgica el sábado a las 10 de la noche y para que el domingo no me tenga que levantar a las 7 de la mañana, después de estar dos días allí, me tengo que buscar un día de mis vacaciones. En vez de decir, bueno... no sé, pues me cojo un día, porque pensé: -“Voy a venir hecha polvo después de dos días allí, encerrados”. Cosas así, ¿no?”.* (Maite).

Para Maite, hacer investigación o ir a congresos significa hacer más cosas que al final realmente no se valorara.

La distancia que existe entre los relatos personales de las enfermeras sobre su identidad profesional y las tentativas de profesionalización también se hizo evidente en el caso de Jenny. Como mencionamos, ella formó parte del equipo que diseñó una unidad de cirugía ambulatoria. Una cuestión crucial para esta unidad era el período necesario para la recuperación paciente. Para evitar riesgos, los pacientes pasan en principio una buena cantidad de tiempo en la unidad antes de que se considere seguro enviarles a su hogar. La experiencia acumulada a lo largo de los años en la documentación recogida por Jenny hizo posible que este período pudiese reducirse de forma perceptible. De este modo ella, como jefa de la unidad, aportó un conocimiento muy valioso. Sin embargo,

---

19 Otro indicador podía ser el valor añadido de saber segundos idiomas. Para Jenny, esto sería sumamente importante; poder comunicarse con un paciente en otra lengua mejoraría enormemente el servicio. Durante nuestra observación pudimos atestiguar las dificultades reales que ella encontró con los inmigrantes que no hablaban castellano o catalán. Pero saber una segunda lengua, aparte del catalán, agrega la misma cantidad de los puntos (0,2) a su "carrera profesional" que conseguir el nivel B de catalán.

el problema es quién tiene autoridad sobre este conocimiento y hasta qué punto será aplicado. Jenny, como enfermera, entendió la reducción del tiempo sobre todo como un aspecto del cuidado: cuanto menos tiempo un paciente tiene que pasar en el hospital mejor. Sin embargo, aunque ella aportó ese conocimiento, no tiene ninguna autoridad ya que la evolución del paciente es decidida por la administración según criterios económicos y no por ella según su concepto ideal del cuidado. En este sentido, "su" conocimiento ahora lo explota la administración para aumentar el número de pacientes tratados, todo lo contrario a los ideales que ella asoció a este concepto. Esta diferencia también puede confirmarse observando que el conocimiento no se tiene en cuenta cuando solamente se refiere a la mejorar el servicio. Como parte de la unidad de cirugía ambulatoria, ella diseñó una base de datos para documentar la(s) operación(es) de la unidad. Desde su perspectiva, hay abundancia de datos acumulados que podrían ayudar a proporcionar, por ejemplo, un cuidado más específico para la población inmigrante. Pero no le interesa a nadie, según ella, porque carece de interés económico. En otras palabras, el conocimiento del cuidado, incluso cuando puede ser articulado en términos exactos, más allá de actitudes o sacrificios personales, no suele reconocerse como tal y no tiene ningún efecto en el sentido de la profesionalización. Jenny es un caso perfecto de lo que Dennis Beach ha analizado, siguiendo a Willis (1999). Ella ejemplifica la tensión entre el conocimiento al servicio del trabajo con utilidad social *versus* su valor productivo en el intercambio económico<sup>20</sup>. Ella se siente agotada. Piensa que su empleador no reconoce la carrera profesional que ha logrado. A pesar de los desafíos, el alto grado de autonomía, las habilidades y el amplio conocimiento mostrados por las enfermeras de nuestra investigación, se sigue echando en falta un auténtico poder profesional.

## 5. Notas para concluir

Esta última sección resume los temas principales que emergen de los datos recogidos en el proceso de investigación. También hace hincapié en las diferencias generacionales hasta el punto que se hayan hecho evidentes. Finalmente, se proponen algunas ideas en torno al estatus del "trabajo emocional". Si tuviésemos que resumir la relación entre la reestructuración y las experiencias profesionales, se podría decir que el hospital en el que hemos realizado nuestra investigación alineó su discurso con la retórica oficial sobre la mejora de la calidad y los servicios, con el control de la eficacia y el coste; en este contexto, estas enfermeras han vivido situaciones muy desafiantes de trabajo pero no pueden gozar de los resultados de su esfuerzo.

