

Ferrario, Constanza María

(UNMdP- FH- Grupo de Investigación sobre “Familia, Género y Subjetividades”)

ferrario.constanza@gmail.com

Dalffaro Vilches, Yaco Nehuen

(UBA; FH- UNMdP)

ydalffaro@gmail.com

¿Segundas por naturaleza?

Análisis del proceso de profesionalización de la enfermería desde una perspectiva de género.

Resumen:

Esta ponencia se propone realizar un breve recorrido histórico por la constitución de la enfermería, focalizando en su origen a nivel comunal y en los procesos que tuvo que atravesar para convertirse en una profesión autónoma. Se analizará dicha profesionalización a partir de su aparente condición de subsidiariedad respecto de la medicina, las instituciones militares y las eclesiásticas. Al mismo tiempo, este análisis se realizará desde una perspectiva de género que permita identificar las diferentes conceptualizaciones acerca del sexo y el género, asignaciones de roles “femeninos” y “masculinos” y las implicancias que dichas caracterizaciones tuvieron en la formación y profesionalización de la enfermería. Se enfatizará en analizar la aparente asignación “innata” de las mujeres a las tareas del cuidado y la curación y, por tanto, se buscará cuestionar la idea de que la enfermería es una profesión “por naturaleza” de mujeres. En última instancia, partiendo de la evidencia de la enfermería como una profesión notablemente feminizada y reconociendo su doble relación jerárquica, con la medicina y con el género masculino, se esbozarán algunas conjeturas sobre el rol de los enfermeros varones en la actualidad.

Palabras clave: Salud- enfermería- procesos de profesionalización- género – cuidado

Un acercamiento a la consolidación de la enfermería moderna

Si bien, hay diferentes formas de abordar el desarrollo de la enfermería a nivel histórico y social, algunas de las que han encontrado más consenso son las que vinculan el proceso de profesionalización de dicha disciplina con las prácticas del cuidado llevadas a cabo por las mujeres en el ámbito doméstico. Así, se identifica que las tareas del cuidado y curación habrían atravesado un pasaje desde su puesta en práctica dentro del espacio privado del hogar, a el ejercicio dentro del servicio institucionalizado de salud tal y como lo conocemos en la actualidad. Siguiendo esta línea de análisis, autores como Achury Saldaña (2006), reconocen la existencia de varias etapas dentro del proceso de profesionalización de la enfermería, identificando una instancia histórica primaria donde el cuidado del hombre, de los niños y del hogar estaría asociado al ejercicio del rol femenino dentro de los límites de lo doméstico. Con el desarrollo de las comunidades y el advenimiento del cristianismo como religión hegemónica en occidente, se habrían ido generando modificaciones en la percepción y el ejercicio de las prácticas del cuidado. Así, como analiza esta autora las mujeres que llevaban a cabo los cuidados y curaciones tanto fuera como dentro del núcleo familiar comienzan a ser consideradas en algunos espacios como transmisoras de creencias y ritos paganos e impuros por lo que se inicia un proceso de persecución y juzgamiento que incide en la modificación de la percepción y el cuidado hacia los enfermos.

Así, con la emergencia de la religiosidad cristiana, el cuidado se diferencia de las prácticas antiguas y comienza a ser comprendido como un deber basado en gran medida en el sometimiento, el rechazo al contacto con el propio cuerpo, la desvalorización y sumisión de las llamadas mujeres consagradas destinadas a ejercer las tareas del cuidado durante toda su vida. En este sentido, se consideraba que dichas mujeres podían expresar a través de la curación su amor, devoción y cercanía con Dios, al mismo tiempo que garantizaban la subsistencia de toda la comunidad. Sin embargo, se debe reconocer como este modo de vida también escondía una lógica de sumisión y

sometimiento. Las mujeres consagradas ocupaban un lugar en la jerarquía social inferior a los curas, pero también a los médicos de la época. Se identificaba a las religiosas con los valores de la disciplina y pasividad las cuales se creía que le eran características intrínsecas y que por ello garantizaban obediencia absoluta a los sacerdotes quienes decidían y ordenaban. Esta subordinación y obediencia tal como analizan algunos especialistas, obstaculizo en gran medida el avance de la profesionalización de la enfermería (María Clara Quintero, 2000). Al mismo tiempo, las tareas del cuidado y la curación no solo eran contempladas como una extensión de sus características naturales sino también como una actividad vinculada a la asistencia y la caridad lo que dificultaba aún más que la tarea que esas mujeres realizaban pudiera ser considerada o contemplada en alguna medida como un trabajo (Ramacciotti & Valobra, 2015).

