



MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN
ANTROPOLÓGICA Y SUS APLICACIONES.
UNED 2015/16

HOSPITAL SAN CARLOS. LA ENFERMERÍA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Autora: Mariana García González

Tutora: Elena Hernández Corrochano

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
I. PARTE. REFERENTES TEÓRICOS, METODOLÓGICOS E HISTÓRICOS.....	6
1 RELEVANCIA DEL TEMA.....	6
2 METODOLOGÍA.....	10
a) Revisión histórica y bibliográfica.	10
b) Trabajo de campo.	10
c) Perfil de los informantes.	15
d) Dificultades metodológicas y del trabajo de campo.....	16
3 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL	19
4 HIPÓTESIS DE TRABAJO	28
5 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	30
a) Los inicios de la Enfermería.....	30
a) Breve descripción histórica del Hospital San Carlos	37
b) Órdenes religiosas como precursoras de la enfermería. Las Hijas de la Caridad.	43
c) La Enfermería Militar.....	48
d) Las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar.....	50
e) Enfermería civil.....	51
II. PARTE. EL HOSPITAL DE SAN CARLOS. LA ENFERMERÍA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO	55
1 DESCRIPCIÓN DEL MARCO ESPACIAL DEL ESTUDIO. HOSPITAL SAN CARLOS. AQUÍ Y AHORA.....	55

2	LA ENFERMERÍA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	59
	a) La Vocación en Enfermería.....	61
	b) El trabajo remunerado y no remunerado. Conciliación familiar.....	63
	c) La imagen enfermera.....	68
	d) Acceso al mercado laboral del Hospital San Carlos	70
	e) Las adaptaciones a los cambios del Hospital San Carlos.....	74
	f) División sexual del trabajo.....	77
3	CONCLUSIONES	79
	BIBLIOGRAFÍA.....	82
	a) Libros	82
	b) Publicaciones oficiales, congresos y tesis.....	84
	c) Recursos en línea.....	87

INTRODUCCIÓN

El Hospital San Carlos es hoy un centro sanitario que pertenece al Servicio Andaluz de Salud, está situado en la ciudad de San Fernando, provincia de Cádiz. Es un hospital con más de dos siglos de historia y con una evolución propia de épocas doradas de intensa actividad sanitaria militar y civil, implicaciones en la docencia e investigación; y de otros periodos de incertidumbre y escasa asistencia. El libro “Bicentenario del Hospital de San Carlos, San Fernando (Cádiz) 1809 -2009” editado por el Ministerio de Defensa, es uno de los mejores testimonios donde distintos autores (la mayoría militares) recogen gran parte de la historia a la que hago mención. Esta institución hospitalaria tiene más que suficiente peso específico para ser objeto de trabajos sobre su evolución e historia, aunque serían de inmensa amplitud. Realmente, lo que me ha movido para trabajar sobre él ha sido su caudal humano, por esto dedico el estudio a todos los colectivos enfermeros que por él han pasado y realizo la investigación en el único que actualmente sigue desempeñando su labor profesional en sus instalaciones.

Debo reconocer una implicación personal con respecto a este hospital porque como enfermera llevo desarrollando mi profesión en él por más de tres décadas, lo que me ha llevado a que no sea el primer trabajo que hago sobre él. Desde diferentes enfoques, he presentado algunos editados en colaboraciones de libros (detallados en bibliografía) y otros dentro de las asignaturas del propio “Máster Universitario de Investigación antropológica y sus aplicaciones” para el que realizo este Trabajo Fin de Máster¹.

¹ “Las visitas al enfermo hospitalizado. Proyecto de Investigación” para la asignatura Enfoques intensivos sobre el proceso metodológico en antropología.

“Transferencia del Hospital San Carlos del Ministerio de Defensa al Servicio Andaluz de Salud. Proyecto de Investigación” para la asignatura Seminario sobre las aplicaciones de la antropología y su incidencia en la investigación.

“Los itinerarios terapéuticos en el contexto del Hospital San Carlos” para la asignatura Antropología Médica y de la Salud.

Este trabajo consta de dos partes fundamentales, divididas en varios capítulos, en la primera parte se detallan los argumentos y antecedentes del estudio, es decir, por qué, cómo y dónde. El “porqué” de una perspectiva de género ineludible en el estudio de los profesionales de enfermería en el Hospital San Carlos, institución hospitalaria que ha pertenecido al Ministerio de Defensa durante más de 200 años, hasta el año 2014 que es transferido al Servicio Andaluz de Salud; “cómo” he realizado la investigación, el trabajo de campo y cuáles han sido las dificultades con las que me he encontrado; y “dónde” he puesto las bases teóricas y el marco contextual para elaborar una hipótesis de trabajo: ¿Cómo se ve determinada la trayectoria personal y profesional de los enfermeros en base a las influencias del lugar de trabajo? Ésta y otras preguntas acerca de las relaciones de género establecidas entre los profesionales, de cómo han sido a lo largo del tiempo y si se siguen manteniendo los estereotipos y los roles que continúan marcando la diferencia entre hombres y mujeres en una profesión que continúa siendo mayoritariamente de mujeres.

Para ello, he considerado necesaria la contextualización en el tiempo, para lo cual, se expone un breve recorrido histórico del hospital, de la singularidad e importancia de su enclave y de los diferentes colectivos relacionados con la Enfermería que por él han pasado, hasta la década de



los 70 del siglo pasado. A partir de los 80 empieza una nueva etapa para el centro, se produce la incorporación del personal de enfermería civil, este colectivo es el objeto de mi estudio y del cual provienen los informantes. El perfil de estas personas está marcado por la circunstancia de que actualmente trabajan como profesionales de enfermería en el Hospital San Carlos y dado que en un elevado porcentaje son mujeres a partir de ahora llamaré a este colectivo como las “enfermeras”, aunque se encuentren algunos hombres entre los entrevistados, este término en género femenino está recogido y admitido por todos profesionales para denominar a ambos sexos. Esta es la razón por la que todo este trabajo se hablara de enfermeras, no por términos de exclusión, sino todo lo contrario, por inclusión del término en masculino dentro de un género femenino.

La segunda parte es el resultado del análisis de los datos valorando todos los recursos empleados como historiografía, teorías feministas, estudios de género sobre Enfermería, trabajo de campo... en general, todo lo posible para la investigación sobre las relaciones de las enfermeras con la institución para la que trabajan y con los otros colectivos de Enfermería presentes en el hospital en diferentes momentos, con los que durante su desarrollo profesional han compartido espacios laborales comunes. Estos grupos son:

- a) La enfermería militar, realizada por los profesionales pertenecientes al Cuerpo de Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA).
- b) La enfermería asistencial desarrollada por las Hijas de La Caridad, como orden religiosa con dedicación sanitaria.
- c) Los profesionales de Enfermería, que han accedido a un puesto de trabajo, como personal civil al servicio del Ministerio de Defensa y que es el colectivo sobre el que se realiza el estudio.

Con todos los datos aportados, tanto de bibliografía como de los informantes, establecemos una serie de referentes que han sido fundamentales para la elección de los estudios de enfermería y del centro de trabajo, la conciliación con la vida familiar, la relación entre compañeros de diferentes colectivos y las adaptaciones a los cambios sufridos en el hospital.

I. PARTE. REFERENTES TEÓRICOS, METODOLÓGICOS E HISTÓRICOS.

1 RELEVANCIA DEL TEMA

LA DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación².

Se trata de la definición que encontramos en la web oficial del Consejo Internacional de Enfermeras, la más amplia asociación internacional de estos profesionales. Podemos concluir al leerla que la enfermería no es una práctica delimitada sino que abarca una serie de funciones y actividades difíciles de circunscribir. La RAE la simplifica en su segunda acepción como “Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”.

En cualquier caso es difícil establecer con exactitud en que consiste la Enfermería, después de revisión bibliográfica y búsqueda a través de internet he comprobado la indefinición y falta de

² <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

consenso para el significado del término; incluso para los propios profesionales. Un único punto en común existe en todos los intentos de conceptualizar la Enfermería a través de la historia y es la práctica de los cuidados.

A lo largo de la historia de la humanidad los cuidados habituales, es decir los que sustentan la vida día a día, están vinculados fundamentalmente a las actividades de la mujer. Las expresiones “ocuparse de, cuidar de” muestran un conjunto de actividades que intentan asegurar o compensar las funciones vitales (comer, beber, vestirse, levantarse, andar, comunicarse...). Estos cuidados que tejen la trama de la vida diaria hasta el punto de crear, según climas y lugares, un conjunto de hábitos de vida, ritos y creencias, son proporcionados con más intensidad y son objeto de prácticas especialmente estudiadas, durante algunos períodos de la vida como la infancia y durante acontecimientos como la maternidad, el nacimiento o la enfermedad y la vejez preludio de la muerte (Collière, 1993: 21).

Si hay algún aspecto que intervenga de forma más relevante en la definición de las actividades y de las funciones sociales de las mujeres, es su dedicación a los demás. Nos explica Dolors Comas en su capítulo Mujeres, Familia y Estado del Bienestar que en la distribución de responsabilidades en la familia, las mujeres cuidan a las personas dependientes (niños, ancianos, enfermos) y, muy a menudo, se ocupan también de personas que podrían valerse por ellas mismas. Y continúa expresando sobre el acto de cuidar a los demás, es un “componente básico en la construcción social del género, con consecuencias importantes para la identidad y actividad de las mujeres” (del Valle, 2000: 187)

Otras afirmaciones dentro de las teorías feministas y con las que estoy plenamente de acuerdo, como “En un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina, en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana... la ética del cuidado no es una ética femenina, sino feminista, y el feminismo guiado por una ética del cuidado podría considerarse el movimiento de liberación más radical... de la historia de la humanidad” (Gilligan, 2013: 50).

En España, la profesión de Enfermería tal como hoy la conocemos no tiene demasiado tiempo. Existe un paralelismo con la situación política porque fue a partir de la Transición en 1976 coincidiendo con los movimientos de cambios sociales en el país cuando comenzaron las reformas en todos los aspectos de la profesión, en la reglamentación de los estudios universitarios, en los derechos laborales, colegios oficiales, etc. Ha sido un largo proceso beneficioso en muchos aspectos, sin embargo las desigualdades en el avance de la enfermería

se mantienen en algunos aspectos, como por ejemplo en el reconocimiento real³ de las Especialidades de Enfermería que siguen siendo futuro.

Como podemos vislumbrar, las enfermeras que comenzaron los estudios en esa época de cambios, ahora se mantienen en actividad profesional, de tal modo que en mayor o menor medida todo esto ha influido en su trayectoria profesional y personal. Los paradigmas enfermeros sobre los cuidados asistenciales, la propia identidad enfermera, los movimientos sociales, políticos y culturales no son los mismos que cuando realizaron los estudios para acceder a la profesión. Y sobre todo, los roles y estereotipos en el que se socializaron profesionalmente⁴ estaban ceñidos a una doble sumisión, por un lado como “Ayudantes” del médico y por otra como mujeres dentro de una sociedad androcéntrica que hace 40 años lo era aún más, “no hay que olvidar que somos herederos de la imagen femenina elaboradas durante el franquismo, en que se vinculaba a las mujeres con la domesticidad” (Comas, 1995: 80)

Por tanto, es necesario promover una actitud crítica, reflexiva y explicativa de las situaciones de los profesionales de enfermería, sus oportunidades, motivaciones, reconocimientos y desigualdades. Argumentos como los de Claramunt cuando afirma “uno de los principales estereotipos de género en el sistema sanitario es aquel según el cual las mujeres se dedican a cuidar mientras que los hombres se centran en la tarea de curar” (Claramunt y Claramunt, 2012: 98), o Fisher cuando nos habla de la química de la empatía refiriéndose a la oxitocina como una hormona femenina que hace a las mujeres ser más empáticas al dolor ajeno, al sufrimiento y eso las lleva a estar biológicamente más preparadas para los cuidados (Fisher, 2000: 172), y en

³ Cabe señalar que cada año se convocan las plazas para 6 de las 7 especialidades enfermeras reguladas hasta el momento mediante un Real Decreto. Son especialidades a las que los enfermeros acceden a través de un sistema EIR (idéntico al MIR). Sin embargo a día de hoy el número de plazas convocadas por los servicios asistenciales referentes al campo asistencial de dichas especialidades no se corresponden ni por asomo con las necesidades del sistema sanitario, además no están vinculadas con los puestos de trabajo y, por tanto, todas las plazas vacantes, incluyendo en aquellas donde necesariamente deberían estar destinadas a especialistas, son cubiertas por enfermeros generalistas. Es decir se han aprobado unas especialidades que a día de hoy, no están implantadas en nuestra sanidad. (30-4-2015) Extraído de <http://www.enferalba.com/Entrevista-a-Carlos-Tevar-presidente-del-Colegio-sobre-la-situacion-del-sector-es-1-547.html>

⁴La socialización profesional entendida como el complejo proceso mediante el cual una persona adquiere el conocimiento, la capacidad y el sentimiento de la identidad ocupacional característicos de un miembro de esa profesión.

general tantos planteamientos que han reforzado la idea de que la enfermería está basada en los estereotipos asignados a las mujeres.

Estas cuestiones son los referentes que suponen el interés por el estudio del colectivo de enfermeras del Hospital San Carlos como una parte del todo, es decir como un grupo de mujeres que han asimilado los cambios estructurales de su profesión en concreto y de la sociedad en general, contextualizado en una institución sanitaria militar. Considero necesario visibilizar los esfuerzos realizados para la adaptación o el inconformismo a circunstancias muy diferentes con las que comenzaron, indagar en sus propios recursos personales, determinar sus puntos de vista sobre las relaciones personales y profesionales establecidas con otros profesionales y como no, realizar un inevitable trabajo de campo para el análisis de sus experiencias, incluyendo el mío propio como parte del colectivo estudiado.

2 METODOLOGÍA

a) Revisión histórica y bibliográfica.

Resulta obvia la necesidad de una revisión histórica sobre las líneas del estudio, es por esto que la primera parte de este trabajo consiste en la breve descripción de los antecedentes de la enfermería en los dos últimos siglos, mediante una revisión bibliográfica y la referencia de mis propios trabajos realizados para las diferentes áreas de este máster, como son “Transferencia del Hospital San Carlos del Ministerio de Defensa al Servicio Andaluz de Salud” para la asignatura “Seminario sobre las aplicaciones de la antropología y su incidencia en la investigación” y “Los itinerarios terapéuticos en el contexto del Hospital San Carlos” para la asignatura “Antropología Médica y de la Salud”.

Otra parte importante de la bibliografía necesaria para este trabajo se centra en los estudios de los diferentes posicionamientos doctrinarios que existen dentro de las teorías feministas y su comprensión del género.

Son precisas las publicaciones en papel de todo tipo, libros, actas de congresos, artículos de revistas históricas, sociales, antropológicas y de enfermería y numerosos recursos en línea como ediciones digitales, blog, eboock, guías, tesis, etc.

b) Trabajo de campo.

Además de la revisión de la bibliografía histórica y feminista realizamos entrevistas con el personal de enfermería y elaboramos una etnografía sobre la percepción que tienen de su situación actual laboral después de tres décadas trabajando en las instalaciones hospitalarias, es decir, la autopercepción de los profesionales, sobre todo cuando las circunstancias institucionales han variado. Teniendo en cuenta que las cualidades y aptitudes requeridas para la profesión son las que a lo largo del tiempo han sido vinculadas a las mujeres, además de que los profesionales son llamados “enfermeras” indistintamente de su propio sexo (denominación

que no ha estado libre de alguna controversia lingüística), creo que es suficiente para que se considerase el punto de partida para un estudio diacrónico de la profesión desde una perspectiva de género.

Dentro de las diferentes propuestas metodológicas que se realizan en el trabajo de campo, tengo que destacar que debido a mi situación laboral (enfermera de este hospital desde hace casi 30 años), he realizado de manera muy natural la observación participante, aunque en numerosas ocasiones no ha sido demasiado fácil un extrañamiento de la situación y la objetividad del trabajo etnográfico. Por esto los datos recogidos en conversaciones relajadas en los momentos de descanso (desayuno o comida) en la cafetería o área de descanso de los servicios, me han transmitido posturas, experiencias personales y relatos en general que me determinante para desarrollar muchos aspectos del trabajo.

No solo son suficientes los resultados cuantificables y estadísticos de la situación de la enfermería, también es fundamental la percepción que tienen sobre ella los propios profesionales y en este caso su valoración desde la perspectiva de género. Por tanto, el desarrollo de esta cuestión está fundamentado no solo en la revisión bibliográfica y en los contenidos de teorías feministas en el ámbito laboral, sino también, en la propia percepción de los profesionales con el fin de permitir una osmosis de impresiones de las experiencias laborales y personales relativas a su rol de enfermera o enfermero. Además, no podemos prescindir de la apreciación que los usuarios de la sanidad tienen de los profesionales de la enfermería a través del género.

Las unidades de observación en este estudio son los profesionales de la enfermería, ubicados en dicho hospital, que son los que de modo directo o indirecto se han visto afectados por este proceso descrito anteriormente de la transferencia de titularidad del hospital desde el Ministerio de Defensa al Servicio Andaluz de Salud, de cómo y en qué modo la categoría de género determina el devenir de la situación laboral e institucional. La información sobre sus características personales y su entorno sociocultural las realizo mediante entrevistas, donde establezco diversas categorías, que me permitan conocer una autopercepción de su imagen profesional y de su situación laboral, y otra realizada a los usuarios como elementos claves en la definición del perfil de un profesional de la enfermería que ha experimentado unos cambios profundos en sus competencias, basados precisamente en la comunidad sobre la que realiza su desempeño laboral.

En la identidad se articulan los elementos culturales y subjetivos y tiene dos niveles fundamentales, la aceptada o social y la autopercepción o individual. Por esto en un análisis de perspectiva de género no es suficiente la propia imagen de los profesionales de enfermería, ni siquiera la autopercepción individual de la enfermería, sino que también sería necesaria la apreciación de los usuarios del sistema de sanidad que podrían configurar la sociedad en que la profesión se desarrolla.

Una metodología cualitativa basada en la conformación de la percepción de la enfermería desde una perspectiva de género encuadrada como objetivo de una antropología feminista que vislumbra el origen y el trayecto de la desigualdades dentro de un mismo contexto laboral sanitario. El género no como una noción estática (Cirilo, L., 2005) sino dinámica, en un intento de reinterpretar los fenómenos sociales ocurridos a lo largo de los itinerarios de los profesionales de una con una edad media de 50 años, son mujeres en su mayoría casadas y con hijos y estudiaron los estudios de enfermería a finales de los 70 hasta mediados de los 80, como rasgos generales del personal entrevistado.

Los cambios de paradigmas de la profesión de enfermería a lo largo de la historia junto con la práctica de los cuidados de enfermería fundamentados en los roles de género, durante una generación determinada, nos exige un estudio descriptivo, analítico y exploratorio. Por esto, considero la entrevista como la técnica de investigación más apropiada (aunque no la única), siguiendo la perspectiva etnosociológica de Bertaux (2005), de tal modo que mediante la consecución de los relatos de vida en diferentes momentos, permita teoriza sobre las trayectorias sociales especificadas más adelante como categorías. La complejidad del trabajo y las situaciones diferentes de puntos de contactos con los entrevistados permiten que más que una entrevista estructurada, en ocasiones sean conversaciones relajadas donde puedan surgir temas relevantes para la elaboración de la etnografía.

La opción de realizar las entrevistas de modo individual, sin la presencia de otras personas, está determinada por la idea de que no siempre se dice lo que los demás quieren oír y porque ante la confidencialidad de las respuestas es más posible que éstas sean lo más cercanas a la realidad. Mucho más cuando se trata de valorar decisiones del pasado que han llevado consigo resultados en la trayectoria de vida que, equivocados o no, ya son difíciles de cambiar. Es muy importante para valorar los resultados de las entrevistas y de este modo facilitar la sinceridad. (Johnson-Hanks, J. 2002).

Teniendo en cuenta que todas las entrevistas se realizan en el lugar de trabajo, es preciso tener presente la influencia del ambiente. El contexto laboral puede modificar en cierto modo las respuestas, pero simultáneamente crea una mayor ósmosis en la transferencia de información aportada. Del mismo modo que la imagen preconcebida de mi persona como compañera a lo largo de mucho tiempo, aporta a los informantes una idea que de manera inconsciente les puede llevar a añadir o eliminar algún comentario relevante para el trabajo. Este es el motivo por el que en algunas ocasiones he obviado explicar con demasiados detalles el objetivo de mis preguntas o el sentido de conversar sobre temas concretos a los propios entrevistados, debo reconocer que he aprovechado las circunstancias que mi puesto de trabajo me permitían para mantener un contacto y un conocimiento de los informantes.

Por tanto, la observación participante a lo largo del tiempo, la documentación histórica (fuentes documentales y estadísticas), la aportación de varios estudios propios previos, la revisión bibliográfica, las entrevistas (incluidas algunas discusiones en grupo) y la reflexividad del mayor número de los matices de los sectores de la sociedad implicados son las herramientas metodológicas empleadas en este trabajo. Tratando de aproximarme a lo que Denzin (1975) define como la triangulación⁵ multimétodo, considerada por éste como ideal para la investigación de una unidad de análisis y cuyo concepto está basado en la aplicación de distintas metodologías en el análisis de una misma realidad social. Ésta consistiría en la articulación, en un mismo estudio, de los cuatro tipos de triangulación: de datos, investigadores, teórica y metodológica. (Cea, 2001)

Soy consciente de que los compañeros entrevistados pueden conocer mi modo de pensar con respecto a la situación del hospital y esto les pueda intimidar, por eso ofrezco la posibilidad de que sus argumentos sean estructurados como relatos de vida sobre su profesión. Es importante crear un clima donde sea posible rebajar la tensión por determinadas preguntas y se favorezca la sinceridad.