Un aspecto fundamental que caracteriza la experiencia personal de las enfermeras en su vida laboral son sus condiciones de trabajo. Especialmente para la enfermera más joven, las condiciones contractuales y las consecuencias que de ellas se derivan son bastante severas. Comparando la situación de Maite con la de Jenny, en los años que la separa, ha habido un gran cambio en términos de flexibilización contractual y el tipo de trabajo a realizar. Aunque Maite ve las consecuencias negativas de su situación, las asume como una condición *normal* (por lo menos para los principiantes en la profesión), como también hace Flor. Por otra parte, estas condiciones contractuales tienen una clara repercusión en el equilibrio entre la vida personal y la laboral. Todas las enfermeras que se incorporan al mercado laboral deben pasar en torno a cinco años de incertidumbre contractual -una clase de incertidumbre que impregna todas las esferas de su vida y que se podríamos llamar "precariedad de la existencia"-.

---

20 Ver Beach (2006: 255).

Aparte de las condiciones contractuales, la dinámica del funcionamiento diario es igualmente importante. Mientras que Maite asume una cantidad inmensa de trabajo como "normal," o por lo menos no la contempla como razón para no gustarle su profesión o pensar en cambiar, para Jenny sí que ha sobrepasado un umbral crítico. Ella no puede trabajar como quisiera; percibe el cambio, la importancia creciente de la eficacia y los criterios económicos como deterioro de sus condiciones de trabajo; se siente agotada.

En relación al conocimiento profesional no existen diferencias generacionales evidentes. Las tres enfermeras hicieron hincapié en la importancia de aprender de forma autodidáctica. Mientras que Flor valora los cursos externos, Jenny o Maite se muestran más escépticas sobre su verdadero beneficio profesional. No hay interés desde la administración de enfermería de promover la adquisición de conocimiento o la investigación. Es responsabilidad de la enfermera, un esfuerzo personal que se ubica en los recursos que están fuera del contexto del trabajo (tiempo personal, vacaciones). Además, todas las enfermeras coincidieron en que el oficio de enfermera no se puede reducir a su conocimiento instrumental, biomédico.

Cuando se les preguntó en concreto por diferencias entre las generaciones con respecto al sentido de la profesión, las participantes en el grupo de discusión no se pusieron de acuerdo -o mejor dicho, acordaron que no había una dinámica clara-. Pensaban que las trayectorias personales (en el trabajo y la formación) eran más significativas para el desarrollo de un sentido u otro de la profesión que la variable generacional.

Durante las entrevistas, independientemente de su edad, las enfermeras decían experimentar su profesión como una lucha para establecer y defender su territorio contra el discurso biomédico dominante. El rechazo para definir su profesión como basada en el conocimiento instrumental, también sirvió para distinguir lo que consideraban constitutivo de una profesional verdadera. Su ética de la cura holística, implicando tanto aspectos psicológicos como sociales, resultó muy evidente a lo largo de la investigación. Pero también se hizo patente que ni la administración del servicio de salud, ni los pacientes, ni los médicos valoran y reconocen realmente este conocimiento -como también sucede en el propio colectivo de enfermeras-. Por tanto, esto no conduce a una mayor profesionalización: todas estas prácticas y conocimientos producidos (que se conciben como parte de la autonomía y de la autoridad) no se incorporan al discurso oficial de la enfermería. Se podría especular en este punto sobre las razones de esta falta de profesionalización. Además de los aspectos históricos e institucionales que siempre se entretajan en las cuestiones de poder, el caso de Jenny invita de forma especial a una reflexión sobre las razones más estructurales. ¿Son los requisitos del poder institucional, del reconocimiento abierto y público del estatus profesional, compatibles con su énfasis en la calidad de las relaciones interpersonales? La vía que el proceso de institucionalización está tomando parece desatender el concepto holístico del cuidado considerándolo no conveniente para el desarrollo de la imagen y estatus profesional.

Del mismo modo, el propio concepto del conocimiento profesional como cuidado (en un nivel psicológico o social) debería guiar una relectura de los informes llevados a cabo las fases anteriores de la investigación (Goodson y Norrie, 2006 y Beach, 2006). La cuestión es si el marco conceptual elaborado en las fases anteriores de la investigación es suficiente para captar los temas y las preocupaciones que emergen de los relatos de las enfermeras. En Goodson y Norrie (2006) y Beach (2006) nuestro acercamiento a la reestructuración y sus efectos sobre las profesiones y el conocimiento profesional se concentraba en la producción, la representación, la gestión y la

explotación de formas explícitas de conocimiento. El papel específico de la educación superior en lo referente a las profesiones se analiza en (Beach, 2006). En este sentido, las universidades públicas parecen haber perdido terreno a la hora de definir las profesiones, siendo substituidas por las certificaciones de las instituciones privadas. Así mismo, hemos detectado una mayor tendencia en la comercialización de la educación, en la que la formación permanente, así como la transferencia de conocimiento y habilidades actualizadas, se ven cada vez más como la condición necesaria para permanecer en el trabajo (¡pero sin traducirse realmente a una ventaja profesional!). En este sentido nuestro análisis se enmarcó en la comercialización del aumento del conocimiento explícito, científico y su inserción en el sistema capitalista. Sin embargo, puede haber otro tipo de análisis que se centre no tanto en el beneficio extraíble de un producto del conocimiento sino en cómo el capitalismo puede alimentar las mismas estructuras que generan este conocimiento en el primer lugar. Puede resultar útil para reflejar las ambigüedades o las paradojas implicadas cuando el "cuidado" se cruza con el conocimiento, cuando la "emoción" llega a ser "trabajo."