Con el paso del tiempo, a raíz de fenómenos tales como la secularización de la iglesia, la constitución de los estados-nación como Inglaterra y Francia, la modernización de la física, la biología y el desarrollo de la medicalización, se comienzan a configurar las formas modernas de las profesiones vinculadas a la salud y la enfermedad. De esta manera, el desarrollo de las instituciones y las escuelas de medicina influyeron en el surgimiento de la figura del auxiliar médico. Este último estaba orientado a la asistencia constante al médico, al enfermo y a la institución de la cual formaba parte. Hasta principios de la segunda guerra mundial, el auxiliar médico no tendría la capacidad de ejecutar sus propias decisiones y se consolidaría como una figura completamente dependiente. Todos estos elementos llevan a pensar en la notoria influencia que tuvo la medicina en la profesionalización de la enfermería, considerando la reticencia de la hegemonía médica a ceder espacios a la profesión emergente. Este fenómeno trasciende hasta la actualidad, donde la enfermería se posiciona entre dos gremios conflictivos, el médico y el administrativo (Saldaña, 2006). En este sentido, analizar la profesionalización de la disciplina implica hacerlo a la luz de una aparente condición histórica de subsidiariedad respecto de la medicina, que habría limitado el ejercicio autónomo de prácticas que le eran propias. Algunas autoras destacan que si bien la relación jerárquica con el poder médico estuvo siempre presente, hubo, al mismo tiempo espacios y grados de autonomía y libertad tanto en el interior de los hospitales como fuera de ellos (Ramacciotti & Valobra, 2015).

En la misma línea de análisis, la Dra. Cecilia Grierson ha realizado comparaciones entre los profesionales de la salud y las fuerzas armadas. Así, la analogía de pensar a los enfermeros como soldados en los campos de batalla de la salud, permite inferir en una referencia histórica, identificando el inicio de la enfermería hospitalaria y militar organizada a partir de jerarquías de rango (Souza, 2003). La enfermería no solo estuvo subsumida a una lógica jerárquica respecto a la medicina, sino también a las instituciones militares. Este fenómeno también encuentra correlatos en la actualidad que se visualizan desde las diferencias de poder entre cada uno de los gremios, en las remuneraciones y hasta en la valoración social que se le asigna a cada una de las profesiones.

De esta manera es que podría decirse que la enfermería comienza a ser considerada como una profesión a partir de 1860. Como mencionamos previamente las tareas del cuidado y la curación ya eran llevadas a cabo por parte de mujeres de ordenes religiosas, como así también por parte de algunas mujeres de clase aristocrática que, en una suerte de acto patriótico, atendían a los soldados heridos en diversos enfrentamientos militares. Así es que con la irrupción de Florence Nightingale y de un grupo de mujeres en el espacio militar en medio del conflicto bélico de Crimea, que se sientan las bases para que la enfermería comience a ser considerada como una profesión (Morrone, 2018). De esta manera el nacimiento de la enfermería moderna se produce a partir del establecimiento de una escuela de enfermeras en el hospital St Thomas de Londres que comienza a desarrollar lo que sería conocido como el sistema Nightingale. Este era un modelo de profesión independiente, que estaba aliada pero no subordinada a la profesión médica, por tanto, eradirigido por una enfermera y no por un médico y se orientaba solamente hacia la formación de mujeres. En ese sistema, las representaciones vinculadas a la curación y el cuidado frente al dolor fueron sumándose a aspectos vinculados con la capacitación profesional y la enseñanza metódica tanto en aspectos teóricos como prácticos (Ramacciotti & Valobra, 2015).

Para el caso argentino, la enfermería como profesión aparece pocos años después de la mano de la ya mencionada Cecilia Grierson cuando en 1885 funda la escuela de Enfermeros y Enfermeras en Buenos Aires. A diferencia del sistema Nightingale, la enfermería de Cecilia Grierson era mixta, estaba pensada tanto para varones como para

mujeres. Entendida como parte de la educación superior, era pensada como un espacio donde se pudiera leer en diversos idiomas y que estuviera abierta a los migrantes. Trabajos como el de la enfermería, la partería o el magisterio no eran pensados por Grierson como “naturalmente” femeninos ni intrínsecos a las mujeres, pero si eran vistos por la médica como formas de inclusión tanto al mercado de trabajo calificado como a la educación superior. De esta manera la escuela de enfermeros y enfermeras se enfocaba a hacerse cargo de la salud, pero no solo desde la recuperación sino también desde el cuidado, vinculando la enfermería con la educación (Morrone, 2018).