⁵ El concepto de triangulación tiene sus raíces en otros ámbitos de conocimiento diferentes al de la investigación social. Concretamente, en la topografía, en la navegación e, incluso en la logística castrense. En todos significa lo mismo: utilización de múltiples puntos de referencia para localizar la posición exacta de un objeto en el espacio. Este objeto en ciencias sociales se trataría del análisis de una misma realidad social. (Cea, 2001 p.47)

Las cuestiones incluidas en el guion de las entrevistas son:

- Datos demográficos como margen de edad, sexo y tiempo de trabajo en la empresa.
- Motivos por los que decidiste estudiar la carrera de enfermería.
- Motivos por los que preferiste trabajar en este hospital.
- Grado de satisfacción profesional a lo largo de la vida.
- Turnos de trabajo.
- Si pudieras, que cambiarías para sentirte mejor.

Procuro realizarlas sin prisas y permitiendo que me expliquen todo lo que consideren oportuno sobre su pasado y presente personal y profesional. Lo que pretendo con esta técnica es que los entrevistados den paso a narrativas personales dónde puedan expresar sus relatos de vida interrelacionando los temas personales con los académicos y profesionales.

En este sentido, he elegido a los profesionales de enfermería con los que he tenido más contacto laboral a lo largo de los años, porque he considerado que las historias serían más prolíficas. La mayoría están destinados en los servicios centrales de Laboratorio de Análisis Clínicos y Hematología, ambos departamentos afectados por la disminución de carga de trabajo de manera considerable y en los que la mayoría han visto afectados los turnos laborales. Asumo este sesgo teniendo en cuenta que recoge la situación de tres cuartas partes del global del personal estudiado.

Sin embargo, después de más de una decena de entrevista, paso a una segunda estrategia de investigación, que se convierte en discusión en grupo, procurando en reuniones y charlas distendidas provocar conversaciones sobre la situación actual del hospital y la comparativa con el pasado, tanto de las vidas personales como laborales. De este modo, compruebo como se modifica el discurso en el sentido que supone rebajar la importancia de los temas meramente profesionales para tratar los relacionados al punto de vista subjetivo de lo que debería ser y no es, de las expectativas no cumplidas y de la idea de un futuro como pocas pretensiones profesionales que no sea la de una pronta jubilación, bien remunerada y que llegue lo antes posible.

También he querido recoger las opiniones de los usuarios que acceden al hospital a través del Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria, actividad que en estos momentos es casi exclusiva

como atención hospitalaria.⁶ En la realización de las diferentes pruebas complementarias para el preoperatorio, tengo la oportunidad de tener conversaciones concretas y cortas en la sala de extracciones, a veces la suficiente relación enfermera- paciente para conocer los puntos de vista de los usuarios con respecto al hospital de San Fernando.

Posteriormente se amplían en los últimos meses de la elaboración del trabajo de campo a la hospitalización en dos plantas dedicadas a Medicina Interna y con una capacidad de 33 camas. Paso a la observación como enfermera asistencial en la planta de hospitalización, lo que me permite el enriquecimiento mediante el contacto más amplio y directo con los enfermos, familiares, incluso con mayor número de compañeros.

c) Perfil de los informantes.

En total, podemos resumir que las enfermeras que se convirtieron en informantes de este estudio y a las que pude acceder en diferentes ocasiones para puntualizar en algunos de sus discursos, han sido 32 de los cuales 8 eran varones. Aunque reitero que pude recoger más impresiones y comentarios de gran número de enfermeras de manera más informal y esporádica.

La mayoría de las entrevistas realizadas y a las que considero como informantes esenciales para este trabajo son las enfermeras⁷, el principal punto en común es que se encuentran en activo laboralmente en el Hospital San Carlos, con edades comprendidas desde los 50 a los 60 años, y forman el conjunto de la plantilla laboral del personal de Enfermería de este Hospital. Si no existen de menor edad es porque desde hace mucho tiempo desde el Hospital (perteneciendo al Ministerio de Defensa), no se han convocado pruebas de acceso para ampliar o renovar al

⁶ Aunque existan consultas de especialistas médicos, no las consideramos como asistencia hospitalaria,

⁷ Como enfermeras me voy a referir siempre a aquellas personas que han realizado los estudios de Diplomado en Enfermería y que trabajan en el Hospital como tal, no incluyo a las Auxiliares de Enfermería, porque considero que han tenido trayectorias y circunstancias diferentes.

personal. Estas edades son las que me permiten conseguir la información sobre su etapa de estudios universitarios coincidiendo con la época de la Transición en España.

Mis informantes además de los estudios tienen más aspectos en común, como que la mayoría son mujeres, casadas o divorciadas (quiere decir, que han contraído matrimonio), con una media de dos hijos, han sido educadas en una familia religiosa católica y su madre no ha tenido un trabajo remunerado, con lo cual no tiene referente materno para asumir el rol de esposa, madre y trabajadora. Pertenecen a una clase media y aunque no todas, pero la mayoría tienen alguna relación familiar con personas al servicio (en la actualidad o en el pasado) del Ministerio de Defensa de diferentes categorías.

También he entrevistado algunos enfermeros masculinos en menor porcentaje, porque proporcionalmente son muchos menos en la plantilla laboral del hospital. Sin embargo, no he querido obviar y tener la posibilidad de comparar con respecto a las mujeres, sus discursos en cuanto su elección por los estudios de Enfermería, por el H. San Carlos como lugar de trabajo y como se han adaptado a los cambios impuestos. El número total de unos y otras en el hospital actualmente, es aproximadamente de 100 enfermeras con un porcentaje aproximado de un 10% de hombres. Aunque no haya tenido entrevistas directas con el total, pero si puedo haber contactado de modo más o menos extenso con la gran mayoría y puedo hacerme eco de sus pensamientos, ideas y valoraciones.

En total, podemos resumir que las enfermeras que se convirtieron en informantes de este estudio y a las que pude acceder en diferentes ocasiones para puntualizar en algunos de sus discursos, han sido 32 de los cuales 8 eran varones. Aunque reitero que pude recoger más impresiones y comentarios de otro gran número de enfermeras de manera más informal y esporádica.

d) Dificultades metodológicas y del trabajo de campo.

El estudio de una profesión o de los principios en que se fundamenta lleva consigo en principio la conceptualización de ambos. Precisamente es donde encontramos la primera dificultad, definir Enfermería en un concepto global y consensuado, a pesar de los intentos de búsqueda en bibliografía y páginas oficiales de la profesión en internet, es comprometido plantear una terminología concreta como veremos en el Apdo.5.1. Este conflicto terminológico encuentra

sentido en sus propios orígenes, en la propia historia y en la evolución como profesión, disciplina y/o ciencia.

Las dificultades que se encuentran hoy en día en la enfermería se deben a varios hechos: la referencia profesional central reside en la imagen de su papel, adelantándose a cualquier apreciación del estatus real de la profesión en términos de cualificación y del estatus jurídico. La especialización de la enfermería es indisociable de una función definida en términos de dependencia al amparo del cuerpo médico.⁸

Ningún trabajo de campo está libre de dificultades, no puedo obviar que la implicación en las circunstancias estudiadas puede ser un arma de doble filo, por una parte, me permite una cercanía suficiente para manejar con soltura los escenarios del trabajo de campo, pero a la vez me resulta más complicado conseguir el extrañamiento necesario para una etnografía basada en la neutralidad del investigador.

Los resultados obtenidos en una investigación a través de entrevistas llevan consigo la intermediación del sujeto, es decir, no siempre se dice lo que se hace, ni se hace lo que se piensa que se debería hacer. Por lo que podemos escuchar lo que el entrevistado considera políticamente correcto, pero puede ocurrir que en realidad no sea lo que piensa o lo que hace. Por otra parte, también debo asumir la disminución de objetividad en ocasiones como observadora. En cualquier caso, las encuestas tanto si son de opinión como descriptivas de hechos, deben tenerse en cuenta que el deseo de ocultación, la consciencia de los hechos, y el grado de conocimiento son algunos de los sesgos que mediatizan las respuestas (Durán, 2001); elementos que trataré de contrarrestar en el tratamiento de los datos recogidos.

Por otra parte, en el análisis de los relatos también se vislumbran problemas de investigación, porque aparecen consideraciones difíciles de valorar sobre todo las relacionadas a la percepción de la desigualdad con respecto a los hombres del entorno. Por una parte, porque hace 30 años no se tenía la conciencia y no existía la misma conciencia colectiva sobre la igualdad entre

⁸ Chauvenet A. "L'infirmière hospitalière, technicienne ou travailleuse sociale". PROJET, n° 90, décembre 1974:1139. (Collière, 1993:3)

hombres y mujeres que la que existe en la actualidad y por otra, aquellas representaciones mediáticas de los roles de género y la posición de la mujer tanto en el ámbito doméstico como en el laboral en muchas entrevistadas están marcadas de modo inamovible a pesar del tiempo transcurrido. Esto supone que no encuentre en muchos diálogos ninguna percepción de desigualdad con respecto al hombre, en ocasiones encuentro disconformidad con la idea de tener que asumir que ambos sexos deben tener los mismos derechos y obligaciones.

Existen conceptos tratados en el estudio que no dejan de tener una dificultad específica, categorías de análisis de interpretación subjetiva y por tanto deba solicitar que me explique lo que entiende por ello o intentar sobreentenderlo del contexto de la conversación. Por ejemplo, vocación enfermera, nivel de satisfacción profesional o nivel de corresponsabilidad en las labores del hogar (no es lo mismo “mi marido me ayuda” que “repartimos tareas como ayuda mutua”)

Sólo me queda señalar, que la mayor motivación de este trabajo ha sido pertenecer durante más de 30 años a este colectivo de profesionales de enfermería y conocer su recorrido durante las últimas décadas. Esto supone, por una parte la facilidad para el acceso a gran parte de la información, pero por otra la dificultad para un extrañamiento antropológico en la etnografía de los hechos sociales. Ambos elementos contradictorios son decisivos en el diseño del proyecto de investigación, pero sin perder como objetivo de visibilizar las historias de algunas mujeres anónimas.

3 MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

Las publicaciones sobre enfermería desde una perspectiva de género cada vez son más numerosas, sin embargo este análisis de la profesión pretende visibilizar la transversalidad de diferentes teorías feministas en los colectivos de enfermería civil, militar y las religiosas que se han complementado en ocasiones, y en otras han tomado caminos muy diferentes en el ámbito de la actividad laboral del Hospital San Carlos.

El feminismo como movimiento social ha conseguido importantes cambios desde las últimas décadas del siglo pasado y aunque no siempre ha sido reconocido explícitamente, si han sido muchos y en ámbitos muy variados los que lo han puesto en valor. El feminismo en su vocación más práctica ha conseguido muchos logros para la mujer, como la representatividad política, la maternidad sin peligro, la anticoncepción, la igualdad de oportunidades, la corresponsabilidad familiar o la decodificación de imágenes sexuadas (aunque todavía quede mucho por hacer). Además, han tenido una labor crítica que ha permitido desenmascarar políticas aparentemente igualitarias de estrategias patriarcales como políticas de anticoncepción con discursos biomédicos para incidir en la relación instintiva materno-filial, discursos que presionan a favor de un modelo de mujer obsesionada por el cuerpo y la apariencia a través de la aceptación del deseo femenino, o acciones que por un lado fomentan la entrada de la mujer al mercado laboral y a la vez potencian la feminización de profesiones para así desprestigiarlas (Hernández, 2012). ¿Podría ser esto el caso de la Enfermería de hoy?

Una de las propuestas trabajadas para este estudio es la teoría de la ética del cuidado de Carol Gilligan, con el objetivo de definir qué se entiende por cuidado y qué implicaciones tiene para las mujeres. Esta autora plantea algunas claves para el análisis de las mujeres que ofrecen los cuidados a los demás, como es el caso de las enfermeras, ella considera que la ética del cuidado en un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina (lo que hacen las mujeres buenas), mientras que en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana. “Cuidar es lo que hacen los seres humanos, cuidar de uno mismo y de los demás es una capacidad humana natural” (Gilligan, 2013) Podríamos entender esta teoría como argumento para deducir por qué a pesar del menor número de hombres enfermeros, no existen diferencias en la calidad de los cuidados asistenciales realizados en razón de género. De modo que la disposición para el

cuidado, para la responsabilidad y la solidaridad que Gilligan señala en las mujeres no sería parte de una naturaleza esencialmente femenina, sino una consecuencia de las actitudes morales que mujeres han generado a partir de su contexto de relaciones. Sin embargo, ¿lo perciben así estas mujeres cuidadoras, es decir, las enfermeras? O por el contrario, ¿nos encontramos con unas mujeres que están convencidas de que ellas están mucho más preparadas por “naturaleza” para ciertas funciones en la sociedad?

Estas cuestiones ya eran planteadas por Simone de Beauvoir, que muy explícitamente declaraba algunas afirmaciones tan contundentes como “No se nace mujer, se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico, económico, define la imagen que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana...” y todavía más, todas las exigencias a las que tiene que responder la mujer no implica reciprocidad (por parte del hombre) (Beauvoir, 2005, 2015).

Por otro lado, el género como categoría de análisis central en este trabajo, tiene diferentes perspectivas según las autoras que consideremos. Cada una de ellas estudiadas para este trabajo, aporta rasgos y teorías complementarias para la configuración de la imagen de la mujer actual, pero vamos más allá, de las mujeres enfermeras. Los rasgos atribuidos o atribuibles para crear una percepción propia de estas mujeres son los que de alguna manera les llevan a “elegir”⁹ una profesión basada en los cuidados al otro y de servicio a los demás.

En primer lugar, Joan W. Scott (1986)¹⁰, historiadora estadounidense, define el género como el elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y como una forma primaria de relaciones significativas de poder. Añade que el género comprende cuatro elementos interrelacionados que son: símbolos culturalmente disponibles, conceptos normativos, nociones políticas e institucionales y la construcción de la identidad subjetiva. Por tanto, una investigación desde perspectiva de género tendrá en cuenta: el estudio de la construcción de esas diferencias, sus consecuencias para la división entre hombres y

⁹ Este será un tema a tratar en el trabajo de campo: la libertad de elección de esta profesión y los motivos.

¹⁰ La versión en castellano de este trabajo apareció en *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, James y Amelang y Mary Nash (eds.), Edicions Alfons el Magnanim, Institució Valencina d'Estudis i Investigació, 1990. La traducción es de Eugenio y Marta Portela. Originalmente, este artículo fue publicado en Inglés como “Gender: A Useful Category of Historical Analysis” en *American Historical review*, 91,1986, pp. 1053-1075

mujeres de poder, influencia, estatus social y acceso a los recursos económicos, su impacto en la producción de conocimiento, ciencia y tecnología y de qué modo mediatizan al acceso y participación (Torres, 2005: 51)

Por otro lado, el concepto de género según propone Lourdes Benería (1987)¹¹ puede definirse como el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y a mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características: es un proceso histórico y supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor.

Siguiendo la línea de la mujer como construcción social, Dolors Comas (1995) ofrece una definición que apunta a la ruptura de la concepción binaria del género, considera la noción de género como la referida al conjunto de contenidos, o de significados, que cada sociedad atribuye a las diferencias sexuales. Es decir, una construcción social que expresa la conceptualización que hace cada sociedad de lo masculino y femenino.

Por tanto, el concepto de género supone reconocer las desigualdades entre hombre y mujeres pero no como algo natural que nos viene impuesto por la biología, sino como una relación social que a lo largo de la historia ha sido construida.

Algunos componentes que se tienen en cuenta en este estudio, ya los encontramos en Virginia Maqueira (2001) aunque de carácter inacabado:

- *La división del trabajo*. Supone la atención a las diferencias de tareas y roles desempeñados y las generalizaciones acerca de los patrones de actividad de hombres y mujeres. Podemos analizar las similitudes sociales, uso del espacio y patrones de movilidad, temporalización de las actividades y del ciclo de vida y acceso a los recursos básicos (Spector y Whelan, 1987:76)

¹¹ Benería, L. *¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos*. En Amorós, 1987: 39- 54.

- *La identidad de género.* Complejo proceso elaborado a partir de las definiciones sociales recibidas y las autodefiniciones de los sujetos. Intervienen sentimientos, actitudes, modelos de identificación o de rechazo y que supone un proceso de afirmación en relación con los demás.
- *Las atribuciones del género.* Son los criterios sociales, materiales y/o biológicos que las personas utilizan para identificar a otros. Esta asignación comienza a formarse desde el momento del conocimiento de las diferencias anatómicas. Se trata de creencias, valores y normas compartidos por los miembros de la sociedad y se van formando a lo largo del tiempo incidiendo en los roles, aunque hay que distinguir de los estereotipos
- *Las ideologías de género.* Derechos, responsabilidades, restricciones y recompensas diferenciales entre hombres y mujeres y que pueden incluir prescripciones acerca del comportamiento apropiado de ambos, así como sanciones en el caso de ser transgredidas.
- *Símbolos y metáforas culturalmente disponibles.* Evocan representaciones múltiples y a menudo contradictorias.
- *Normas sociales.* Expectativas ampliamente compartidas referentes a la conducta de las personas que ocupan determinados roles y posiciones sociales o están en situaciones específicas.
- *Prestigio.* Abarca distintas cualidades, se concentra en cantidades distintas en personas o grupos dentro de una sociedad y son importantes en la reproducción del sistema de estatus o posiciones estructurales. Por esto es interesante analizar como dentro de la misma profesión determinadas actividades son devaluadas o adquieren prestigio dependiendo si son realizados por hombres o por mujeres.
- *Las instituciones y organizaciones sociales.* Los espacios donde se construyen las relaciones de género, tales como la familia, el mercado de trabajo, la educación y la política.

Actualmente los estudios de género nos han aportado nuevos conceptos que contemplamos en nuestra investigación, como: Techo de cristal, Brecha de género, Doble presencia de las mujeres y Corresponsabilidad.

También resulta interesante para la investigación los trabajos de Betty Friedman, que en su libro *La Mística de la Feminidad*, realiza un trabajo de campo basado en los testimonios directos de

mujeres, cuyo perfil se identificaba con mujeres blancas, de clase medio y con estudios. Comenzó como un artículo partiendo de una sensación:

“paulatinamente llegué a darme cuenta de que existe algo equivocado en la manera en que las mujeres norteamericanas intentan vivir hoy sus días”. Entre amigas y compañeras percibía “un malestar que no tenía nombre” (Valcárcel, Presentación en Friedman, 2009)

La Enfermería como profesión se ha conceptualizado a lo largo de la historia de diversos modos, según el contexto social, político, económico, religioso y sanitario; pero destacamos la definición del Consejo Internacional de Enfermería (C.I.E) como la que abarca los cuidados , autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.¹²

La enfermera Collière (1993) esboza las competencias de la enfermería, para ella tienen como finalidad movilizar las capacidades de la persona y de su entorno para compensar los daños ocasionados por la enfermedad, y suplirlas si estas capacidades son insuficientes. La competencia de la enfermería se basa, según ella en diferenciar todo aquello que parece indispensable para mantener y movilizar la vida de alguien, buscando qué medios serán los más adecuados para conseguirlo.

El Código deontológico de la Enfermería española elaborado por el Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería (hoy denominado Consejo General de Colegios de Enfermería de España) en 1988 añade algunos rasgos al desarrollo de la profesión, argumentando que “hacer Enfermería es algo que va más allá de la pura técnica; nuestras actitudes han de trascender al limitado marco que nos otorga un Código Deontológico, ya que

¹² Web del Consejo Internacional de Enfermería. <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

ser enfermero/a es gozar de un talante ante la vida, su origen y creación, más allá de los límites del ser humano...” (p.13)

Sin embargo, si la delimitación de la Enfermería como conjunto de profesionales de muy distintas actividades supone un análisis complejo, puede resultar aún más cuando se trata de acotarlo a un contexto hospitalario de una institución militar, donde las diferencias no están marcadas solo por las especializaciones en las tareas específicas, sino que suponen distintos modos de vida, creencias, motivaciones vocacionales incluso diferentes roles en el plano profesional. Este escenario de distintos actores dentro de una misma disciplina, precisa de una revisión de su historia, de este modo nos aproximamos al conocimiento de los principios y valores que mueven a cada uno de ellos en el devenir de los hechos.

La convivencia de diferentes sectores profesionales como son las Hijas de la Caridad en su labor asistencial de enfermería, los enfermeros militares y a personal procedente de la población civil forma parte de una singularidad en la disciplina enfermera ya que durante más de un siglo han compartido mucho más que un lugar de trabajo (hospital de San Carlos) y una profesión. Los tres son los protagonistas de este trabajo, a pesar de que el trabajo de campo esté realizado a los últimos porque son los únicos que hoy quedan, los profesionales de la Enfermería civil y que ahora forman parte del colectivo de trabajadores de la Administración Autónoma, como consecuencia del traspaso del Hospital por parte del Ministerio de Defensa al Servicio Andaluz de Salud en su integridad, es decir, terreno, instalaciones y personal allí destinado.