Nuestro estudio de caso sugiere la existencia de una serie de vacíos profundos entre el proceso de profesionalización y el sentido de la profesión; entre la recopilación oficial del conocimiento que define la profesión y las prácticas diarias y las perspectivas de las enfermeras; y entre la tendencia ya mencionada de explotación del conocimiento y la indiferencia que los organismos de gestión muestran ante las diversas clases de conocimiento que producen las enfermeras. Estos vacíos señalan un espacio relevante entre algunos de los marcos del estudio de la reestructuración y las evidencias recogidas. Todos parecen coincidir en señalar una fractura entre los procesos diarios y la dinámica oficial-institucional. Las enfermeras que hemos estudiado están trabajando en un ambiente definido por las tendencias de flexibilización y privatización, pero sus prácticas cotidianas, inexplicables sin este marco, no pueden ser explicadas completamente por él. Señalando estos puntos de tensión destacamos la necesidad de una comprensión más compleja de la reestructuración. Parece haber una capa importante de práctica y destreza que escapa de las tendencias principales identificadas en la bibliografía y los informes analizados en Goodson y Norrie (2006) y Beach (2006). La gestión del hospital - el microlugar de la reestructuración -, flexible y brutal, no puede sostenerlo todo. Hay muchas partículas de las prácticas diarias que existen y se desarrollan por sí solas, de una manera mucho más flexible y más líquida.

## 6. Referencias

- BEACH, Dennis (Ed.) (2006) Welfare State Restructuring in Education and Health Care: Implications for the Teaching and Nursing Professions and their Professional Knowledge. *Professional Knowledge in Education and Health: Restructuring work and life between the state and the citizens in Europe*. WP2. EU Sixth Framework Programme (506493). <http://www.profknow.net/fs-results.html>.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS [EOHCS] (2000) *Health Care Systems in Transition: Spain*. <http://www.euro.who.int/document/e70504.pdf>
- FREIRE, José Manuel (2003) "La Atención Primaria de la salud y los hospitales en el sistema nacional de salud" en V. Navarro (coord.) *El Estado del Bienestar en España*. Madrid: Tecnos.
- GOODSON, Ivor y NORRIE, Caroline (Eds) (2006) A Literature Review of Welfare State Restructuring in Education and Health Care in European Contexts: Implications

for the Teaching and Nursing Professions and their. *Professional Knowledge in Education and Health: Restructuring work and life between the state and the citizens in Europe*. WPI. EU Sixth Framework Programme (506493).  
<http://www.profknow.net/fs-results.html>.

- INEM (2006) “Datos Estadísticos Empleo Septiembre 2006”,  
[http://www.inem.es/cifras/p\\_estadis.html](http://www.inem.es/cifras/p_estadis.html) [acceso on-line 06/11/06]
- INSTITUT MUNICIPAL D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIO [IMAS] (2003): Butlletí informatiu Núm. 7 - 10 Anys d'Integració de la Xarxa Sanitària Municipal. Recuperado Junio 2006 de: <http://www.imasbcn.org/Imas/butlleti20anys.pdf>
- IRIGOYEN, Juan (1996) *La crisis del sistema sanitario español: una interpretación sociológica*. Granada: Univ. de Granada.
- LATOUR, B. (2005). *Reassembling the social : an introduction to actor-network-theory*. Oxford ; New York: Oxford University Press.
- NAVARRO, Vicenç (2003) “L'Estat del Benestar a Catalunya”.  
<http://www.vnavarro.org/papers/informes/1%27Estat%20del%20Benestar%20a%20Catalunya.pdf>
- ORTEGA, Carmen y Sánchez, Natividad (1996) “El Siglo XX: hacia la consolidación de la profesión enfermera”, in Francisca Hernández (coord.) *Historia de la enfermería en España (Desde la antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Síntesis.
- WILLIS, P. (1999). Labour Power, Culture, and the Cultural Commodity, in: M. Castells, R. Flecha, P. Freire, H. Giroux, D. Macedo & P. Willis – *Critical Education in the New Information Age*. Lanhan & Oxford: Rowman & Littlefield.