Aun así, debo insistir en que la mirada feminista no supone la homogeneización de todas las mujeres, con una identidad de género común y uniforme en todas.¹³ Indagar de esta manera incluye sopesar la importancia de contextos concretos en lo que el sentido de identidad propia se encuentra por encima de la identidad colectiva, en este caso dentro del marco disciplinar de la enfermería. Aunque las diferencias ideológicas han dado lugar a feminismos muy diferentes, las propuestas analíticas se cohesionan alrededor de la identificación de estructuras de poder que controlan, subordinan y objetivan a las mujeres. Pero no se trata de caer en el reduccionismo

¹³ Flecha, C. *La categoría género en los estudios feministas*. En Torres (2005)

de las relaciones de poder, porque existe diversidad de situaciones caracterizadas por una estratificación interna que trataremos de identificar en este estudio.

Enfermería y género son los dos pilares de este trabajo, no es fácil disociar la continuidad en las trayectorias individuales tanto personales como profesionales de estos colectivos que además están enmarcados en un momento social de profundos cambios estructurales. Las últimas décadas han visto como tanto la política sanitaria militar como las políticas sanitarias de la población civil a nivel nacional, incluidas las estrategias autonómicas sanitarias han proporcionado unas trayectorias laborales determinadas a este colectivo de enfermería objeto de este estudio.

Partiendo de este contexto, la labor de este estudio consiste en analizar estas situaciones, valorar la toma de decisiones en momentos concretos, considerar las realidades de las diferencias de género a lo largo de las etapas laborales y personales. Desde esta perspectiva de género es necesario recoger los datos sobre los estudios de las décadas 1970 y 80, las rutinas diarias en el centro de trabajo, turnos y servicios, etc., los contextos sociales y culturas y la evolución en la sociedad que se verán reflejadas en el devenir de los acontecimientos y que determinará el itinerario profesional hasta llegar a la situación actual.

No existe intención de modificar o interpretar los hechos de modo personalista (a pesar de que no siempre es fácil la objetividad absoluta), sin embargo si pretendo contribuir con la investigación de una realidad desde un enfoque diferente al obtenido hasta ahora de cualquier crónica, biografía, exposición, estudio o noticia al respecto.

A través de la historia de una institución hospitalaria militar como es San Carlos, se expone la experiencia de profesionales de enfermería, en su mayoría mujeres de una edad de 55 años de media, que nos manifiestan las posibilidades diversas con las que han contado a lo largo de su desarrollo personal y laboral. Una trayectoria basada en la adaptación de forma continuada, no solo a la propia denominación de sus estudios, la filosofía propiamente de la disciplina, como a la idiosincrasia de los servicios ofrecidos por el hospital donde ejercen.

Hablamos de los profesionales que comenzaron los estudios de enfermería en una época determinada (finales de los 70, principios de los 80), años en los que España salía de una dictadura marcada por ideas políticas y creencias religiosas muy constreñidas con respecto a la educación de la mujer. Entonces, en los estudios de las Ciencias de la Salud, la gran mayoría eran hombres los que estudiaban Medicina y las mujeres Enfermería, siempre en un plano de

inferioridad. Esto ocurría sobre todo, cuando los estudios de la enfermería se impartían desde escuelas privadas o concertadas, generalmente con direcciones religiosas y sólo se encontraba algún número más elevado de hombres en las impartidas desde las propias facultades de medicina. Pero siempre, por supuesto, con profesorado médico. La docencia de los enfermeros, entonces solo se limitaba a la monitorización de las prácticas y poco más, esto fue una de las herencias que dejó el plan ATS. Tener profesorado enfermero suponía la titulación de licenciatura requerida en la Universidad, lo cual no fue posible hasta la entrada en activo del Espacio Europeo de Educación Superior 2006. No obstante, un número importante de enfermeras hasta entonces, utilizaron el camino de la licenciatura y doctorado en otras materias (Antropología, Documentación, Sociología, Historia) para de este modo poder ejercer la docencia en Enfermería. (German, C., 2013)

En el estudio sobre los profesionales de enfermería no se puede obviar la perspectiva de género como esencia de la identidad profesional. Actualmente por ejemplo, en la provincia de Cádiz existe el 74,9% de mujeres enfermeras¹⁴, muestra evidente de que estamos hablando de una profesión feminizada a lo largo de su evolución. Pero no sólo hablamos de género por la proporción en el número de mujeres, sino por los roles asumidos en función del colectivo. Es decir, las actividades desempeñadas desde la enfermería civil, la militar y las Hijas de la Caridad, que a pesar de que el fin sea el mismo la atención al enfermo y/o usuarios del hospital, pero existen diferencias marcadas por aspectos técnicos, teóricos y prácticos de desigual encuadre. La homogeneidad de tiempo y espacio de la profesión no asegura las igualdades en las relaciones de género.

Por esto el punto de partida ha de ser el análisis temporal de los factores individuales de los profesionales que conllevan a la toma de decisión de realizar los estudios de Enfermería y más tarde de acceder al Ministerio de Defensa, es decir a trabajar en el Hospital San Carlos como opción laboral, teniendo en cuenta que en aquellos momentos la oferta laboral del Servicio Andaluz de Salud o cualquier entidad sanitaria privada era amplia.¹⁵ Lo que permitió que

¹⁴ Datos obtenidos del Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.

¹⁵ Durante la década de los 80, hasta que progresivamente se fue aplicando la Ley de Incompatibilidades del Personal al Servicio de las Administraciones Públicas Ley Orgánica 53/84, de 26 de diciembre.

durante más de una década un número elevado de enfermeros, sobre todo masculinos, compaginaron dos empleos en distintas administraciones públicas como Ministerio de Defensa y Servicio Andaluz de Salud.

Existen otras circunstancias determinantes, como son el matrimonio (asumiendo el rol de esposa y responsable del hogar), la maternidad y el cuidado de los hijos, el cuidado de familiares (generalmente los padres) dependientes o de avanzada edad, el ocio, la educación, los recursos económicos, y en definitiva, todos los estereotipos adjudicados a la mujer educada entre los años 60 y 70.

El cuestionamiento de la “conciliación de la vida familiar y laboral” como formulación literal del título de la Ley 39/ 1999 nos motiva a profundizar en la concepción del trabajo, de la vida familiar, pero sobre todo en la relación entre hombres y mujeres. Las prácticas reales de conciliación practicadas por la sociedad son descritas por Ángeles Durán como “estrategias de ajuste” y las concreta en: a) la reducción de objetivos familiares y/o laborales; b) la delegación de la producción de servicios a otras personas o grupos sociales; c) la secuencialización, que consiste en ordenar en el tiempo las actividades laborales y familiares; d) la derivación hacia el mercado o hacia las instituciones públicas de los cuidados familiares; e) y, por fin, el reparto de tareas laborales y familiares entre hombres y mujeres y, añade ella, entre generaciones (Durán, 2004)¹⁶

¹⁶ Citado por Carlos Prieto en “La conciliación de la vida familiar y laboral en la historia de Querelle des sexes” (Casado y Gómez, 2006. pp. 105-126)

4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

¿Es posible una reflexividad sobre la enfermería sin contemplarla como una profesión homogeneizada? ¿Podemos investigar desde la perspectiva de género los itinerarios de ciertas instituciones? ¿Es comprensible un estudio de los fenómenos sociales cuando están limitados por un espacio común? ¿Realmente se puede llegar a conocer la causalidad de los contextos actuales?

Este trabajo sobre la Enfermería en el Hospital San Carlos de San Fernando supone la reflexión sobre los contextos sociales y antropológicos de una historia y un presente que no deja de ser paradójico y diferente. Debo recordar que los profesionales del estudio cursaron los estudios (finales de los 70, principios de los 80) y las decisiones tomadas a lo largo de la vida, han marcado un presente profesional con poca proyección y de difícil promoción. ¿Pero existen diferencias sólidas con respecto a las enfermeras de otros hospitales? O tal vez estamos hablando de una generación de mujeres que saltó o asaltó el mercado laboral a golpe de una doble jornada (el trabajo remunerado y el trabajo en el hogar no remunerado).

Por otra parte, los condicionantes de género a lo largo del desarrollo de esta profesión han marcado el contexto actual donde se siguen manteniendo en muchas situaciones la representación de los roles sexistas, dando una imagen devaluada de las actividades que realizan las enfermeras, a pesar de la importancia de la labor social que desempeñan y de la cualificación académica con la que afronta los retos profesionales. Este marco epistemológico es la cimentación para el estudio de la transversalidad de la perspectiva de género en los acontecimientos pasados y en la situación del presente. Desigualdades de género que se han sustentado en las relaciones de poder y que han podido sustentar una realidad, pero ¿existe conciencia de ello por parte de las mujeres protagonistas? Y de ser así, ¿hasta qué punto han “jugado” con las herramientas que les proporcionaban las circunstancias? Porque no podemos obviar que “las mujeres son demasiado diferentes entre sí en cuanto a sus expectativas y subjetividades como para generar un único marco de referencia cognitivo” (Turbert, 2001, p. 118)

Encontrar opiniones aparentemente enfrentadas en los usuarios de la población de San Fernando es previsible puesto que el escenario de las condiciones sanitarias ha cambiado muy poco. Los ciudadanos continúan recorriendo los 10 km. de distancia para acudir a un servicio de urgencias hospitalario situado en la capital (Hospital Puerta del Mar) y esperando horas tras horas para ser atendido en este servicio, que en la mayoría de las ocasiones está saturado. Existe una conciencia colectiva sobre la utilización real del Hospital San Carlos, que contribuirá a la construcción de la identidad laboral de los individuos en estudio. La eficacia, eficiencia y la efectividad de un servicio hospitalario muy reducido en la actualidad pero con muchas promesas para el futuro. ¿Conformismo o desconocimiento de los derechos relativos a los servicios sanitarios?

Por otra parte, la identidad laboral se construye en tiempos y espacios heterogéneos, articulados a lo largo de la trayectoria bibliográfica individual y en base a los diversos contextos sociohistóricos en los que se desenvuelven las personas. Está orientada por estereotipos, es decir, lo que se espera del individuo en razón de sexo, etnia, edad y situación socioeconómica, y se va configurando según las necesidades y deseos individuales (Guadarrama, 2008) ¿Cómo se construye la identidad laboral en nuestros colectivos en estudio? Porque además de las relaciones entre sexos, existe una dimensión muy interesante que señala Michelle Z. Rosaldo y es la relación dentro de los sexos, por esto considera necesario contemplar la relación de las mujeres entre sí, y conocer las situaciones de conflictos y de solidaridad. En el caso que nos ocupa, sería de enfermeras las enfermeras entre sí, de las mismas con las hermanas religiosas, con el resto de mujeres que trabajan en el hospital en distintos puestos de trabajos (auxiliares, celadoras, administrativas, etc.) y con las mujeres enfermas, acompañantes y/o usuarias que acuden para recibir cualquier servicio sanitario al recinto del Hospital San Carlos.

La enfermería sigue siendo una profesión mayoritariamente feminizada, donde supuestamente se han igualado las funciones profesionales entre hombres y mujeres, pero ¿se siguen manteniendo identidades profesionales con estereotipos de género? Los cuidados enfermeros como servicio al otro continúan aglutinando una identidad profesional sexuada, ¿se reproducen los roles sexistas con respecto a los médicos y a la institución? En nuestro caso, si percibimos estas desigualdades ¿hasta qué punto los diferentes rangos sociales, religiosos o militares han contribuido a ello?

5 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

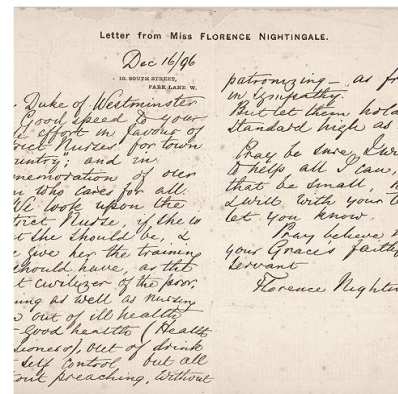
Al iniciar este estudio sobre la Enfermería en el Hospital de San Carlos habría que comenzar por aclarar lo que entendemos actualmente con el término “Enfermería”, ya que aunque el vocablo no es novedoso, sí lo es el concepto en el que se emplea en la actualidad. Enfermería es un término que empezó a utilizarse en el Siglo XIII, como derivación del latín vulgar “infirmus”, débil o endeble, considerándose como enfermería la casa destinada a los enfermos. Con el tiempo, este término va tomando el sentido no del edificio que alberga y acoge al enfermo, sino que se refiere al “conjunto de conocimientos necesarios para la adecuada atención sanitaria de los enfermos, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud” hasta considerarse la enfermera como la persona que cuida al enfermo (Orozco, 1983). De este modo la enfermería va adquiriendo unos caracteres distintivos y peculiares con un protagonismo tanto a nivel colectivo como en personalidades individuales (Edith Cavell, Elizabeth Kenny, Virginia Henderson, Florence Nightingale, etc) que contribuyeron en diferentes dimensiones a la profesionalización de la actual disciplina enfermera.

a) Los inicios de la Enfermería.

Pensar en la enfermería como ciencia, solo ha sucedido a partir de las últimas décadas del siglo pasado gracias al estudio científico de los fenómenos que integran el cuidado de la salud humana. Los saberes milenarios, las diferentes dimensiones históricas y filosóficas sobre los cuidados

humanos han perfilado el rol de los cuidadores en cada contexto tempo-espacial hasta llegar a ser definidos en el marco de una profesión (Aimar, 2006).

Durante el siglo XVIII se editaron varios manuales destinados a la formación de las personas que administraban cuidados a los enfermos, con el fin básico



Carta manuscrita por Florence Nightingale

de adquirir información para ejercer sus funciones. La preocupación se centró, fundamentalmente, en la información a las mujeres que atendían en los partos (actividad extra hospitalaria), a enfermos (en el hospital) y la información para contribuir a evitar el contagio y la propagación de enfermedades y epidemias (lo que en la actualidad se considera prevención). Es importante destacar que los manuales fueron escritos por hombres enfermeros con extensa experiencia en la práctica de los cuidados (aquellos que consideraban necesarios para restablecer o mejorar la salud del enfermo) y con necesidad de transmitir los conocimientos adquiridos para aprovechamiento de otros cuidadores. Aunque en ninguno de los escritos se menciona a las enfermeras y se repite la denominación de enfermero. La escasa valoración de los trabajos de las mujeres no permitió que quedaran reflejadas sus prácticas de la misma manera, aun siendo los cuidados de los miembros de la familia una tarea propia y exclusiva de las mujeres. De los manuales escritos por y para enfermeros sobresalen el del Dr. Carrere, el de la Congregación de los Hermanos Obregones: Instrucción de Enfermeros (del enfermero Obregón Andrés Fernández), el Directorio de Enfermeros, de Simón López, o el realizado por los hermanos hospitalarios para la formación de los cirujanos. La importancia de la redacción de estos manuales radica no sólo en contribuir a la difusión epistemológica del propio oficio, sino proporcionar la conciencia de generar un espacio individualizado dotado de entidad propia.¹⁷

La creadora del marco conceptual de la enfermería fue Florence Nightingale (1820- 1910), al menos, fue la primera enfermera que dejó constancia de sus esfuerzos por la promoción para la enseñanza. En el “Nightingale Training School for Nurses desarrolló el primer programa para las enfermeras, donde insistía en el carácter laico de su formación en el St. Thomas Hospital”. Entre sus publicaciones importantes se encuentran “Notas sobre Enfermería”, suponía una

¹⁷ García, M. et al. *Las Hijas de la Caridad como precursoras de la Enfermería*. En Blanco y García- Cubillana (2013:223- 236).

orientación clara del significado de Enfermería y “Sugerencias para la reflexión destinadas a los que buscan la verdad en la religión”, en éste argumenta a favor de la educación superior de las mujeres, sin embargo se oponía a que éstas estudiaran Medicina y los hombres Enfermería, aludiendo que era mejor tener mejores enfermeras que mujeres médicos (Hanzeliková, 2005). Hoy en día siguen vigentes sus principios de Enfermería en valoración de los cuidados necesarios del enfermo, después de más de un siglo, aunque hoy en día encontramos diferentes opiniones de los profesionales sobre la actualización y renovación de sus teorías. Sin embargo, no se puede negar que el trabajo de F. Nightingale supuso el primer paso para que la enfermería comenzara a considerarse como una disciplina con independencia de la clase médica, a pesar de la oposición de aquella época. Prueba de ello son las palabras del cirujano John Flint (1797-1882) que refiriéndose a las enfermeras escribió “necesitan pocas enseñanzas, más allá de la aplicación de cataplasmas” (Donahue, 1988)

Sin embargo, existen enfermeras historiadoras que han desmitificado los conceptos empleados por Florence, como el “Arte de cuidar” al que considera que tiene que ver con los factores ambientales, la prevención y la observación. Además continúa exponiendo que “es tan imposible enseñar por medio de un libro, a una persona que está al cargo de los enfermos, como organizar el trabajo, como lo es el de enseñarle a cuidar”, esto según Juana M. en su tesis doctoral, considera que supone para el proceso de profesionalización enfermero un obstáculo epistémico de primera categoría (Hernández, 2014)

La enfermera española a finales del siglo XIX tenía una imagen extremadamente negativa, estaba asociada a la de una criada de escasos conocimientos culturales y miserables recursos económicos. En un país eminentemente católico, en el que la asistencia a los enfermos que se prestaba en los hospitales había estado depositada durante siglos en los religiosos de diferentes órdenes, la desamortización de Mendizábal de 1836, supuso un trasvase en la dependencia de estas instituciones, más sociales que sanitarias, a las municipalidades. Estas administraciones utilizaron como enfermeras a mujeres sin conocimientos técnicos y que apenas sabían leer o escribir. Sin embargo otras profesiones cercanas a estas actividades, si tuvieron su auge y reconocimiento en el siglo XIX. Practicantes, cirujanos sangradores, comadronas y parteras, y

ministrantes¹⁸, prestaban su auxilio a una clase médica también en proceso de estructuración. La única figura de las anteriores que era claramente femenina era la de comadrona o partera que a partir de la Ley Moyano, pasó a denominarse matrona (Pedraz, 2010).

En 1857 se crea el título de Practicante, la imagen de éste profesional era bien considerada y bien vista por la sociedad. Se trataba de una persona (varón) con autonomía suficiente para valorar, evaluar y tratar problemas de salud de la comunidad, tanto individuales como familiares. Podemos considerar esta figura como antecesora de la Enfermera Comunitaria (Brito, 2007). Este título queda reconocido en la “Ley de Bases para la Institución Pública”, conocida por la “ley Moyano”, que regulará las profesiones sanitarias mediante el “Reglamento para las enseñanzas de practicantes y matronas”, pero no se contempla la figura del profesional de enfermería (Hernández Conesa, 1995).

Es en 1896 cuando se crea la primera escuela de enfermería de Santa Isabel de Hungría, sólo se admitían a mujeres y se otorgaba un título no oficial, todavía se mantenía este oficio en exclusiva de las órdenes religiosas. Fue importado por Dr. Federico Rubio Galí del modelo anglosajón, que por aquella época era referente mundial.

Los estudios y el título de Enfermería en España se crean oficialmente cuando el Gobierno promulga la Real Orden del 7 de mayo de 1915, mediante esta norma se legalizó el ejercicio asistencial de las enfermeras y se reconoció una profesión sanitaria alternativa a la de Practicante, justificándolo en tres argumentos: *“Que lo aconsejaron los médicos, la escasa formación básica y profesional de parte de los practicantes y que la profesión enfermera surgía como nueva vía para que la mujer española tuviese más oportunidades de formarse e incorporarse al mercado laboral”*(Calvo-Calvo, 2014)

En 1929 y 1930 se conceden mediante Real Orden la Colegiación oficial y obligatoria de practicantes y matronas, respectivamente. Las enfermeras por su parte, es en 1944 con la Ley de Bases de Sanidad, cuando pueden constituirse en Colegios profesionales.

¹⁸ Se denominaban de forma popular Ministrantes a quienes realizaban operaciones quirúrgicas y actuaciones clínicas comprendidas dentro del campo de la cirugía menor (Ávila, 2010)

En 1940- 1941, se establecen cambio en los planes de estudio y en las condiciones de ingreso. La entrada en la Universidad supone un gran avance en la Enfermería como disciplina, permitiendo progresivamente salir a las enfermeras del ámbito tradicional. Se favorece la polivalencia de corrientes ideológicas, opciones sociales y la adquisición de un pensamiento enfermero propio (Carrasco, 2005).

Mediante el Real Decreto del 27 de junio de 1952 se refunden los planes de estudios de ATS masculinos y practicantes, ATS femeninos y enfermeras y Matronas. La regulación de las especialidades de los Ayudantes Técnicos Sanitarios tiene su origen en el Decreto de 4 de diciembre de 1953, cuyos artículos 6 y 7 facultan al Ministerio de Educación y Ciencia para autorizar la creación de las especialidades que se considerasen convenientes y expedir los respectivos diplomas.

A partir de la unificación de titulaciones, y coincidiendo con la creación de hospitales, la incorporación de ATS masculinos a estas instituciones fue considerable. Sin embargo, la formación y las áreas de actuación en razón del sexo estaban bien delimitadas, por lo que estuvo basado en un modelo de género discriminatorio y supuso un importante freno al proceso de profesionalización de la Enfermería:

1. Las ATS femeninas se formaban, en régimen de internado, en escuelas integradas en los centros hospitalarios. La formación era principalmente práctica y con un control estricto de las rotaciones clínicas. En su plan de estudios figuraba, durante los 3 años que duraba la formación, una asignatura denominada “Enseñanzas del hogar”. Los puestos profesionales que desempeñaban eran fundamentalmente en servicios de hospitalización para prestar atención directa a los enfermos.
2. Los ATS masculinos cursaban los estudios en las facultades de medicina, su formación era eminentemente práctica y de corte técnico. A diferencia de las ATS femeninas, cursaban la asignatura de “Autopsia médico legal”.

La vertiginosa creación de hospitales y la espectacular evolución tecnológica hicieron que las enfermeras asumieran una serie de actividades delegadas por el médico, de esta manera gran parte del trabajo se enfocaba en la realización de tareas fundamentalmente técnicas. Surge así la necesidad de otro personal para el ámbito hospitalario, creándose en el año 1960 la figura de la auxiliar de clínica. En definitiva, el grupo profesional de los Ayudantes Técnicos Sanitarios, se debatió entre un pasado vocacional caritativo y un enfoque eminentemente técnico-médico (Sellán, 2010)

Es la Orden Ministerial del 1 de junio de 1977, la que unifica las secciones colegiales bajo el nombre de “Enfermería” para todos los profesionales. Coincidió con la entrada de los estudios de la enfermería en la universidad de modo igualitario, pero desde entonces, los problemas para el reconocimiento académico y profesional de esta disciplina no han faltado, a pesar de estar basada en una actividad imprescindible para la humanidad como es el cuidado de enfermos y personas dependientes.

Los practicantes entablaron numerosos pleitos contra las enfermeras por intrusismo profesional, ya que realizaban tareas iguales que ellos, como poner inyecciones, hacer curas o vendajes. Aunque en “petit comité” reconocían que estaban preparadas para ello, pero intentaron quitarles competencias, iniciando procesos judiciales pero los perdían. Esta situación les llevó a la unificación de la profesión en ATS, pero aun así, tardaron algunos años en permitirles la convalidación. El Plan de Ayudante Técnico Sanitario de 1953 a 1977, dio lugar a un pensamiento “enfermero”, en que los practicantes se consideraban ayudantes médicos y las enfermeras se consideraban como mera prolongación de la madre-esposa en el cuidado de los hijos, esposos y parientes enfermos (Germán, 2013)

Sin embargo, esta realidad ha cambiado, en las universidades de medicina y enfermería, desde que a principios de los 80 del siglo pasado la enfermería pasó a ser diplomatura universitaria, y el número de alumnos y alumnas se fue igualando en ambas carreras. De esta manera, actualmente encontramos un gran número de alumnos de enfermería y de alumnas en medicina, pero sigue siendo enfermería una profesión mayoritariamente de mujeres.

La universidad no le ha dado la independencia suficiente a la enfermería como disciplina en la docencia, todavía en algunas asignaturas se mantienen profesores médicos, cuando la propia enfermería posee docentes suficientes y con titulación apropiada para ejercer la enseñanza de las diferentes áreas de aprendizaje de la carrera universitaria. Son las apreciaciones que asegura la autora Concha Germán en su libro “La Revolución de las Batas blancas” y que aunque no existan estadísticas por segregación de sexos que lo afirmen, puedo corroborar con mi propia experiencia y la de compañeros, sobre todo si nos remontamos a los comienzos de los estudios universitarios en la década de los 80.

La Ley 44/2003 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, será la que garantice la autonomía e independencia a la enfermería y la desvincule de la trayectoria histórica de auxiliar de la Medicina. Sin embargo, se mantenía el vacío académico para optar a los títulos

de posgrado y al doctorado. Esto se consigue con el nuevo modelo de las carreras universitarias desarrollado en el Tratado Europeo de Bolonia.

El Boletín Oficial del Estado N° 286 de 30 de noviembre declara la correspondencia de la titulación de Diplomado en Enfermería con nivel 2 del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior (MECES), es decir, la misma que le corresponde al Grado de Enfermería. Esto supone que a partir de este momento, ambos títulos son equivalentes y, por lo tanto, todos los enfermeros tendrán los mismos derechos profesionales y académicos, independientemente de si son graduados o diplomados. La equivalencia de títulos abre un nuevo paso para que Diplomados y Graduados en Enfermería puedan optar legítimamente al nivel A1, una reivindicación absolutamente irrenunciable para la profesión enfermera y que viene a sumarse a los incumplimientos del Ejecutivo actual con el colectivo tras comprometerse a ello por escrito y ante el presidente del Gobierno en el Pacto por la Sostenibilidad y Calidad del SNS, firmado en julio de 2013 por la Mesa de la Profesión Enfermera (CGE y SATSE) y el Ministerio de Sanidad.¹⁹

Sin embargo, este reconocimiento y oficialidad de la enseñanza de enfermería llega en el momento de mayor precariedad laboral de la profesión, donde el paro y los contratos temporales y parciales han limitado el nivel de satisfacción personal de los profesionales.

España sólo tiene 5,1 enfermeras por cada mil habitantes, tal y como se desprende el Informe del Sistema Nacional de Salud 2015 que elabora sobre la salud de la población española y el estado del SNS en cuanto a organización, gestión sanitaria y resultados. Esta cifra no sólo nos sitúa a la cola de Europa, sino que es aún peor. Y es que el número de enfermeras sufre, además, un vertiginoso descenso. De hecho, en 2013 (último año con datos) había un total de 239.767 tanto en el sector privado como en el público, mientras que el año anterior se registraron 245.300. La media de los países

¹⁹ Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz. 1/12/2015. El Título de Diplomado y Graduado en Enfermería ya son equivalentes. <http://coecadiz.com/2015/12/el-titulo-de-diplomado-y-graduado-en-enfermeria-ya-son-equivalentes/>

Europeos es de 8,4 enfermeras por cada 1.000 habitantes, una ratio respecto a la que España se sitúa muy lejos.²⁰

a) Breve descripción histórica del Hospital San Carlos

El Hospital de Marina de San Carlos, fue fundado en 1809 en San Fernando, en plena Guerra de la Independencia, y ubicado en el convento de San Francisco. Atendió a pacientes civiles y militares de la provincia y a numerosos prisioneros franceses. Su primer director fue Antonio Alfaro, perteneciente al Cuerpo de Profesores Médicos Cirujanos de la Real Armada (San Segundo, 2012)

En el 1836 la reina regente María Cristina dispuso que los hospitales de los departamentos marítimos quedasen a cargo del personal facultativo de la Marina, así es como se convirtió en el único establecimiento hospitalario de la Armada en la provincia de Cádiz. Como paradoja de su historia, podemos referir que en 1845, se dispuso por Real Orden la supresión del hospital de San Carlos, el motivo de tales disposiciones era la baja rentabilidad y la penuria económica que sufría la Armada. Esta orden fue revocada a los cinco meses con la modificación del cese de la plaza del boticario y del escribiente.²¹

A partir de mediados del siglo XIX, paulatinamente y tras sucesivas reformas, el hospital se afianza como el núcleo hospitalario por excelencia de la Marina en el departamento de Cádiz. Las urgencias de la población civil y militar de las proximidades eran atendidas en él y se reglamentaron las guardias médicas a la vez que se iniciaba la publicación de una revista mensual del Hospital de Marina de San Carlos por Rafael Grass. La legislación queda

²⁰ SATSE. 10/06/2016. España pierde cada vez más enfermeras y consolida su posición a la cola de Europa. <http://www.satse.es/comunicacion/noticias/espana-pierde-cada-vez-mas-enfermeras-y-consolida-su-posicion-a-la-cola-de-europa>

²¹ Los estudiosos de la historia del hospital aludieron en repetidas ocasiones a estas determinaciones gubernamentales en el proceso de transición del hospital del Ministerio de Defensa al Servicio Andaluz de Salud. No dejaba de ser la pérdida de unas instalaciones de propiedad histórica por parte de las Fuerzas Armadas. Pero ya pasó más de cinco meses y es evidente que no se revocó ninguna orden, ni acuerdo para que el hospital dejase de ser militar.

modificada mediante nuevas disposiciones que confiaban la dirección a personal técnico facultativo en lugar de los jefes del cuerpo administrativo, como lo habían sido hasta entonces, puntualizando para que sus funciones no se solaparan con las que les correspondían a las hijas de la Caridad que se incorporaron en el 1870 (García-Cubillana, 2007).

En 1981 se inaugura el nuevo Hospital Naval de la Zona Marítima del Estrecho, a partir de ese momento comienza el desarrollo científico y la apertura a los profesionales de otros centros mediante la celebración de Reuniones Provinciales, Jornadas y Simposios, hasta culminar con la celebración del 7º Congreso Nacional de Enfermería de la Defensa en el año 2010.

La apertura del hospital nuevo también supone la iniciación de la entrada masiva de los profesionales de enfermería civiles, si anteriormente existían algunos practicantes varones y algunas enfermeras matronas mujeres, el comienzo del nuevo hospital supone el principio de un flujo de personal que va accediendo a través de distintas convocatorias de oposiciones. De esta manera, asistimos al comienzo de un panorama muy variopinto para la enfermería en San Carlos, por una parte los profesionales asumen las funciones marcadas en base a sus estudios y por otra, por los roles que desempeñan según los destinos laborales y los condicionamientos de género:

“Hasta la llegada de la enfermería civil, los militares seguían montando guardias y cubriendo todas las necesidades de los cuidados a los pacientes. Pronto las enfermeras civiles llegaron para poder atender la fuerte demanda asistencial que necesitaba un centro moderno. Hubo un trasvase de conocimientos entre unos y otros, resultando una enfermería de gran calidad. A diferencia de los hospitales del Ejército de Tierra, San Carlos asumió esa maravillosa mezcla sin complejos ni diferencias.

Las plantas estaban llenas de alegría por la savia nueva que había llegado de la sociedad civil. Ocuparon servicios y plantas de hospitalización, aportando una asistencia de gran eficiencia. El San Carlos “nuevo”, era testigo vivo de

la evolución técnica y académica de la Enfermería a todos los niveles” (Cano, 2009: 213)²²

A partir de 1988, se inician las prácticas de enfermería de los alumnos de enfermería de la Escuela Universitaria Salus Infirmorum de Cádiz y de otra índole sanitaria de diferentes institutos para la formación profesional, locales y de la provincia, más tarde se firma un Convenio entre el Ministerio de Defensa y la Universidad de Cádiz para las prácticas de estudiantes de distintas profesiones sanitarias y para la organización conjunta de prácticas formativas.

Es en el 2005 cuando se firma el primer Convenio de Colaboración con el Servicio Andaluz de Salud, que marcó de forma definitiva la historia reciente del hospital, porque supuso el primer paso para la desmilitarización de los usuarios y la entrada de la gestión de la sanidad autonómica.²³

A partir de principios de siglo XXI, el hospital sufre una disminución progresiva de su actividad asistencial, los motivos fundamentales son, en primer lugar la reducción de instalaciones militares en la ciudad que comenzó a partir de la supresión del servicio militar en el 2001. Pero no solo los usuarios militares y sus familias, también se daba cobertura sanitaria a diferentes compañías sanitarias que se fueron retirando los acuerdos asistenciales con la institución hospitalaria.

²² Cano, M. *La Enfermería Militar dos siglos de evolución, un nombre propio, “hospital de San Carlos”* En Bicentenario del Hospital de "San Carlos" (2009: 205- 218)

²³ García- Cubillana, J. y Arceiz, J. *Cronología histórica del Hospital de San Carlos (1809- 2009)* En Bicentenario del Hospital de "San Carlos" (2009: 29- 36).



**Manifestación semanal a las puertas del hospital promovida por la
Plataforma a favor del uso compartido del Hospital**

andaluciainformacion.es/San Fernando

SANIDAD

*La plataforma por el uso compartido de San Carlos sigue sumando apoyos
EL NÚMERO AUMENTA POR SEMANA.*

INFORMACIÓN

25/04/2012 20:48

La Plataforma Por la necesidad del uso compartido del Hospital de San Carlos para San Fernando ha realizado su habitual concentración este Miércoles 25 de Abril. La participación sigue en alza, concentrándose alrededor de 100 personas. Cada vez más trabajadores, usuarios del ISFAS y del SAS, miembros de la Asociación de Fibromialgia y de otros grupos de ayuda mutua y ciudadanos en general, semana tras semana van sumándose a esta cita en la que también se cuenta con la presencia de los sindicatos SATSE, CCOO, CSIF y USO y del Partido Ciudadanos por San Fernando (CxSF)

La secretaria de organización de la Plataforma está gestionando entrevistas con representantes de todos los partidos políticos, ya que lo que se pretende no es el apoyo de unos o de otros, sino de todos. Esto sucederá en la medida en que asuman la "incongruencia que supone para una ciudad como San Fernando, que tiene como una de sus principales carencias la atención sanitaria, el tener unas instalaciones en el Hospital de San Carlos infrautilizadas que pueden paliar ampliamente este déficit y, además, garantizar su futuro y viabilidad".

Hasta el momento se tiene el compromiso de Izquierda Unida, expresado en la última asamblea a través de su representante Antonio Gil Piñero, el cual se comprometió a concertar una entrevista a los representantes de la Plataforma con Diego Valderas, coordinador general de Izquierda Unida de Andalucía. También hay noticias que apuntan a una inminente entrevista con María del Carmen Pedemonte y otros diputados por Cádiz del Partido Popular Andaluz.

"Son tiempos de racionalizar y de aprovechar lo que tenemos y emplearlo sabiamente. Ya no es posible dilapidar, ni hacer castillos en el aire con proyectos irrealizables. Tenemos un Hospital en San Fernando que hasta el propio ministerio reconoce que ha disminuido su actividad asistencial. O sea, el uso militar ya no es un obstáculo, por lo que éste debería ser el punto de partida para establecer en este Hospital una cartera de servicios necesaria e imprescindible para los ciudadanos de San Fernando, que no se merecen el olvido y las carencias que padecen", dicen desde la Plataforma.²⁴

*Cartel de convocatoria para la
Manifestación de toda la
población por las calles de San
Fernando.*



Ante la decadencia en la carga de trabajo y las previsiones de futuro tan poco halagüeñas que suponía el reconocimiento de una grave crisis económica no solo en España, los trabajadores del hospital comienzan a

²⁴ Nota de prensa: <http://andaluciainformacion.es/san-fernando/224781/la-plataforma-por-el-uso-compartido-de-san-carlos-sigue-sumando-apoyos/>

organizarse y crean una Plataforma reivindicativa para que las administraciones públicas tomen se impliquen e intenten resolver la situación de unas instalaciones hospitalarias desaprovechadas y una población de casi 100.000 habitantes como tiene San Fernando que no cumple unos mínimos para la asistencia sanitaria, de urgencias, pediatría y en general los servicios correspondientes a la densidad de esta población.

Podríamos decir que la culminación de esta organización estuvo marcada por una masiva manifestación que se convocó el día 7 de marzo de 2013 y contó con el apoyo de gran parte de la población, individualmente y de los colectivos sociales y políticos más representativos. De esta manera, se presionó a las instituciones responsables con el fin de dar un impulso definitivo en la reivindicación del uso del Hospital para la asistencia sanitaria de la población de San Fernando.

Después de muchas incertidumbres, debates y afrentas políticas, las Administraciones implicadas deciden el traspaso total de los recursos materiales y humanos, es decir, terrenos, instalaciones y personal desde el Ministerio de Defensa a la Junta de Andalucía, haciéndose cargo del Hospital el Servicio Andaluz de Salud. Este acuerdo se lleva a término el 1 de octubre de 2014.

b) Órdenes religiosas como precursoras de la enfermería. Las Hijas de la Caridad.

Los inicios de la profesionalización de los cuidados podemos centrarlos en la Edad Media, cuando surgen los hospitales o instituciones cerradas que se construían al lado de las iglesias y catedrales, con el ejercicio de nobles y ricos que practicaban la caridad como camino a la salvación. De este modo, se podían atender a los más desfavorecidos de la sociedad de la época, sobre todo en las epidemias que asolaron a gran parte de la población de Europa.

Los cuidados que se ofrecían en estos recintos eran prestados por los miembros de diferentes órdenes religiosas, sin olvidar que la mujer seguía siendo la principal proveedora de cuidados en el ámbito doméstico. La Regla de San Benito en el siglo VI, será la que marcará definitivamente el desarrollo de las órdenes religiosas en Europa. Aunque el origen de estas normas no está totalmente claro si corresponde al propio santo, pero supuso una guía espiritual

para múltiples reglas monásticas durante más de 1500 años. Reproduzco aquí la regla 36 dirigida a los hermanos enfermos:

1 Ante todo y por encima de todo lo demás, ha de cuidarse de los enfermos, de tal manera que se les sirva como a Cristo en persona, 2 Porque él mismo dijo: «Estuve enfermo, y me visitasteis»; 3 y: «Lo que hicisteis a uno de estos pequeños, a mí me lo hicisteis». 4 Pero piensen también los enfermos, por su parte, que se les sirve así en honor a Dios, y no sean impertinentes por sus exigencias caprichosas con los hermanos que les asisten. 5 Aunque también a éstos deben soportarles con paciencia, porque con ellos se consigue un premio mayor. 6 Por eso ha de tener el abad suma atención, para que no padezcan negligencia alguna. 7 Se destinará un lugar especial para los hermanos enfermos, y un enfermero temeroso de Dios, diligente y solícito. 8 Cuantas veces sea necesario, se les concederá la posibilidad de bañarse; pero a los que están sanos, y particularmente a los jóvenes, se les permitirá más raramente. 9 Asimismo, los enfermos muy débiles podrán tomar carne, para que se repongan; pero, cuando ya hayan convalecido, todos deben abstenerse de comer carne, como es costumbre. 10 Ponga el abad sumo empeño en que los enfermos no queden desatendidos por los mayordomos y enfermeros, pues sobre él recae la responsabilidad de toda falta cometida por sus discípulos²⁵.

Es así como en los siglos XVII y XVIII se mantuvieron vigentes las reglas que las distintas órdenes religiosas tenían dispuestas para el cuidado de las personas enfermas, y el cambio de actitud de las enfermeras no se produciría hasta el XIX cuando a su buen carácter comenzaron a sumarse los conocimientos adquiridos.²⁶

La historiografía enfermera (estudios históricos sobre enfermería) se inicia a partir del trabajo de un grupo de historiadores anglosajones en la segunda década del siglo XIX, sin embargo en países donde la enfermería se ha desarrollado más y mejor, es el caso de los contrarreformistas

²⁵ San Benito de Luján. <http://www.sbenito.org/regla/rb.htm#>

²⁶ Euskomedia. Enfermería. 2009 <http://www.euskomedia.org/aunamendi/39190/132780>

como España, Portugal, Francia o Italia, se produce la paradoja. Por una parte el vacío asistencial provocado por el reformismo, que determina el nacimiento de la enfermería profesional, mientras que en los países católicos del sur de Europa, los cuidados enfermeros siguen vinculados a la vocación religiosa. La abundancia de fuentes, como manuales de enfermería, los registros y reglamentos hospitalarios que dan cuenta de la actividades de enfermeras, sangradores y practicantes, y otros muchos documentos, testimonian la riqueza documental con la mayor antigüedad de la enfermería en el sur de Europa en general y en España, en particular (Siles, 1999:42).

La Reforma Protestante se inició en 1517, fue un movimiento religioso que tuvo como resultado la división del cristianismo. La rebelión contra el Papa y las reglas eclesiales fue dirigida por Martín Lutero (1483- 1546). Los protestantes, que así fueron llamados, se escindieron y declararon su independencia, a partir de ese momento se declara una Europa católica y otra protestante. Los gobiernos se encargaron de la asistencia sanitaria y reclutaron a gente sin ninguna formación, e incluso se les conmutaban penas de cárcel por prestar estos servicios, en estos países los cuidados de enfermería quedaron en manos de sirvientas, asistentes que cobraban un salario de miseria a cambio de una asistencia muy deficitaria. Entre 1550 y 1850 fue un período oscuro de la enfermería en la Europa protestante. Sin embargo, en la Europa católica se continúan prestando los cuidados a los enfermos por parte de los religiosos, que siguen imprimiendo un carácter vocacional a su labor (Carrasco, 2005).

Y así se ha mantenido a lo largo de los años en muchos países católicos como es en el caso de España, donde los enfermeros religiosos, hombres y mujeres han jugado un papel importante en la historia de la Enfermería y sobre todo en el caso de las comunidades de religiosas femeninas dedicadas a los cuidados de enfermos que surgieron a partir del siglo XIX. Se podrá tener más o menos simpatía por estas instituciones, pero lo que hoy nadie pone en duda es que son las que llevado el peso de la organización de los hospitales y la atención de los enfermos desde el siglo XVI, incluso siguen estando presentes en muchos países.

Es por esto que hablar de enfermería hasta no hace demasiado tiempo ha ido ligado a la vocación, y precisamente a la acepción de “vocación religiosa”, sin que ello suponga que todos los que han cuidado a los enfermos hayan sido religiosos.

Entre las más destacadas y conocidas órdenes religiosas dedicadas a los enfermos está la Congregación de las Hijas de la Caridad, que fue fundada a principios del siglo XVII por Luisa

de Marillac, siguiendo las directrices de Vicente de Pal, cuya primera ocupación fue canalizar las donaciones de la caridad para los más humildes y necesitados de la población.

Llegaron a España a finales del siglo XVIII y en 1870, la comunidad de religiosas de la Caridad de San Vicente de Paul se estableció en el hospital San Carlos, pero hasta 1877 no se dispuso una Real Orden en la que se expresaba como necesaria su permanencia con el carácter de enfermeras y con funciones administrativas complementarias a la asistencia de enfermos.

La labor de las Hijas de la Caridad en el hospital antiguo nos explica García- Cubillana (2007) era imprescindible dada la multitud de funciones que desempeñaban, en una época en la que no existían auxiliares de enfermería ni enfermeras civiles. Algunas no tenían la titulación de ATS y tuvieron que cursar estudios en la escuelas de enfermería de Cádiz o en los cursos desarrollados en el propio hospital.

Era un colectivo formado exclusivamente por mujeres que vivían en un edificio anexo al hospital, su dedicación al trabajo hospitalario no estaba limitado a horarios ni turnos, sino en función de las necesidades del servicio al que habían sido designadas. Internamente estaban organizadas en una comunidad al frente de la cual estaba una superiora que dependía directamente del comisario, del que recibía órdenes y providencias por escrito. San Carlos fue el primer hospital del Ejército que tuvo a este grupo de religiosas, más tarde salieron de allí algunas para ir fundando nuevas comunidades en distintos centros militares (García-Cubillana, 2007).

Por todo ello, cuando se incorporaron al hospital los profesionales de enfermería civiles, ellas asumieron las funciones de gestión de personal y supervisión. Su antigüedad en los diferentes servicios del hospital les permitía ser conocedoras de muchos aspectos importantes para el buen funcionamiento hospitalario, pero no dejaban de ser religiosas y esto, en muchos aspectos imprimía un carácter en su modo de trabajar que les hacía diferentes con respecto a los profesionales de enfermería de los hospitales públicos del sistema sanitario. Ninguno de mis informantes se queda indiferente cuando les he preguntado por su relación u opinión sobre “las monjas”, que era como les llamábamos de modo coloquial a las Hermanas de la Caridad que estaban destinadas en el Hospital San Carlos. En el trato personal con ellas se les nombraba con “Sor...” seguido de su nombre y si no había otra en ese momento, simplemente eran “Sor”.

Las apreciaciones personales son diferentes, sin embargo es unánime la idea sobre la importancia que tenían con respecto al orden, mantenimiento, limpieza, disciplina aunque el

nivel de conocimientos en técnicas de enfermería estaba en función de las actitudes personales de cada una de ellas. En el Hospital San Carlos vivían en un edificio anexo al propio hospital, dentro del recinto dedicado a éste, los horarios de trabajo eran impuestos desde su propia congregación sin dejar de estar supeditados a las necesidades de los servicios donde estuviesen destinadas.

Las monjas estaban repartidas por casi todos los servicios del Hospital, una por cada uno de ellos: lencería, cocina, esterilización, quirófano, plantas hospitalarias, incluso la dirección de la enfermería civil, lo que se puede decir que asumían las funciones que ahora se pueden asemejar a los cargos intermedios de enfermería. Estas actividades las realizaban con un espíritu de servicio al enfermo, como principio de su orden religiosa, a la vez que asumían un rol de sumisión con respecto al colectivo militar y de dominación o cierta superioridad con respecto a las enfermeras civiles.²⁷ No cabe duda, aceptaban subordinación ante los hombres, militares o civiles, pero a menudo con un interés explícito en agradarles en el trabajo con su colaboración y diligencia. Sin dar lugar a malas interpretaciones quiero decir que verdaderamente el resultado de todo esto era que las responsabilidades adjudicadas a ellas, estaban garantizadas en su realización con esmero y prontitud.

Toda esta información es el resultado de mi propia observación participante a lo largo de mi experiencia profesional, pero constatada por las enfermeras informantes del trabajo y compañeras en general. Sin duda, es la referente a los últimos 30 años, pero no cabe duda que a lo largo de más de un siglo, este colectivo se fue adaptado a las necesidades y requerimientos del nosocomio. Del mismo modo que existían las particularidades personales de cada una de las religiosas en personalidad y profesionalidad, sin embargo la descripción anterior corresponde a la valoración general del colectivo de las Hermanas de la Caridad por todos los compañeros que compartieron con ellas espacios y tiempos.

²⁷ Existe un reconocimiento mayoritario, incluso por ellos mismos, de que los pocos enfermeros civiles masculinos que estaban en el hospital tenían otro tipo de “deferencias” que no había para las mujeres enfermeras por parte de las monjas.

Después de 138 años, el 30 de septiembre de 2008, se celebra una solemne despedida de las 8 Hermanas que aún se mantenían ejerciendo en el hospital una enfermería desde la vocación religiosa, dando fin a una etapa más de la vida de esta institución hospitalaria.

c) La Enfermería Militar

A mediados del siglo XIX se tiene constancia de los primeros practicantes en la Armada. Desde sus orígenes en 1738, el Cuerpo Auxiliar de Sanidad de la Armada fue fundamental en la sanidad naval embarcada y en tierra, no pudiéndose concebir los hospitales sin su presencia (García-Cubillana, 2007).

Cirujanos sangradores, ministrantes, practicantes, ATS, hasta llegar al enfermero diplomado de la actualidad con reconocimiento de categoría de oficial en el ejército, hay mucho escrito sobre la historia de la enfermería militar. Existe un paralelismo sincrónico de la evolución de esta profesión con el propio edificio del hospital. De tal modo que, si durante la época del hospital antiguo la enfermería militar vivía una época al amparo y cobijo de la Medicina, le sigue otra etapa moderna, la del hospital nuevo, que comienza a partir de los 70 (el hospital nuevo se inaugura en 1981), cuando la entrada a la Universidad de los estudios enfermeros permite nuevos horizontes de autonomía y reconocimiento en la Enfermería en general y la militar en concreto.

El devenir de la historia de la Enfermería Militar en el seno del Hospital San Carlos, viene marcado por los senderos de la Sanidad de la Armada. En 1960 mediante Orden Ministerial se crea la Escala Auxiliar de los Servicios de Sanidad de la Armada, y se constituye con el personal de la Sección de Sanidad (sanitarios) del Cuerpo de Suboficiales de la Armada que se encontraban en posesión del título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Hay que tener en cuenta que la Armada será el único ejército donde las funciones profesionales se ajustaban a lo estipulado en el título académico y optarán a los más altos cargos, pudiendo llegar a Comandante.

El acceso a este empleo era mediante oposición libre, estando en posesión del título académico de ATS y eran nombrados como ayudantes técnico sanitarios de segunda- alumnos (sargentos), realizando su formación militar en la Escuela de Suboficiales de la Armada en San Fernando y

la profesional se llevaba a cabo en el Hospital San Carlos. Así es como el Hospital ha sido centro de formación para numerosas promociones de Enfermeros Militares hasta la unificación de la Sanidad Militar en el Cuerpo Común.

También los ATS civiles podían realizar el servicio militar en la IMECAR (Instrucción Militar para Escalas de Complemento de la Armada), ya con los estudios terminados accedían con los derechos y deberes de la carrera militar, podían permanecer un tiempo indeterminado que era renovado periódicamente y entraban como Sargentos Alumnos.

Sin embargo, no es hasta 1989 cuando se promulga la Ley de la Función Militar para que los profesionales con titulación universitaria ingresen en la carrera militar en el Cuerpo de Oficiales, a pesar de llevar casi 10 años de desfase con respecto a las correspondencias de graduación militar y titulación académica.²⁸

En estos años España comienza su apertura en la política exterior y comienza la participación en misiones internacionales de distinta índole por parte de las FAS. Se crea la USANEM (Unidad Sanitaria Embarcada) que gesta su nacimiento en el Hospital San Carlos: En 1998, la tragedia humana del Huracán Mitch en Centroamérica provocará que se organice la primera USANEM de la historia naval moderna. Médicos especialistas y enfermeros militares con experiencia, junto a otros compañeros de distintos hospitales navales, partieron hacia Centroamérica en el buque de asalto anfibio Galicia (Cano, 2009)

La nueva ley permitió que la escala militar para los enfermeros fuese de alférez a teniente coronel, y así en 1997 el hospital San Carlos tuvo su primer director de enfermería en la persona de D. Juan Outón Barahona, primer teniente coronel enfermero del Cuerpo.

La incorporación de la mujer en las Fuerzas Armadas españolas se produce a partir de 1988 mediante el Real Decreto-ley 1/1988 de 22 de febrero. A partir de esta fecha, un proceso de

²⁸ Esto supone una preocupación para los enfermeros militares en activo, el hecho de que no vuelva a ocurrir igual a partir del reconocimiento del Grado de Enfermería que equipara a los profesionales de Enfermería con cualquiera del resto de carreras universitarias. Puesto que en la actualidad existe el techo de los ascensos limitado hasta el de Teniente Coronel para los enfermeros, mientras para cualquier especialidad militar universitaria en el Ejército la máxima graduación puede ser la de General.

reformas legislativas que han ido abriendo las posibilidades de acceso hasta configurar un sistema donde ha quedado formalmente reconocido el derecho a la plena participación de las mujeres en el ejército. A pesar que esto se produce de forma tardía con respecto al resto de países de la OTAN, pero ha sido rápido en su evolución.

La aprobación en 1999, de la Ley de Régimen del Personal de las FFAA dispone la supresión de cualquier limitación y restricción persistente respecto de todos los destinos, desde entonces las mujeres tienen formalmente acceso a todos los puestos, incluso los de tipo táctico u operativo; paralelamente, se reconoce la posibilidad de adoptar criterios diferenciales en la evaluación de las capacidades físicas para cada sexo (Hombrados, 2007)

d) Las Damas Auxiliares de la Sanidad Militar.

Tienen sus antecedentes en el 1917, cuando entran las primeras mujeres en el Ejército, concretamente el Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja, dependiente del Ministerio de la Guerra. A partir de aquellas enfermeras que trabajaron durante la guerra civil española, en 1941 Mercedes Milá funda el Cuerpo de Damas Auxiliares de Sanidad Militar,

Hago mención a ellas, porque aunque por un tiempo limitado tuvieron su presencia en el Hospital San Carlos y algunas tenían los estudios de Enfermería. Las que ingresaban sin poseer título de licenciada o ATS, eran instruidas durante 9 meses en el hospital militar y se le expedía el título de Damas Auxiliares de Sanidad Militar que no tenía ninguno equivalente en la vida civil. Por esto realizaban trabajos solo en el ámbito militar y con unas obligaciones recogidas por M^a. Pilar Valdivia:

Fundamentalmente, auxiliar al personal médico y otro personal ligado a la función sanitaria, así como a los ATS, a los que podrán suceder en el ejercicio de sus funciones, dentro de las posibilidades que su formación profesional permita...Mantener y perfeccionar su grado de formación y disciplina a fin de prestar el mejor servicio, teniendo presente el alto honor que representa al servicio del Ejército y con él a la Patria...Cumplimentar con exactitud las misiones y servicios que se les encomienden. Respeto y subordinación a sus superiores, así como cuidar su uniformidad y ejemplar comportamiento. Puntual realización de las prácticas reglamentarias anuales. Comunicar a las Inspectoras y Subinspectoras regionales de quienes dependan

sus cambios de residencia y situación... La obligación les alcanzará cuando, aún en tiempos de paz, sean convocadas para prestar servicios especiales... Toda imposibilidad justificada de acudir a dichas convocatorias y a la prestación de servicio será comunicada... Mientras presten servicio están obligadas a cumplir el Reglamento y régimen interior propio del Hospital o formación sanitaria militar en la que se encuentren encuadradas bajo la dependencia de la Subinspectora del Servicio respectivo y de la ATS, Jefe de las ATS. (Art. 10 – D.O. núm. 283 – 14 diciembre 1977)

Hasta el 2003 que se dispuso su extinción, supuso manos de obra de enfermeras y auxiliares gratis en los hospitales militares. Más tarde en 2011, crean una Asociación para reivindicar su presencia en la Sanidad Militar, incluso por haber sido las primeras mujeres con uniforme militar que desfilaron. (Valdivia, 1980)

Es evidente el status de sumisión y altruismo, sin un merecido reconocimiento social, podemos encontrar un cierto paralelismo en la figura de las Hijas de la Caridad en cuanto a la entrega sin compensaciones, única en la enfermería en el género femenino a lo largo de la historia hospitalaria.

e) **Enfermería civil**

El objeto de este estudio es analizar los aspectos sociales, culturales, religiosos, políticos y de diversa índole, que han marcado las directrices laborales de un grupo de profesionales de enfermería enmarcadas en un contexto hospitalario determinado. Pertenecen a una generación de enfermeros que no tuvieron problemas para el acceso a la vida laboral, y sin embargo las decisiones políticas y administrativas de los últimos años han permitido que ahora, después de casi 30 años de profesión, se encuentren en una situación laboral complicada y única con respecto a los demás compañeros que continúan trabajando en otros hospitales militares²⁹.

²⁹ Actualmente la red hospitalaria militar de España ha quedado reducida a dos hospitales, el de Zaragoza y el de Madrid.

El espacio contextual que nos ocupa es el del hospital San Carlos, inaugurado el 14 de febrero de 1809 perteneciente al Ejército con un personal facultativo civil y militar encargado de la asistencia de los pacientes que se había formado en el Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz. Los comienzos son difíciles por la precariedad de los recursos para la atención sanitaria de los pacientes, coincidiendo con el traslado de los diputados de las Cortes para la elaboración de la Constitución española de 1812. Se atienden pacientes afectados de brotes de fiebre amarilla

El total de los profesionales de enfermería colegiados en 2014 en España son 274.817 de los cuales son hombres 43.191 y mujeres 231.626³⁰, esto supone más de un 80% de mujeres con respecto a la totalidad. A lo largo de tres décadas desde que se unificaron los estudios y pasaron a ser universitarios apenas se ha modificado dicho porcentaje. Esto como mínimo nos debe estimular para analizar y reflexionar sobre la identidad profesional, los roles y estereotipos del ejercicio de la Enfermería.

La historia reciente del desarrollo de la Enfermería en España es el punto de partida que nos determina las bases académicas e interprofesionales en que los protagonistas de este estudio comenzaron sus estudios. Se trata de un colectivo de enfermería que cursaron los estudios en el período de finales de los 70, principios de los 80. Algunos terminaron como ATS, cuando ya lo estudiaban hombres y mujeres, y más tarde realizaron el curso de convalidación para Diplomados Universitarios de Enfermería, otros (casi la mayoría) ya comenzaron desde la universidad como Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE) con igualdad de acceso pero con la mayoría de mujeres en las aulas. Es el comienzo de una nueva etapa para los estudios de la disciplina enfermera, que van a marcar la generación que con poca diferencia de edad entre ellos, va a constituir la plantilla del Hospital de San Carlos.

Factores de la estructura social como la política, la religión, la cultura, la economía o la religión son determinantes que afectan a la salud, los cuidados y el modo de realizarlos y transmitirlos. Estas prácticas de cuidar, de aliviar al enfermo o al necesitado, en la mayoría de las culturas, han sido adjudicadas a los valores asociados a las mujeres “por naturaleza”. Este argumento es

³⁰ Datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística. Consultado en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

más que suficiente para que la profesionalización de los cuidados se haya mantenido en el tiempo con el sello de ser un trabajo feminizado. Los estereotipos que se han manifestado a lo largo de la historia en el sistema sanitario, han girado en torno a la identificación del personal de la medicina con los hombres y al de la enfermería con las mujeres, como opción vocacional, consecuencia del imaginario colectivo del concepto naturalizado de que los cuidados es una actividad que socialmente tiene el sello femenino y donde el conocimiento científico tiene menor peso específico.

Por otra parte, una profesionalización de las acciones más básicas y necesarias de la sociedad sería lógica que tuviese una relevancia, incluso un estatus superior y más cuando se trata de un constructo universal con una gran proyección psicosocial-cultural imprescindibles para la satisfacción de las necesidades humanas y éstas inherentes al ser humano para conseguir un cierto grado de bienestar. (Carrasco et al., 2005)

En general, la identidad propia de cualquier individuo puede contener características personales como la agresividad, la tolerancia, la empatía, la pasividad, etc... pero también existen factores como ideologías políticas, creencias religiosas, etnicidad, sexo, rol familiar o clase social que influyen y determinan el modo en que un profesional reacciona ante cualquier problema, y en el caso de la enfermería puede posicionarse de diferente modo ante situaciones como es el caso del aborto o la eutanasia, por ejemplo.

Al mismo tiempo estos factores, tanto los intrínsecos como los que vienen dados por la sociedad, van a marcar la toma de decisiones profesionales, desde la propia de elegir los estudios de enfermería, la de acceder a las diferentes empresas públicas o privada y por supuesto, a la elección en su momento de las diferentes unidades o servicios clínicos, con todos los requisitos necesarios de horarios, turnos y predisposición para los trabajos a realizar. Me refiero que, no es lo mismo trabajar en un laboratorio de guardias de 24 horas a realizar un trabajo de turno rotario en una planta hospitalaria, o turno de mañana en laborables en una consulta de enfermería en un centro de salud.

El marco contextual del Hospital San Carlos lleva consigo una idiosincrasia muy particular en su historia. El capital humano implicado durante y después de ser una institución militar pero siempre como recinto hospitalario, va más allá de un colectivo de trabajadores de distintas categorías profesionales y de muy diversas índoles. Las vivencias de los entrevistados corresponden a una época determinada en España de movimientos sociales, políticos y culturales de importantes cambios, por tanto resulta inexcusable el análisis de los hechos

sociales del momento, desde la etapa de formación académica del colectivo de la enfermería de la investigación hasta la actualidad con más de 30 años de antigüedad laboral. Esta trayectoria ha sido compartida por mí, mi propia experiencia como enfermera del Hospital desde 1984 y las relaciones personales y directas con los informantes del estudio han sido el vehículo fundamental para su realización. Por tanto, parte de este trabajo consistirá además en la deconstrucción de perspectivas e interpretaciones de lo acontecido, que permitan indagar en razones personales, motivaciones colectivas, relaciones de poder y género que hayan tenido significados en los modos de vida estudiados.

La práctica enfermera se ha realizado desde diferentes posiciones, la militar con cometidos determinados dirigidos desde la logística del ejército, la enfermería de las religiosas acatando las órdenes de la congregación religiosa y la enfermería del personal civil. Colectivos interesantes de analizar desde la perspectiva de género, en diferentes momentos de su trayectoria, porque excepto la militar³¹, las otras han sido exclusiva y mayoritariamente compuestas por mujeres. Además de la profesión, estos grupos han compartido un contexto espacial determinado, el Hospital San Carlos, una institución hospitalaria militar.

³¹ Hasta 1988 cuando se produce la incorporación de la mujer a las FFAA.

II. PARTE. EL HOSPITAL DE SAN CARLOS. LA ENFERMERÍA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

1 DESCRIPCIÓN DEL MARCO ESPACIAL DEL ESTUDIO. HOSPITAL SAN CARLOS. AQUÍ Y AHORA.

El sistema hospitalario se haya en el centro de los mecanismos responsables del mantenimiento de la salud. Foucault, Goffman, Ariès o Beck son algunos de los autores que, desde disciplinas diversas, han señalado a los sistemas hospitalarios como un lugar estratégico para comprender algunas características del desarrollo de las sociedades contemporáneas.

En este sentido, hablamos del hospital como un sistema, en el sentido de que sus elementos se encuentran engranados, articulando entre sí comportamientos, representaciones y saberes de agentes heterogéneos. El sistema hospitalario tiene su centro en la articulación de relaciones e interrelaciones entre enfermeros, médicos, pacientes, familiares de los pacientes, personal sanitario, personal no sanitario administradores y en general profesionales de la salud. Además, existen otro tipo de relaciones como la del hospital como un todo con el resto del sistema nacional de salud o en el caso de San Carlos con el Ministerio de Defensa y la Administración autonómica SAS (Servicio Andaluz de Salud) y la relación entre otros hospitales militares o las vinculaciones de los diferentes servicios con sus homólogos de diferentes hospitales. Lo que nos permite concluir que la conformación histórica de San Carlos ha estado crecientemente determinada por un entrecruzamiento de las lógicas científica, demográfica, económica y política. Estos factores contribuyen a que el hospital sea un verdadero “mundo” en el sentido antropológico de la palabra (Velasco, Díaz de Rada y otros, 2006).

La breve descripción histórica hecha del Hospital San Carlos (en el apartado 3.2) nos da una aproximación de la riqueza social, política e histórica que entraña esta institución, pero a la vez nos hace suponer que su propio enclave está marcado del mismo modo por estas peculiaridades.

El Hospital San Carlos es un centro hospitalario situado en la Población militar de San Carlos, en San Fernando de Cádiz, ciudad llamada coloquialmente la Isla, está situado junto al Panteón de Marinos Ilustres y fue hasta hace poco el edificio más alto de la ciudad (hasta la construcción de las tres Torres de la Casería de Ossio, que le superan por pocos metros).



El edificio está formado por un edificio central de 12 plantas y varios anexos alrededor y su altura le permiten tener unas vistas extraordinarias de la Bahía de Cádiz desde varias perspectivas, y de la propia ciudad de San Fernando.

El estudio se ha circunscrito al hospital de San Carlos de San Fernando, en base a los recursos estructurales de que dispongo y a mi trabajo previo realizado sobre el proceso de transferencia por parte del Ministerio de Defensa al Servicio Andaluz de Salud y todas las connotaciones que ha llevado consigo. Trabajo del que transcribo el resumen previo:

Cuando comienzo el trabajo, finales del 2014, el Ministerio de Defensa se encuentra actualmente en un periodo de reestructuración en la red sanitaria militar, que posee a lo largo del territorio español. Para ello ha ido disminuyendo progresivamente el número de hospitales, mediante la cesión o Acuerdos con los distintos Servicios de Salud Autonómicos en los que están ubicados.

En enero del 2014, el Hospital de Defensa San Carlos, en San Fernando de Cádiz, protagoniza como otros anteriormente, un paso hacia el cambio de titularidad. De tal modo que, por una parte la consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, M^a José

Sánchez Rubio, y por otro la subsecretaria de Defensa, Irene Domínguez-Alcahud, firman un protocolo general y un convenio de colaboración en virtud de los cuales el Ministerio de Defensa cede al Servicio Andaluz de Salud la propiedad y los medios del Hospital General Básico de la Defensa San Carlos, en San Fernando, (Cádiz).

El proyecto de esta investigación está centrado en los efectos y repercusiones sociales de las personas implicadas (usuarios del SAS y del ISFAS, trabajadores civiles y militares, y la población en general) y por otra parte en el comportamiento de las Administraciones del Ministerio de Defensa y Junta de Andalucía, personalizadas como agentes responsables de los cambios producidos en los sujetos.

Complicadas negociaciones, presiones sociales y políticas por parte de la ciudadanía, encabezada por una plataforma constituida por los propios profesionales del hospital y más tarde apoyada por la mayoría de entidades de la población, son los preámbulos para el trabajo de campo que nos proporcionará el material empírico para un trabajo etnográfico. En estos momentos las reivindicaciones populares están basadas en la petición del uso del hospital para la población civil.

Con fecha 1 de octubre de 2014, se hace realidad la transferencia de titularidad del hospital por parte del Ministerio de Defensa, pasando a ser propiedad de pleno uso y derecho de la Administración Autonómica, es decir que tanto el hospital como el personal civil en él destinados pasan a pertenecer al Servicio Andaluz de Salud. Sin embargo, no solo han sido los cambios de titularidad, también se producen profundas modificaciones en el funcionamiento de la mayoría de las instalaciones hospitalarias y en el desempeño profesional de gran número de personas allí destinadas, en nuestro caso estudiaremos los dedicados a la enfermería.

En primer lugar, se suprimen los servicios de urgencias, hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos, de tal modo que todo el edificio queda reducido a un hospital de día en función de la cirugía mayor ambulatoria y a consultas especializadas. Por lo que el primer cambio rotundo que se produjo fue el cierre total de las instalaciones hospitalarias desde las 9 de la noche hasta las 8 de la mañana, así como los días festivos y fines de semana.

Antes de que ocurriera la transferencia definitiva, ya se iban perfilando una serie de sectores afectados e implicados en estas medidas y que fui recogiendo en trabajos anteriores:

- a) Por una parte el personal militar sanitario que se encuentra destinado en dichas instalaciones militares y que ahora al dejar de serlo tiene que trasladar su destino de trabajo, con las implicaciones laborales, personales y familiares que pueda suponerles.
- b) El personal civil, un colectivo de aproximadamente 300 personas, con una media de edad de más de 50 años y con una media de antigüedad en la empresa de más de 25 años.
- c) Los usuarios del I.S.F.A.S. (Instituto Social de las Fuerzas Armadas), que hasta finales del año 2013, han sido atendidos en el hospital y que a partir del 2014 se han visto en la obligación de optar por otro tipo de compañías de seguros médicos o la sanidad pública ofrecida por el SAS.
- d) El mayor colectivo implicado, es el de la población de San Fernando con régimen general de la Seguridad Social y que por primera vez, tiene la posibilidad de ser atendido de urgencias y hospitalización en su propia ciudad sin tener que sufrir los numerosos inconvenientes que suponen los desplazamientos a otra ciudad como son Cádiz (Hospital Puerta del Mar) o Puerto Real (Hospital Universitario). Pero esto aún no ocurre.

Una vez realizada la transferencia, solo quedan implicados dentro del hospital dos sectores de los nombrados, que son los trabajadores civiles (sanitario y no sanitario) que quedan destinados en el hospital y que han sido transferidos de forma obligatoria y la población de San Fernando que sigue a la espera de poder acceder a los servicios sanitarios correspondientes a las de unas instalaciones hospitalarias³².

Por otra parte, el personal militar como usuarios del ISFAS ha dejado de tener cobertura sanitaria en dicho hospital, en caso de querer mantenerla debe optar por la asistencia sanitaria del Régimen de Seguridad Social³³ y en cuanto al ámbito profesional también se han visto

³² Todavía existen en curso demandas realizadas por parte del Comité sindical del Ministerio de Defensa contra las medidas tomadas por la empresa en la transferencia del personal al Servicio Andaluz de Salud, sin acuerdos previos y de forma unilateral.

³³ García, M., 2014. Transferencia del hospital San Carlos del Ministerio de Defensa al Servicio Andaluz de Salud. Trabajo para la asignatura “Seminario sobre las aplicaciones de la antropología y su incidencia en la investigación” del Máster Universitario en Investigación Antropológica y sus aplicaciones.

desplazados a diferentes dependencias dentro y fuera de la ciudad, con las consiguientes repercusiones personales y profesionales.

Así es como este estudio queda circunscrito a un colectivo de profesionales de enfermería, más de 150, grupo que está compuesto en su mayoría por mujeres. Comprenden características comunes, como son las escasas o inexistentes posibilidades de promoción profesional y la inmovilidad de los destinos a otro lugar, puesto que durante el período del 2008 al 2014 se mantuvieron como personal laboral del Ministerio de Defensa, condición única que les impedía el traslado a otros hospitales militares, donde los profesionales estaban nombrados como estatutarios, lo que hacía incompatible la ubicación del puesto de trabajo en estos otros hospitales de la red sanitaria militar.

Por último, este colectivo se enfrenta ahora a una nueva situación, se encuentra en una empresa con diferentes objetivos, métodos y organización que supone una exigencia profesional, para el que no han sido preparados ni consultados.

Después de un año justo en estas circunstancias de horarios limitados, se realiza la apertura del hospital de 24 horas durante todos los días de la semana, por la puesta en marcha de una planta de hospitalización, a la vez que la de servicios centrales como son Radiología, Hematología y Laboratorio de Análisis Clínicos. Esto supone que el personal de dichos servicios realice turnos laborales de noches y festivos.

En los meses posteriores se amplía con un Hospital de Día Médico Polivalente y la apertura de una segunda planta, pero solo habilitada un ala, es decir 11 camas de las 22 posibles. Esta es la situación en la que comienza el año 2016 el Hospital de San Carlos.

La situación actual de la profesión dentro del contexto del hospital viene determinada por los fenómenos sociales ocurridos a lo largo de un período donde han coexistido la enfermería militar, las Hijas de la Caridad ejerciendo su función asistencial de enfermería y los profesionales procedente de la vida civil, como se conocen a todos los que se encuentran en las instituciones hospitalarias públicas y privadas.

2 LA ENFERMERÍA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Como se explica anteriormente las entrevistas son realizadas a 32 enfermeras del hospital (8 varones). Los datos demográficos del grupo estudiado corresponden a una edad media de 55 años, estudios universitarios de enfermería, escasos estudios posgrados, en una gran proporción están casadas, otras se han separado posteriormente, con una media de 2 hijos y con más de 30 años de antigüedad en el H. San Carlos, por lo que podemos deducir, han compatibilizado el trabajo como enfermeras con la crianza de sus hijos. Dicho perfil representa la gran mayoría del colectivo en estudio.

Tanto las entrevistas a los informantes como las opiniones recogidas del resto del grupo, han sido realizadas durante este último año, esto significa que los informantes se encontraban en la situación de disminución de la carga de trabajo y de los cambios en los turnos. Este período discurre desde que el personal de enfermería estaban a turnos de mañana, tarde y noche en las diferentes modalidades, incluidas guardias de 24 horas, al cambio sin previo acuerdo a horarios de mañana y tarde alternando semanalmente o simplemente de mañana fijos sin posibilidades de fines de semana y festivos y de nuevo a partir del octubre del 20015 comienzan tímidamente a restablecerse la actividad hospitalaria de forma continuada durante las 24 horas y durante todos los días del año. Termino la investigación cuando el hospital tiene habilitadas 33 camas para ingresos, en su mayoría de Medicina Interna, para lo cual un número aproximado de 22 enfermeros se encuentra trabajando en turnos de horarios de 12 horas diurnas y otras tantas nocturnas en ciclos de 5 días.

Hago esta aclaración para señalar que las respuestas están relacionadas fundamentalmente en base a estas circunstancias, que individualmente cada profesional tiene versiones diferentes de su propia adaptación, la visión del pasado laboral y las expectativas de futuro con respecto a su trabajo y al uso del propio hospital.

Aunque conozco a todo el personal en estudio, en mayor o menor medida, pero les he realizado entrevistas a los que por las circunstancias laborales he tenido ocasión de estar más tiempo y de modo más cercano, con mayor grado de confianza y confidencialidad.

Han sido muchos los temas que han surgido a partir de la comunicación con los informantes. Han dejado de ser compañeros de trabajo y se han convertido en transmisores de ideas, relatos, opiniones y pensamientos. Han hablado sobre su vida personal, profesional y sobre todo, he podido comprobar como las entrevistas les han hecho volver la mirada atrás en sus vidas para tener que resumir hechos, acciones y omisiones que no siempre son fáciles de explicare. Es por

esto que los apartados enumerados se convirtieron en numerosos, aunque traté de que fuesen concisos en la descripción.

a) La Vocación en Enfermería.

El diccionario de RAE tiene varias acepciones para el término de vocación, la primera es *“Inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión”* y la tercera es *“Inclinación a un estado, una profesión o una carrera”*. Cuando mis informantes hacen referencia a la vocación, no lo hacen como llamada divina, sino como afinidad o tendencia natural o personal hacia una profesión. Según nos explica J.M. Martínez, habría que aclarar o especificar dos categorías, niveles o formas de entender la vocación:

1. Cuando nos centramos en la persona, lo que nos planteamos es cuál es la mejor profesión para esa persona.
2. Cuando el centro es la profesión, entonces el planteamiento es determinar cuál es la mejor persona para una determinada profesión.

Los dos aspectos pueden considerarse como las dos caras de la misma moneda, pero su estudio plantea diferencias metodológicas. Para este trabajo nos interesa el primer aspecto, el personal, de este modo podremos entender la vocación de varias representaciones:

- a) Deseo, tendencia, afinidad a una profesión de forma intrínseca, es decir por la labor y el rol que ejerce al margen de la posición social que represente y de la remuneración económica.
- b) Deseo, elección de una profesión por conseguir los bienes o parabienes que la profesión le ofrece, es decir posición social o remuneración económica.
- c) Predisposición, aptitud o actitud positivas hacia una profesión, se trata de la capacidad personal para el ejercicio de ésta. Esta vocación está en función de la preparación, la forma de pensar o la forma de ser de la persona. (Martínez, 2004)

Los criterios pueden ser diferentes a la hora de comunicar la vocación de Enfermería, sin embargo una mayoría que reconocen haber estudiado Enfermería “por Vocación”. Existe una mayoría de las enfermeras que preguntadas por el motivo de elección de su profesión recurren a este concepto, *“desde que tengo conciencia siempre recuerdo haber querido ser enfermera”*.

Pero la segunda parte sería preguntarnos, ¿cuál es la representación de enfermera que tenían para querer elegirla? ¿Es precisamente lo que ahora están ejerciendo? Aquí podríamos estar ante el primer motivo para la insatisfacción. Las expectativas que existían al comenzar los estudios se cumplieron cuando accedieron a la vida laboral, ahora nada es lo mismo ni la propia profesión de Enfermería tiene los mismos objetivos y funciones de cuando realizaron los estudios.

Por esto, también es importante la imagen de las enfermeras de la profesión antes de serlo y después de 30 años de vida laboral. Las sensaciones suelen ser de que algo se ha perdido por el camino, la mayoría recuerdan años pasados de más actividad laboral pero también de más motivación en el trabajo. Ahora las enfermeras del estudio reconocen que mantienen la vocación pero algo se ha perdido por el camino. De forma unánime culpabilizan al funcionamiento de la institución hospitalaria, San Carlos que un día fue el espacio para las mayores satisfacciones laborales, ahora se convierte en un centro de desánimo. “*Yo ya no tengo edad para....*” (*Enfermera destinada recientemente a planta hospitalaria de Medicina Interna, 55 años*). Es una frase hecha para asumir los nuevos retos de cambios de servicios o de turnos que se puedan plantear, pero a la vez me reconocen que la mayor satisfacción en su trabajo sería la posibilidad del contacto con el enfermo, de poder comprobar como con su labor puede ayudar a los demás y aliviar en el sufrimiento. ¿Existe mejor definición en sí misma del término vocación?

Sin embargo, en los enfermeros hombres entrevistados no expresan este sentimiento, o más bien necesidad de ayuda, si manifiestan un interés “*por hacer las cosas bien*” (*Enfermero, con antigüedad en planta hospitalaria de Medicina Interna, 53 años*), pero sin el énfasis de las mujeres que necesitan remarcar ese espíritu de entrega, incluso las que previamente reconocen que escogieron la profesión por otras razones que no son la de la vocación (por ser unos estudios de 3 años de duración, porque la Escuela de Enfermería estaba cercana al domicilio, posibilidades para acceder al mercado laboral...)

Concluimos que el concepto de vocación es una construcción social en la que subyace una idea o propuesta socialmente aceptada que puede ser más o menos clara o difusa. Por tanto, estará sustentada por como valores sociales, religiosos, familiares y expresada a través de la comunicación interpersonal y transmitida mediante los medios de comunicación. La vocación enfermera tal y como la manifiestan muchas de las enfermeras tiene un paralelismo al llamado

“Instinto maternal” como si de un modo natural formara parte de su esencia por el hecho de ser mujer.

En esta situación, en el Hospital San Carlos y durante estas décadas pasadas las representaciones por sexos estaban determinadas en su mayoría por los hombres militares y las mujeres por las religiosas o las enfermeras-madres. Los estamentos estaban sexuados y los roles de género bien definidos. Lo cual suponía para ellas una percepción de seguridad, saber lo que eres y cuál es tu dedicación no lleva a todas a situaciones de rebeldía sino todo lo contrario. Algunas me hablan de seguridad, ya conocían lo que había y el partido que les podían sacar a esa circunstancias. ¿Resignación o adaptación? Actualmente, cuando ha cambiado la administración y la jerarquía por sexos desaparece, hay quién me dice “*es que yo antes estaba más segura*” (Enfermera, con turno fijo de mañana en *Servicios Centrales*³⁴, 56 años) refiriéndose a la continuidad en el servicio hospitalario y la permanencia de su turno laboral.

b) El trabajo remunerado y no remunerado. Conciliación familiar

Según el departamento de empleo y trabajo del País Vasco, se entiende por conciliación familiar:

La participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración y reorganización de los sistemas, laboral, educativo y de recursos sociales, con el fin de introducir la igualdad de oportunidades en el empleo, variar los roles y estereotipos tradicionales, y cubrir las necesidades de atención y cuidado a personas dependientes”

³⁴ Al referirme a Servicios Centrales estoy hablando de los Servicios de Laboratorio, Hematología, Unidad de Cuidados Intensivos y Radiología.

En este sentido, cuando a las enfermeras entrevistadas se les pregunta por su “trabajo”, todas nos hacen referencia a su papel como mujeres enfermeras trabajadoras. Sin embargo, en su discurso siempre está presente de uno u otro modo la dedicación y el tiempo dedicado a las tareas domésticas y/o crianza de los hijos. No deja de ser el reflejo de la realidad social en la actualidad:

Respecto a las personas que realizan las actividades de hogar y familia según tipo de hogar, es superior la dedicación media diaria de las mujeres en todos los tipos de hogar, pero especialmente en el caso de hogar formado por pareja con hijos, en que la dedicación diaria de la mujer casi duplica la dedicación del hombre (4 horas y 37 minutos la mujer, 2 horas 34 minutos el hombre). Esta diferencia de dedicación es casi la misma en el caso de pareja sola (4 horas y 45 minutos la mujer, 2 horas y 34 minutos el hombre)³⁵.

En las entrevistas, el tema de los turnos laborales tiene una presencia relevante en todas las ocasiones que hablamos del cuidado de los hijos y de la responsabilidad de “llevar la casa”, es decir lo que se conoce como conciliación familiar. En el caso de los enfermeros, destacan la posibilidad de estar más con los hijos si se trabaja de noche o en fines de semana. Las enfermeras, optan por un turno de mañana si no tienen ayuda familiar (padres o pareja) para así tener los horarios de trabajo coincidiendo con los escolares, esto supone que todo el tiempo de descanso laboral es para las tareas del cuidado de los hijos. En caso de vivir en pareja (cuando ellos existe corresponsabilidad por parte de ambos cónyuges) las enfermeras si han podido tener horarios a turnos (mañana, tarde, noche y festivos) e incluso guardias de 24 horas. Otras han recurrido a las trabajadoras del servicio doméstico por horas o fijas durante las mañanas de la semana.

Aun así, estamos hablando de unos años anteriores a la Ley de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar de las Personas Trabajadoras, de noviembre de 1999, que constituye un claro ejemplo de que el “conflicto” entre lo profesional y lo familiar supera el plano estrictamente privado, individualizado (básicamente de mujeres), para tomar protagonismo colectivo, merecedor de

³⁵Fuente: INE: Encuesta del Empleo del tiempo, conciliación trabajo y familia (actualizado 26 mayo 2015).

atención legislativa y actuaciones por parte de los poderes públicos. Nos dice Beatriz Quintanilla en su capítulo “La conciliación de la vida laboral y familiar en el ordenamiento laboral español”: es destacable que hasta 1989 el ordenamiento laboral español no contemplaba ningún derecho para los hombres trabajadores en relación con la necesidad de conciliar su vida profesional con sus responsabilidades familiares., excepto el derecho al permiso retribuido por alumbramiento de la esposa, aunque no por adopción ni por hijos fuera del matrimonio (Casado y Gómez, 2006)

A partir de esta realidad, no es de extrañar que en los discursos de las informantes están implícitos los elementos que supone la compatibilidad con las horas dedicadas al hogar y la familia. Si bien, este trabajo supone una fotografía del momento, hace unos 20 años, recuerdan con cierta nostalgia, sus tareas con respecto a la crianza de los hijos les llevaba muchas más horas de trabajo no remunerado que ahora ya no es necesario. Sin embargo, la inercia no les permite plantearse la vida de otro modo, a pesar de que los hijos son mayores, y realizan alguna actividad de ocio de manera independiente; pero los horarios y turnos laborales siguen estando en base al tiempo “para” la familia. Los enfermeros varones dicen el tiempo “con” la familia. Dos adverbios diferentes con muchas sutilezas implícitas. Hace veinte años, cuando los hijos eran pequeños escuché de muchas enfermeras decir:

“Yo vengo al trabajo, a descansar” (Enfermeras de Servicios Centrales a turnos de guardia de 24 horas).

El motivo no era porque no tuvieran ocupación laboral, o el trabajo no tuviese carga de estrés; sino porque las ocupaciones (el trabajo no remunerado) que dejaban en sus hogares eran mucho más agotadoras y estresante que el que realizaban en sus puestos de trabajo durante 24 horas. La posibilidad de desconectar con la rutina de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos les hacía liberarse de esa carga de responsabilidad. Las impresiones que narran de aquella época manifestaban una “doble presencia”, que asumían con toda naturalidad. Entonces aún se hablaba de “la ayuda del marido” para referirse a las tareas que realizaban los cónyuges en el hogar. No se conocía el concepto de “corresponsabilidad”.

Otras han optado por el servicio doméstico para ayuda de las tareas del hogar y la crianza de los hijos. Esta circunstancia, es evidente que ha sido en función de la situación económica y que durante los años han ido disminuyendo y solo ahora algunas mantienen en sus hogares empleada para la limpieza de la casa por horas o de manera eventual. Al crecer los hijos, no refieren que disminuyan la carga de trabajo en el hogar, sólo cuando se emancipan.

Sobre esto comenta otra enfermera

“Hemos tenido peor vida que nuestras madres, porque hemos asumido las responsabilidades de una profesión, horarios y esfuerzo, además del que ellas tuvieron como amas de casa, o sea, que hemos tenido doble trabajo el de enfermeras y el de la casa de manera casi exclusiva. Puede que las siguientes generaciones ya estén más adaptadas a la corresponsabilidad, pero la nuestra no ha sido así.” (Enfermera, después de casi 30 años de antigüedad en Servicios Centrales es destinada a planta hospitalaria de Medicina Interna, 52 años).

En general, como afirma M. Ángeles Durán, el trabajo no remunerado en los hogares se ha interpretado tradicionalmente como una obligación a la que es sujeto ha de someterse en función de su pertenencia a un colectivo socialmente construido sobre criterios de sexo. Es lo que en el lenguaje administrativo se llamaba en España hasta finales del siglo XX “las obligaciones propias de su sexo”, o simplemente “sus labores”. Este concepto se encuadra en la actualidad en otro marco de interpretación más amplio, el de las relaciones de género. Aunque todavía muy poderoso y con fuerte capacidad de coacción, el modelo de división de tareas entre hombres y mujeres se ha agrietado, es incompatible con la sociedad industrial individualista, la creencia en el valor de la igualdad, el acceso generalizado a la educación y, sobre todo, el alargamiento de la esperanza de vida y la reducción del tiempo proporcional dedicado a la maternidad en el ciclo vital. Cada vez se restringe más el soporte social a la idea de que las mujeres “deben” prestar su tiempo y su vida al cuidado de sus familiares como una obligación natural y moral que se afecta solamente a las mujeres (Durán, 2013)

Aun así, el modelo de división igualitaria del trabajo es retórico lo confirman todos los datos disponibles:

Los hombres ocupados dedican más tiempo al día a actividades de ocio que las mujeres ocupadas. La diferencia entre hombres y mujeres ocupados es ligeramente superior en el tiempo diario dedicado a medios de comunicación (2 horas y 20 minutos los hombres y 2 horas y 2 minutos las mujeres) y en el

tiempo dedicado a aficiones e informática (1 hora y 33 minutos los hombres y 1 hora y 16 minutos las mujeres).³⁶

Encuentro una diferencia cuando hablo con enfermeros sobre sus horas libres (que no están en el puesto de trabajo del Hospital) “para estar con los hijos”, llevarlos al colegio, clases extraescolares, alguno refería las excursiones o simplemente estar en la casa con ellos. Sin embargo, las enfermeras se refieren a otro tipo de actividades como elaborar comida, preparar ropa (lavadora, tender, planchar) compra en el supermercado, consultas médicas y en general todas aquellas tareas necesarias para el cuidado básico y la crianza de los menores. Es decir, que no sólo es el tiempo cuantificado por las estadísticas es mayor para las mujeres, sino que cualitativamente tampoco es igual. Observamos que las tareas más rutinarias y de mayor presión para su ejecución en tiempo y espacio son las asignadas a las mujeres. Incluso algunas de ellas me han referido como en alguna ocasión se han visto obligadas a que este tipo de tareas lo realicen los cónyuges, como el comentario siguiente expuesto en una entrevista en grupos:

“es que mi marido es un desastre, vistiendo o peinando a los niños y cuando tengo guardia se va con ellos a comer a cualquier hamburguesería si no le he dejado la comida hecha el día de antes” (Enfermera, con más de 30 años de antigüedad en distintos servicios del hospital, 53 años)

Sin embargo, al cabo del tiempo, y a pesar de que los hijos se hacen mayores y autónomos, sigue existiendo mayor presión en las mujeres para las funciones del cuidado en el hogar, a partir de unas edades aproximadas a los 50 años, los padres pasan a ser los dependientes en las familias y siguen siendo en mayoría las mujeres las que condicionan los horarios y los turnos laborales a las necesidades de los mayores a su cargo. Aunque los hombres colaboren en dichas labores, pero no encontré ninguno que supedite ningún aspecto laboral al cuidado de sus mayores, al contrario, lo que si suele ser más fácil de hacer turnos extras a compañeras que tienen ese tipo de necesidad. Con lo cual, se comprueba que las razones que antes suponía la

³⁶ INE: Tiempo dedicado a actividades de ocio, a vida social y diversión, a deportes y actividades al aire libre (actualizado 26 mayo 2015)

reducción de horarios para el cuidado de los hijos por parte de las mujeres, unas décadas después sigue ocurriendo para el cuidado de los padres.

Se prolonga en sus vidas el concepto al que hacíamos referencia de la doble presencia de la mujer, como ama de casa o cuidadora y como mujer trabajadora, enfermera con una profesión que también se basa en el cuidado. Friedman la denomina como la doble jornada o la superwoman, aunque económicamente independiente, debe ser capaz de realizar estas y otras labores demostrando continuamente una alta capacitación y eficacia. (J. Perona, A. 2005:30)³⁷

c) La imagen enfermera

La imagen enfermera que existía cuando empezaron los estudios de Enfermería el colectivo de nuestro estudio, correspondía a unas representaciones sexistas de la enfermera con uniforme y cofia, con una actitud de sumisión a la clase médica y a ciertas normativas hospitalarias de carácter sexista, que se veía incrementado en cierto tipo de instituciones de tipo militar (recordemos que hasta 1988 no se efectúa la incorporación de las mujeres en las Fuerzas Armadas). Estos estereotipos sexistas en la educación de las escuelas de enfermería estaban más acentuados en las Escuelas concertadas religiosas y de las que un 50% de las enfermeras informantes habían cursado sus estudios. En general, este tipo de Escuelas tenían una socialización diferenciada para hombres y mujeres enfermeras, adjudicando a las mujeres roles y actividades diferentes dentro de la profesión.

Estas diferenciaciones por sexo se prolongan más tarde en el lugar de trabajo, sin embargo no he encontrado ninguna manifestación abierta de percibir ninguna discriminación ni posición de inferioridad desde las enfermeras civiles con respecto a los enfermeros militares. Estos roles son asumidos con total naturalidad, concibiendo las diferencias como propias de las funciones

³⁷ Hernández, E. (2012 p:116)

a desempeñar, a pesar de tener obligaciones y responsabilidades bien distintas, pero se consideran propias del cuerpo militar y no por el de ser de distinto género.

A las hermanas de la Caridad destinadas en el hospital se les ha considerado en un plano diferente, en el sentido que las enfermeras no las veían como compañeras iguales, esto ocurría por tener unos horarios y un sentido de la profesión basado en la caridad y el servicio a los demás como entrega a Dios. Por otra parte, la enfermería vocacional que realizaban (aunque tuvieran compensación económica), la práctica laboral sin horarios definidos y la responsabilidad adquirida para la gestión y administración de los servicios hospitalarios las ubicaba con respecto a la enfermería civil en distintos estatus, no daba lugar a comparaciones laborales ni a percepciones de desigualdades, sin embargo todas las enfermeras conocían los roles de las monjas y su diferencia con ellas.

Recojo las críticas sobre las conductas de las Hermanas de la Caridad, en relación al celo por el cuidado de todo lo relacionado con materiales e infraestructuras hospitalarias, las ubica en un estereotipo de ordenadas y ordenadoras, pero al mismo tiempo, casi todas las enfermeras reconocen que una vez que han marchado del hospital, las funciones y la figura profesional que representaban ha sido imposible sustituirlas, entre otras cosas porque además de la responsabilidad que asumían también existían sus valores morales y su vocación espiritual en el modo de trabajar.

Otro aspecto relevante es la relación de las enfermeras con las Hermanas de la Caridad y el trato y la actitud que éstas mantenían con los demás profesionales del centro. La actitud que expresaban hacia los militares y hacia los enfermeros civiles varones era de muchísima más condescendencia y beneplácito que para el resto de personal femenino que en la mayoría eran enfermeras y auxiliares de enfermería. La relación profesional de las monjas con las enfermeras del hospital era mucho más exigente, autoritaria y en general más tensa en las situaciones laborales. La educación religiosa recibida en un sistema de patriarcado les llevaba a asumir el rol de ser las conductoras de los buenos comportamientos femeninos y de rechazar la más mínima actitud de independencia o rebeldía. Así lo perciben todas las enfermeras informantes que durante mucho tiempo (algunas más de 20 años) tuvieron que compartir su espacio laboral con ellas.

Las puntualizaciones de desigualdades relatadas por los entrevistados son en la mayoría entre los propios compañeros, pero no por razón de sexo, sino por las distintas condiciones de trabajo como consecuencia de los diferentes servicios dentro del hospital, lo que lleva consigo mayor

o menor carga de trabajo, flexibilidad para los horarios, para los cambios de turnos, incluso para un cierto mejor estatus dentro de la misma categoría profesional.

Cabe recordar, cuando las enfermeras de las plantas hospitalarias trabajaban con enfermos militares o familias de militares, existían una serie de atribuciones que todavía recuerdan como parte de un pasado que reconocen que no era demasiado profesional y más de servilismo, sobre todo en el caso de los militares de graduación, ya que existía una planta para oficiales y familia y otra para suboficiales, marinería y tropa. *“En muchas ocasiones eran las monjas las que no obligaban a ciertas tareas de asistencia a los oficiales, como que no les faltara la jarrita de agua con hielo, cuando hacía calor o la adecuación de la habitación no con fines profesionales, sino más bien de hotel. A veces las esposas de los oficiales, eran más exigente que los propios militares” (Enfermera de planta hospitalaria de oficiales en los años 80, ahora destinada en Servicios centrales desde hace 20 años. 58 años).*³⁸

d) Acceso al mercado laboral del Hospital San Carlos

Las razones por las que decidieron hacer enfermería los profesionales entrevistados son diversas, pero aunque existen variables circunstanciales individuales, se demarcan unas claras diferencias por género. La elección profesional es una decisión tomada, como ya dije por este colectivo en la década de los 70-80, en el contexto social y político de España correspondiente a la transición de la dictadura franquista a la democracia, donde la mujer no tenía el mismo apoyo paternal para acceder a las universidades, si bien la mayoría de los encuestados reconocen que sus padres no se oponían al hecho de que estudiaran una carrera universitaria. Las experiencias de las generaciones anteriores de posguerra y aislamiento político en el país, supusieron importantes influencias para que existiera una conciencia colectiva en auge con respecto a la posibilidad de que los hijos accedieran a la universidad, añadido al evidente

³⁸ A partir de los 90 y coincidiendo con la profesionalización del ejercicio militar de reemplazo, se eliminaron la distinción de la asistencia hospitalaria en plantas por graduaciones de los enfermos.

reconocimiento económico y de prestigio laboral que conllevaban las titulaciones universitarias.

Sin embargo, las jóvenes de aquella época, empezaban a romper la inercia de que las chicas solo se formaran para las tareas del hogar y tuvieran la oportunidad de los estudios universitarios. Eso sí, siempre dentro de unas profesiones determinadas.

“Estudí enfermería por casualidad, entonces las únicas carreras de 3 años en Cádiz eran magisterio y enfermería” (Enfermera destinada en Servicios Centrales con turno fijo de mañana, 53 años).

Algunos enfermeros entrevistados, relatan que estudiaron enfermería después de comenzar otra carrera universitaria de mayor duración relacionadas con la sanidad, como era el caso de Medicina. La facilidad para acceder y el corto tiempo para terminarla eran incentivos importantes, pero existía otra circunstancia, era el cumplimiento del servicio militar, por esto, aproximadamente la mitad de los enfermeros que están hoy trabajando en el hospital como personal civil, accedieron a los puestos laborales de personal civil procedentes de la IMECAR (Instrucción Militar para las Escalas de Complemento de la Armada).

“En nuestra época nos casábamos no por lo enamoradas que estuviésemos de nuestros novios, sino porque era la única forma de independizarte de tus padres”. (Enfermera, destinada en Servicios Centrales con turno de mañana, 58 años).

Esta es la declaración de una mujer que lleva media vida viviendo con ese hombre que formó parte de la excusa para la independencia, el padre de sus hijos y que pertenece al ejército como médico militar. Resulta relevante que las decisiones tomadas en una época determinada, que corresponde a principios de los 80, marcaron posteriormente la vida personal y profesional.

Tendremos que reflexionar sobre la influencia de las representaciones ideológicas en la forma en que las personas se integran en el mercado laboral, modelando sus preferencias por determinadas ocupaciones. Vemos que existen un conjunto de condicionamientos y limitaciones en la elección, en base a una estructura ocupacional y que Dolors los caracteriza de tres clases: los valores, los recursos y las motivaciones. Las representaciones ideológicas condicionan los valores que se inculcan a través del proceso de socialización, de este modo se crean preferencias y expectativas respecto al trabajo; también condicionan los recursos, fundamentalmente el sistema educativo y otros menos visibles como el conocimiento de las

informaciones, redes y relaciones que posibilitan el acceso a determinados trabajos; y por último, las motivaciones son fruto de la percepción que se posee respecto al trabajo, de acuerdo con los roles que han sido asignados a cada persona. Sin embargo, el análisis de las trayectorias laborales, muestra que pocas personas escogen realmente su oficio o lo toman y lo dejan realmente cuando quieren. (Comas 1995: 69-73)

El siguiente cuestionamiento es la razón para trabajar en H. San Carlos y no en otros hospitales, siendo la oferta de empleo de enfermería muy elevada en todos los centros sanitarios de la provincia y del país, en general. Es preciso incidir, a principios de los 80 la oferta de empleo de Enfermería superaba la demanda, los estudiantes tenían acceso al mercado laboral nada más recoger las últimas calificaciones universitarias. Durante este período pude constatar por mi propia experiencia la necesidad de personal de enfermería en los hospitales, realice mis estudios en la Escuela de Enfermería de Jaén (1980-83) y entonces existía la posibilidad de lo que se conocía “prácticas becadas”, consistían en ampliar las horas de prácticas como alumna, por un turno de 8 horas como los profesionales empleados en el Hospital Princesa de España de esa ciudad. Las realizábamos bajo la tutela de algún profesional destinado en el servicio, pero suponíamos un refuerzo para la cantidad de tareas de enfermería a realizar, este empleo en práctica era remunerado, aunque no como personal contratado.

Explico todo esto para intentar exponer la panorámica laboral para la Enfermería en aquel período de tiempo, muy distinto al que hoy podemos estar viviendo en España, con la emigración de profesionales:

“La migración de enfermeras a otros países comenzó en la década de 1990 y poco a poco se había ido estabilizando, con entre 500 y 600 profesionales al año probando fortuna en el extranjero. Pero en 2011, coincidiendo con los años más duros de la crisis económica en España, el número de profesionales

*emigrantes subió hasta los 914 y, desde entonces, no ha bajado de las mil salidas al año (1.134 en 2012, 1.008 en 2013, y 1.108 en 2014)”.*³⁹

La circunstancia que permitió una abundante entrada laboral de profesionales en el H. S. Carlos fue por las numerosas convocatorias para una plaza fija de enfermeras y auxiliares de enfermería que hubo en cortos períodos coincidiendo con el nuevo edificio del hospital en 1981, ya que se abre 12 plantas y 400 camas para una dotación reducida proveniente del hospital antiguo. Además se unía el hecho de que existían numerosos vínculos, basados fundamentalmente en las relaciones familiares con personal que previamente trabajaba allí, bien como personal civil en el hospital o bien en la Armada. Recordemos que en aquel momento era Naval, más tarde pasó a ser de Defensa (con la unificación del cuerpo de Sanidad Militar de Tierra, Mar y Aire). “El Hospital se integra en la Red Sanitaria Militar de la Subsecretaría de Defensa con el nombre de Hospital General de la Defensa en 1990” (M. de Defensa, 2009: 32-25)

Otra de las razones para elegir el Hospital San Carlos como lugar de trabajo fue las relaciones familiares y de cercanía al domicilio. La cercanía geográfica entre el domicilio y el lugar de trabajo es de la mayoría de las respuestas, teniendo en cuenta que aproximadamente más de un 80 % de los trabajadores son naturales de la ciudad de San Fernando o con el tiempo han terminado viviendo en ella.

“Elegí este hospital para trabajar porque mi padre era militar (guardia civil), entonces mi novio (ahora marido) era militar (Oficial de la Armada) y no lo intenté en ninguna otra parte, directamente comencé a trabajar aquí” (Enfermera, más de 20 años en Servicios Centrales en turno fijo de mañana, 57 años)

Sin embargo, la mayoría de los enfermeros varones accedieron al puesto de trabajo como enfermero civil con contrato fijo, mediante la continuación del Servicio militar o la condición

³⁹ Infolibre. Información libre e Independiente. Publicado 5/2/2015) http://www.infolibre.es/noticias/politica/2015/02/05/casi_000_enfermeras_han_salido_espana_busca_trabajo_lo_s_ultimos_anos_27879_1012.html

de militar de complemento, lo que les permitió con más facilidad pasar a formar parte de la plantilla de enfermeros civiles del hospital renunciando a su condición de militar.

“Cuando tuve la posibilidad de trabajar como enfermero civil en el mismo hospital en el que había estado destinado como militar me pareció interesante, así evitaba que me desplazaran a otros destinos del Ejército” (Enfermero, con más de 30 años de antigüedad en Servicios Centrales, 59 años)

Encontré algún caso que después de estudiar algunos cursos de Medicina se pasó a Enfermería, porque como me refirió el propio entrevistado y yo conocía, en los años 80 aún existía la posibilidad de convalidar asignaturas, incluso cursos de Medicina a Enfermería (no así al contrario, evidentemente) como muestra de la subordinación aun existente de una disciplina a otra.

e) Las adaptaciones a los cambios del Hospital San Carlos.

Existen etapas definidas y enmarcadas en situaciones comunes que han señalado todos los entrevistados:

El comienzo del trabajo en el hospital coincide en el tiempo con el período de la formación de sus propias familias, es decir el matrimonio y la llegada de los hijos. Este período coincide con una actividad plena del hospital, incluidas la atención sanitaria a los soldados de remplazo.

“Entonces sí que trabajábamos, teníamos más trabajo y nos organizábamos mejor” (Enfermera, con antigüedad de más de 20 años en planta hospitalaria de diversas especialidades, ahora en la de Medicina Interna, 58 años)

La relación empresa trabajadores era mediada por la Superiora de la Comunidad religiosa y los Jefes de los distintos Servicios (militares). Sin embargo, encuentro pocas quejas sobre los derechos laborales que eran aplicados o restringidos, a veces de manera subjetiva, con el tiempo se olvidan y la experiencia de la vida te hace relativizar los hechos, recurriendo habitualmente mis informantes a refranes como *“otros vendrán, que bueno te harán”*.

Después llegó un período de casi una década en que la actividad ha ido decreciendo, a pesar de que es en estos años cuando se realiza el Convenio entre las Administraciones del Ministerio de Defensa y Servicio Andaluz de Salud para que asegurados de la sanidad autónoma pudiesen ser atendidos en dicho hospital, pero como estas condiciones eran muy recortadas, el hospital llegó un momento en que no resultaba rentable para ninguna de las dos gerencias y el personal se veía encerrado en un destino del que no podía salir, ni pedir traslado para un desarrollo y promoción profesional y por otro, veía por días como las prácticas, en este caso enfermeras, iban quedando desfasadas o al menos no actualizadas.

Cuando se produce el traspaso, llega un tiempo en que los servicios se paralizan y durante casi más de un año el personal sigue acudiendo al centro de trabajo sin tener prácticamente casi nada o nada de ocupación laboral. Esto supone una situación de dejadez profesional que algunos califican como anquilosamiento y que reconocen que esto les lleva a tener mayor dificultad para retomar la actividad. Estas desmotivaciones se reflejan en comentarios como:

“Mi grado de satisfacción está en función del trato y el agradecimiento de los pacientes, si ahora no hay enfermos, no tengo ningún aliciente más que esperar la jubilación” (Enfermera con más de 20 años en Servicios Centrales, hace dos años cambia a turno fijo diurno, 58años).

Resulta evidente que al hablar de satisfacción en el trabajo se refieran a la respuesta de los pacientes, es el segundo significado de cuidar, es una respuesta emocional que conlleva una preocupación por el otro, y da importancia a la relación, al afecto, a la franqueza y a la atención de las necesidades de la persona a la que se cuida. Este significado se refiere a la dimensión psicosocial de la relación entre enfermera y paciente y se ha convertido en un valor con connotaciones morales según el cual las enfermeras deberían cuidar al paciente, tener un sentimiento de empatía hacia él y prestarle atención. Este significado de cuidar ha cobrado una especial importancia en el discurso de la Enfermería de los últimos veinte años (Davis, 2009)

Es en esta época donde algunos manifiestan sus iniciativas propias y lo dedican a actividades paralelas. Aquí es cuando las mujeres vuelven de nuevo al rol de cuidadoras con respecto a los padres y cuando aprovechan la falta de trabajo para retomar labores, manualidades y actividades a las que se dedicaban en su juventud y que los hijos y el trabajo intenso les dejaron dejar a un lado. Por otro lado los hombres se aíslan de estos grupos femeninos, en algunos casos y en otros asumen los roles más intelectuales como puede ser la informática. Podemos decir que aumentan

las diferencias y afloran los rasgos de una socialización diferente a pesar que durante años hayan desempeñado las mismas funciones profesionales.

Por último, el hospital empieza a retomar la actividad asistencial, aunque de muy distinta manera. La organización, la actividad y el sistema en general son diferentes. Esto requiere un proceso de adaptación que en principio para bien recibido por el personal indistintamente del género, pero poco a poco empiezan a determinarse los diferentes puestos de trabajo con sus peculiaridades de turnos, sueldos y actividades y de nuevo se manifiestan las preferencias y las jerarquías de valores a la hora de solicitar un puesto u otro.

Como consecuencia de la transferencia de administraciones, ha habido cambios en la utilización de los servicios que ha afectado a modificaciones de consideración no solo en los turnos laborales sino en las propias funciones profesionales. Situaciones donde son necesarias dosis suficientes de adaptación para conciliar la vida familiar y reciclar conocimientos. Las adaptaciones que expresan, sobre todo de las enfermeras, son las que les hacen posible atender a las necesidades que requieren el cuidado y la dedicación, no tanto de los hijos (recordemos que una gran mayoría tienen los hijos mayores de 20 años) como la demandada por los padres y madres, en este caso octogenarios.

Después de todo lo comentado y como resultado de las expectativas, solo un porcentaje reducido de profesionales mantienen una alta estima profesional con respecto a su actividad actual. Los que han salido a otros hospitales de la provincia y los que se han quedado en algunos de los servicios que prestan asistencia más numerosa a los usuarios atendidos. El servicio por excelencia que puede ofrecer este estímulo profesional es el de Cirugía Mayor Ambulatoria, ya que tiene un volumen de trabajo y una calidad asistencial con arreglo a las posibilidades que ofrece las instalaciones. Sin embargo, también habría que destacar que para algunas enfermeras que han estado como enfermeras de quirófano en el período de trabajo más activo, también se han marchado a otros hospitales porque han visto su desarrollo profesional reducido. Hemos de tener en cuenta que en la CMA al ser ambulatoria no se realizan intervenciones quirúrgicas que requieran hospitalización. Así es como se lo han planteado algunos profesionales.

“Llega un momento que te cansas de instrumentar fistulas y vesículas, después de tanto años en quirófano necesito otra actividad más interesante y es la que puedo tener en el hospital de Cádiz, donde se realizan intervenciones de envergadura que te permiten un crecimiento profesional y otro aliciente en tu trabajo” (Enfermera de 30 años de antigüedad en quirófano, 55 años).

Pero incluso en las expectativas de futuro en estas condiciones laborales encontramos un sesgo de género. En el momento de plantear una vida fuera del entorno laboral, las mujeres que han compaginado las tareas domésticas con el trabajo en el hospital, muestran mayor deseo de una pronta jubilación para dedicarse al descanso y para realizar actividades de ocio, sin embargo en los hombres es más difícil encontrar respuestas explícitas sobre las ganas de un descanso laboral. No olvidemos que provienen de unas generaciones en que el hombre todavía tiene un marcado reconocimiento social y personal basado en su desarrollo profesional y mantienen un condicionante en el rol de proveedor para el hogar.

En este sentido, las mujeres suelen mostrar menos pudor para expresar su deseo de dejar el trabajo, sobre todo aquellas que están casadas y tienen otra remuneración en sus hogares. Sin embargo, no es el caso de las enfermeras que forman una familia monoparental, tanto con hijos o sin ellos, como con independencia económica de ellos o no, el salario personal se convierte en imprescindible para subsistir para estas mujeres, que siguen teniendo cargas familiares y en la mayoría de los casos sin demasiada ayuda por parte de los ex cónyuges.

Aproximadamente un 10% del personal de enfermería ha optado por solicitar el traslado a otras dependencias, en estos casos solo ha sido posible a otros hospitales de la provincia. Fundamentalmente los motivos han sido por ubicación, por razones económicas y/o motivaciones profesionales.

La proximidad al domicilio propio les ha llevado a encontrar la posibilidad de tener el lugar de trabajo más próximo de su residencia, en este caso Jerez o Cádiz capital que cuentan con hospitales del SAS. El motivo económico viene dado por las posibilidades de hacer turnos de mejor compensación económica, noches, fines de semana o festivos. Las motivaciones profesionales son en el menor de los casos, pero se observa en los profesionales más jóvenes del colectivo.

f) División sexual del trabajo.

La división sexual del trabajo se define como el reparto social de tareas y actividades según sexo- género. Es así como se establece que hombres y mujeres se distribuyan tareas diferentes y accedan al mundo laboral de forma diferenciada. Considerando que, la Enfermería es una

profesión mayoritariamente de mujeres, la Militar fue exclusiva de hombres hasta 1988 y la ejercida por las Hijas de la Caridad ha sido únicamente femenina desde el principio al fin, no se puede obviar el análisis del impacto del género en la Enfermería que durante un largo proceso han convivido en el Hospital de San Carlos.

La profesión de enfermería, a pesar de unificar los estudios desde hace más de 30 años, en el terreno laboral se han mantenido las diferencias de género en muchos aspectos, éstas iban desde las ocupacionales, ya que existían servicios donde apenas ejercían hombres (como Maternidad o Tocoginecología) y otros como Psiquiatría o Urgencias que eran designados exclusivamente hombres. Esto ocurría con la enfermería, a pesar de que en las auxiliares de enfermería no se podían hacer estas distinciones porque apenas existían hombres para distribuir. Estas diferencias se mantuvieron en San Carlos hasta finales del siglo pasado.

En el caso de la enfermería civil, aunque cada vez es más normal que las mujeres estén ocupando los cargos intermedios y de gestión en los distintos centros sanitarios públicos o privados, sin embargo no ha sido siempre así y en las décadas anteriores existía una gran proporción de enfermeros masculinos en estos puestos laborales. Pero esta circunstancia no ha ocurrido nunca en San Carlos, desde el primer momento que hubo posibilidad para acceder a los puestos de supervisión, estos fueron ocupados por enfermeras, en principio bajo las órdenes de la superiora de la congregación de las Hijas de la Caridad, y más tarde (cuando dejaron el trabajo en el hospital), del Jefe de Enfermería Militar del Hospital (en este caso siempre fue hombre, porque a las mujeres enfermeras no tuvieron opción al ascenso a estos cargos).

Los cambios paulatinos que ocurren en el aumento o disminución de la presencia de la mujer en las funciones de responsabilidad dentro de la Enfermería, creo que son el propio reflejo del protagonismo de las mujeres en la sociedad. Como dice Dolors,

“no es la división del trabajo lo que explica la subordinación de las mujeres, sino que es la desigualdad entre hombres y mujeres lo que se incorpora como factor estructurante en las relaciones de producción y en la división del trabajo... no es que las diferencias en sí sean causa de nada; si lo acaban siendo es porque son percibidas como causa, son la materia prima a partir de la que se organizan los constructos culturales que asignan determinados atributos a las personas. Es difícil verlo así, precisamente porque se trata de cuestiones fuertemente naturalizadas y que, por tanto, se consideran intrínsecas a la sustancia humana” (Comas, 1995: 35).

3 CONCLUSIONES

La perspectiva de género en la Enfermería no sólo está fundamentada por el mayor número de enfermeras mujeres, sino porque los roles mantenidos a lo largo del tiempo han sido los que estaban designados a las mujeres. En concreto, las enfermeras del Hospital San Carlos, del Servicio Andaluz de Salud y en general de los profesionales de Enfermería de todo el territorio español, deberíamos de tener un compromiso por transmitir una imagen de profesión cuidadora, desvinculándonos de las relaciones simbióticas que constituyen un lastre para el reconocimiento profesional, más allá de la correspondiente a una posición de sumisión vocacional, adjudicada al sexo femenino durante muchos años.

Nos tenemos que preguntar, ¿cómo afrontar esta cultura de los cuidados heredera de claves decimonónicas en pleno siglo XXI? ¿Cómo encarar hoy una praxis enfermera (me refiero a la clínica fundamentalmente) que tiene como referente un modelo médico que naturaliza los mandatos de género como parte de su identidad? Una de las principales dificultades se encuentra en los profesionales de la enfermería que no han comprendido, no hemos comprendido, el alcance del reto al que nos enfrentamos (Allan, 2008). Todo un desafío para acometer en una sociedad patriarcal aunque ya no reconozcamos como tal, una razón más para que siga siendo fundamental la educación en igualdad entre hombres y mujeres. Por esto, y aprovechando el aumento de hombres en la profesión, debemos conseguir su implicación para “degenerizar” la profesión, como denomina Silvia Federici, crear una conciencia feminista del desarrollo profesional de la enfermería. No se trata de disimular, invisibilizar o anular los aspectos relegados a las mujeres, sino de potenciar todo lo que históricamente fue marcando una profesión feminizada y ponerlo en valor en un contexto profesional igualitario, en todos los ámbitos: académico, clínico y de gestión. Una reflexión para compartir entre enfermeras y enfermeros, en todos los espacios profesionales dedicados a la salud de hombres y mujeres, en su igualdad y diversidad, esto es hacia una enfermería transcultural.

Sin embargo, en este caso la responsabilidad no es solo de la Enfermería, hemos podido comprender en esta muestra del caso del Hospital de San Carlos, no ha servido demasiado los esfuerzos de las enfermeras para mantener la motivación profesional. La trayectoria de esta

institución hospitalaria ha sido suficiente para imprimir motivaciones o desmotivaciones en su personal.

Durante mucho tiempo, ser una buena enfermera significó ser abnegada, paciente, agradable y cumplir diligentemente lo que el médico ordenaba. Por el contrario, una mala profesional era aquella que tomaba decisiones, preguntaba las razones de lo que le mandaban hacer y anteponía criterios profesionales a los vocacionales y caritativos (Francisco, C. 2003: 77)

En los 70 y 80 se formaron unas generaciones de enfermeras bajo la subordinación y la obediencia, pero que a lo largo de los años han ido evolucionando hacia una profesión autónoma, basada en el manejo de situaciones críticas, legislación, especialización, capacitada para la docencia y la investigación. (Allué, 2013) Este proceso de interacción social ha estado en función del contexto laboral, de aquí la importancia del Hospital San Carlos como agente fundamental en el cambio de paradigma del desarrollo y la práctica de la Enfermería.

Los cambios y los recursos desarrollados por las enfermeras para su adaptación han configurado unas historias de vidas profesionales determinadas, donde la convivencia profesional con otros tipos de colectivos enfermeros como los militares o las religiosas les ha enriquecido en cuanto a las relaciones interprofesionales, pero a la vez les ha marcado pautas y normas de carácter sexista que han naturalizado e incorporado a su perfil profesional, incluso en la mayoría de los casos personal.

Por otra parte, la propia trayectoria del hospital es en sí misma compleja, en cuanto que ha sido reutilizado por otra administración para la que fue creado. Los objetivos empresariales y la política sanitaria han sido transformados sin que el personal sanitario en general, y el de enfermería en concreto, haya tenido mayor protagonismo que el de asumir y acatar las reformas impuestas.

No quiero terminar sin la esperanza puesta en el buen hacer y la buena voluntad de los gestores y políticos responsables, que con el tiempo consigan vías de apertura de los distintos servicios e instalaciones, aunque solo sea para paliar la necesidad existente en la población de una asistencia hospitalaria cercana y acorde a los objetivos de calidad de vida que se pretenden desde las administraciones sanitarias.

BIBLIOGRAFÍA

a) Libros

- Allué, M. (2013) *El paciente inquieto*. Barcelona: Ed. Bellaterra
- Amorós, C. (1987). *Mujeres, ciencia y práctica política*. Madrid: Debate.
- Astelarra, J. (2005). *Veinte años de políticas de igualdad*. Madrid: Cátedra.
- Bartra, E. (1998). *Debates en torno a una metodología feminista*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Beauvoir, S., López Pardina, T. and Martorell, A. (2005). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Bel Bravo, M. (2009). *Mujer y cambio social en la Edad Moderna*. Madrid: Encuentro.
- Beltrán, E. (2001). *Feminismos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bertaux, D. y González González, G. (2005). *Los relatos de vida*. Barcelona: Bellaterra.
- Blackwell, M., Suárez-Navaz, L. y Hernández Castillo, R. (2008). *Descolonizando el feminismo*. Madrid: Cátedra.
- Casado Aparicio, E. y Gómez Esteban, C. (2006). *Los desafíos de la conciliación de la vida familiar y profesional en el siglo XXI*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cea D'Ancona, M. (1996). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Cirillo, L. (2005). *Virtualidades pedagógicas del feminismo para la izquierda*. España: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- Cohen, H. (1988). *La enfermera y su identidad profesional*. Barcelona: Grijalbo.
- Collière, M. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Mcgraw-Hill.
- Comas d'Argemir, D. (1995). *Trabajo, género, cultura*. Barcelona: Icaria.

- Díaz de Rada, A. (2000). *El taller del etnógrafo*. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Donahue, M. (1988). *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma.
- Durán, M. (1993). *Mujeres y hombres*. Madrid: Editorial Castalia.
- Durán Heras, M. (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Fisher, H., Rodríguez Halffter, E. y Vázquez Álvarez, P. (2001). *El Primer sexo*. [Madrid: Suma de Letras].
- Folguera, P. (2007). *El feminismo en España*. Madrid: Editorial Pablo Iglesias.
- Francisco, C (2003) *Memorias de una enfermera*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Friedan, B. y Martínez Solimán, M. (2009). *La mística de la feminidad*. Madrid: Cátedra.
- García-Cubillana de la Cruz, J. (2007). *El antiguo hospital de San Carlos (1809-1981) y la ciudad de San Fernando*. [Jerez de la Frontera]: Publicaciones del Sur.
- German Bes, C. (2013) *La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978*. Zaragoza. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Gilligan, C. (2000). *La ética del cuidado*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 30. Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Guadarrama, R., Torres Franco, J. y Béraud, A. (2007). *Los significados del trabajo femenino en el mundo global*. Rubí, Barcelona: Anthropos.
- Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires: Paidós.
- Harding, S. and Bartra, E. (2000). *Debates en torno a una metodología feminista*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Hernández Conesa, J. y Moral de Calatrava, P. (1995). *Historia de la enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.
- Hernández Corrochano, E. (2012). *Teoría feminista y antropología*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

- Martín Casares, A. (2006). *Antropología del género*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Martínez Nieto, J. (2004). *Vocación en enfermería: entre la etnografía y la cuantificación*. Cádiz: Universidad de Cádiz, Servicio de Publicaciones.
- Orozco Acuaviva, A. (1983). *Notas para la historia de la enfermería gaditana*. Cádiz: Escuela Universitaria de Enfermería, Universidad de Cádiz.
- Sellán Soto, M. (2010). *La profesión va por dentro*. Madrid: FUDEN.
- Siles González, J. (1996). *Pasado, presente y futuro de la enfermería en España*. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- Siles, J. (1999). *Historia de la enfermería*. Alicante: Editorial Aguaclara.
- Torres Ramírez, I. (2005). *Miradas desde la perspectiva de género*. Madrid: Narcea.
- Tschudin, V. y De Raeve, L. (2009). *Ética en enfermería*. Madrid: Triacastela.
- Valle, T. (2000). *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Velasco Maillo, H. (2006). *La sonrisa de la institución*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Velasco Maillo, H., López García, J. and García Alonso, M. (2012). *Equipaje para aventurarse en antropología*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

b) Publicaciones oficiales, congresos y tesis.

- Allan, H., Tschudin, V. and Horton, K. (2008). The Devaluation of Nursing: a Position Statement. *Nursing Ethics*, 15(4), pp.549-556.
- Arreciado, A. (2013). *Identidad Profesional Enfermera: Construcción y Desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- Ávila Olivares, J. (2010). ¿Existió realmente una titulación oficial con el nombre de ministrante? *Cultura de los cuidados*, 14 (27), pp.12-29.

Blázquez-Rodríguez, M. (2005). Los componentes de género Y su relación con la enfermería. *Index de Enfermería*, 14(51).

Bock, Gisela. La historia de las mujeres y la historia del género: Aspectos de un debate internacional. *Historia social*, (España, Universidad de Valencia, Instituto de Historia Social, 1991) 55- 77. [Women`s History and Gender History: Aspects of an International Debate, *Gender and History*, 1: 1 (1989) 7- 30].

Bicentenario del Hospital de "San Carlos", San Fernando (Cádiz), 1809-2009. (2009). [Madrid]: Ministerio de Defensa, Secretaria General Técnica.

Blanco Villero, J. y García-Cubillana de la Cruz, J. (2013). *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz*. Cádiz: Universidad de Cádiz, Servicio de Publicaciones.

Bullen, M. y Díez Mintegui, M. (2008). *Retos teóricos y nuevas prácticas*. [Donostia]: ANKULEGI Antropología Elkartea

Cano-Caballero Gálvez, M. (2004). Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería*, 13(46)

Carrasco Acosta, M., Márquez Garrido, M. and Arenas Fernández, J. (2005). Antropología-enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*, (18), pp.52-59.

Chamizo Vega, C. (2004). La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería*, 13(46)

Código deontológico de la enfermería española. (1998). Madrid: Organización Colegial de Enfermería.

Durán, M. (2002). La contabilidad del tiempo. *Praxis Sociológica*, 6, pp.41- 62.

Estebaranz García, A. y Núñez Domínguez, T. (2010). *Aprender de otras mujeres andaluzas el camino de la igualdad*. [Sevilla]: Instituto Andaluz de la Mujer.

Fernández Fernández, M., García Martínez, A. and García Martínez, M. (2015). *Un siglo cuidando a la sociedad*. Santander: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

Gallego, J. (2009). *Discriminación de Género en la Profesión de Enfermería*. Máster Oficial Estudios Interdisciplinarios de Género. Universidad de Salamanca.

- García, A., Sainz, A. y Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería*, 13(46).
- Games, M. (2011). Tópicos y arquetipos de la opinión pública: la construcción social de la enfermera. *Enfermería Global*, 10(22).
- García, M. (2014). Aproximación antropológica a la Enfermería del S. XXI. *Revista Cultural del Ateneo de Cádiz.*, (14), pp.15- 29.
- González, C. (2007). Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la «cuestión social» (1857-1936). *Dynamis*, 27, pp.211- 235.
- Hanzeliková Pogranyivá, A., Carabaño Mariblanca, M., Torresano Torresano, B. and García Moreno, M. (2005). Florence Nightingale y el contexto histórico-sociocultural de su época. *Cultura de los cuidados*, (18), pp.24-33.
- Hernández, J. (2014). *Interpretación doctrinal comparativa entre el "Manuale dell' infermieri ossia istruzione sul di assisteri il malati" de Ernesto Rusca y "Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es" de Florence Nightingale*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Hernández, M. (2014). Identidades profesionales en cuestión: los cuidados enfermeros. *Revista con la A*, 34, pp.1- 4.
- Hueso, F. (2014). *Factores de desarrollo en la enfermería comunitaria española en los últimos 25 años*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.
- Montes Jiménez, J. (2002). La enfermería, una breve aproximación sociológica: desde, donde y hacia dónde. *Cultura de los cuidados*, (11), pp.30-39.
- Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T. and Valenzuela-Suazo, S. (2013). División sexual del trabajo y Enfermería. *Index de Enfermería*, 22(1-2), pp.70-74.
- Nájera Pérez, E. (2010). ¿Feminismo de la igualdad y feminismo de la diferencia? *Feminismo/s*, (15), pp.9-14.
- Romaní, O., Larrea Killinger, C. and Fernández-Rufete Gómez, J. (2008). *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad*. [Donostia]: ANKULEGI Antropología Elkartea.

Suárez, L., Martín Díaz, E. and Hernández, R. (2008). *Feminismos en la antropología*. [Donostia]: Ankulegi Antropología Elkartea.

c) Recursos en línea.

Aimar, A., Videla, N. and Torre, M. (2006). Tendencias y perspectivas de la ciencia enfermera. *Enfermería Global*, [online] 5(2). Disponible en: a .

Brito Brito, P., García Hernández, A., Velázquez Velázquez, R., Rodríguez Álvaro, M. and Toledo Rosell, C. (2007). *La ciencia enfermera como disciplina emergente*. [On line] Disponible en: <http://hdl.handle.net/10553/5980>

Calvo-Calvo, M. (2014). La reacción de los practicantes en Medicina y Cirugía frente a la creación del título de Enfermera en 1915. *Dynamis: Acta Hispánica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, [online] 34(2), pp.425-446. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/280745/>

Canalejo, C. (2013). Análisis histórico de la situación de las enfermeras y matronas en España. Una perspectiva global. *Raudem*, [online] 1(0), pp.50-65. Disponible en: <http://www2.ual.es/raudem/index.php/Audem/article/view/6/6>

Consejo Internacional de Enfermeras. (2016). *La definición de Enfermería*. [Online] Disponible en: <http://www.icn.ch/es/>

Domínguez, C. Prácticas de cuidado y conocimiento en la disciplina enfermera. *Temperamentvm* 2014, 20. Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn20/t2314.php>>

Durán, M. (2004). *Tribuna / Un desafío colosal*. [Online] EL PAÍS. Disponible en: http://elpais.com/diario/2004/09/05/opinion/1094335211_850215.html

Hombrados, A., Olmedo, J. and del Val, C. (2016). *La incorporación de las mujeres a las Fuerzas Armadas: el caso español y su percepción pública en perspectiva comparada*. [Online] Realinstitutoelcano.org. Disponible en: <http://www.realinstitutoelcano.org/wps/wcm/connect/45a6a3004f0183b5b42cf43170baead1/>

DT7-

[2007_Hombrados_Olmeda_del+Val_Fuerzas_Armadas.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=45a6a3004f0183b5b42cf43170baead1](#)

Inmujer.gob.es. (2016). *Instituto de la Mujer - Estadísticas*. [Online] Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=3>

Olivera, R. (2008). Los significados del trabajo femenino en el mundo global. Propuesta para un debate desde el campo de la cultura y las identidades laborales. *Estudios Sociológicos*, [online] XXVI (77), pp.321-342. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59826203>

Puleo, A. (2013): “El concepto de género como hermenéutica de la sospecha: de la biología a la filosofía moral y política”. *Arbor*, 189 (763) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.763n5007>

Valdivia, M. (1980). *Damas auxiliares de Sanidad Militar*. [Online] Bibliotecavirtualdefensa.es. Available at: http://bibliotecavirtualdefensa.es/BVMDefensa/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=746

15