La escuela de Grierson fue la primera de Argentina y de América Latina, y surge en pleno auge de la secularización del Estado y del higienismo (Wainerman & Binstock, 1992). De la mano del higienismo es que en esos años los hospitales comienzan a dejar de ser considerados como espacios de depósito para pobres y enfermos y empiezan a ser entendidos como espacios de curación. De la orientación de los años previos que vinculaba caridad con curación se pasa a una orientación más filantrópica asociada a la asepsia. Guiados también por esta idea de prevenciones que se van cambiando los objetivos de algunos hospitales y asilos y se van extendiendo sus límites a los lugares de vivienda, trabajo o recreación (Wainerman & Binstock, 1992). Pese a esas modificaciones y a la admiración de Cecilia Grierson por el sistema Nightingale, las condiciones laborales y de formación en Argentina diferían bastante a las europeas.

Para la primera década del siglo XX el personal de enfermería de los hospitales de Buenos Aires no tenía otra preparación que la obtenida a través del trabajo y la práctica cotidiana. La mayoría de las personas que trabajan eran de bajos recursos económicos y muchos eran analfabetos. No tenían tareas diferenciadas y cumplían todas las funciones, de enfermería, de peones, de cocina y todas ellas con condiciones de trabajo insalubres. También hay que destacar que recién en 1914 las enfermeras mujeres comienzan a atender a enfermos del sexo opuesto ya que hasta el momento mujeres y varones se atendían en hospitales diferentes y por personal de enfermería de su mismo sexo, lo que generaba, para muchos higienistas de la época, complicaciones e ineficiencias en el sistema hospitalario (Wainerman & Binstock, 1992). Estas dimensiones son la que generan que se siembre una gran preocupación en Cecilia Grierson vinculada a las condiciones de trabajo de las enfermeras y enfermeros y de la atención sanitaria. Es por

ello que su interés se enfocará en mejorar esas dimensiones de la mano de la mejora en las condiciones de la educación y de los derechos políticos y sociales de las enfermeras para que pudieran ocupar cargos públicos y así tener la posibilidad de tomar decisiones. Todos esos elementos hacen que Cecilia Grierson no solo se haya consolidado como una exponente del ingreso de las mujeres en la educación superior, y como un eslabón clave en el proceso de profesionalización de la enfermería sino también como una exponente del feminismo en Argentina (Morrone, 2018).

A grandes rasgos, estos aspectos permiten reconocer como el proceso histórico de profesionalización y autonomización de la enfermería estuvo marcado por relaciones jerárquicas y de subsidiariedad de diferentes tipos, con la medicina, con las instituciones militares y hasta con las eclesiásticas. Al mismo tiempo, en ese contexto es imposible negar como el proceso de conformación de la enfermería estuvo marcado por un fuerte sesgo de género. Como destacan algunas autoras la inserción de las mujeres en el mundo profesional vinculado a la medicina no fue tarea fácil ni como profesionales ni tampoco como estudiantes. Pero, con el paso del tiempo, las consideraciones sobre la “naturaleza femenina” hicieron que las mujeres pudieran insertarse de manera más sencilla en la atención a los enfermos y la enfermería y no así en la medicina (Ramacciotti & Valobra, 2015).

¿Siempre fueron mujeres? El rol de los trabajadores varones en el proceso de profesionalización de la enfermería

Si bien esta ponencia se centra en resaltar la predominancia de las mujeres en las tareas del cuidado y la curación en la enfermería, no hay que dejar de destacar, como diversos estudios afirman, que previo a la preparación y entrenamiento formal en las escuelas de enfermería, era muy frecuente la presencia de hombres en este tipo de actividades (Wainerman, Ramacciotti & Valobra, 2015). La presencia masculina, como el origen humilde de quienes prestaban dicha actividad es una dimensión que persiste hasta dicha profesionalización en la segunda mitad del siglo XIX. Durante el siglo XVIII el cuidado de los enfermos estuvo en su mayoría en manos de varones laicos, que ocupaban la mayor cantidad de puestos en las instituciones de salud o de varones

pertenecientes a ordenes religiosos. Al momento de la creación de la Escuela Municipal de Enfermería, en 1885, la mayoría de sus alumnos eran del sexo masculino, como también lo era la mayoría de los enfermeros de los hospitales municipales para los que la escuela capacitaba personal. También la mayoría era masculina en los hospitales nacionales y los de la comunidad salvo algunas excepciones que en general seguían el modelo Nightingale y solo participaban mujeres. Esta última característica tenían también los hospitales que eran organizados por las damas de la sociedad de beneficencia (Wainerman & Binstock, 1992). Es menester volver a mencionar que la escuela de Cecilia Grierson era mixta, formaba alumnos de ambos sexos e incluso durante algunos periodos su matrícula contaba con mayor número de varones que de mujeres. Incluso la primera promoción de la escuela de enfermería contó con el egreso de 3 varones y 7 mujeres (Ramacciotti & Valobra, 2015). Esta participación de los varones como trabajadores en las instituciones hospitalarias y como estudiantes en las escuelas de enfermería comenzará a desaparecer a partir de una ordenanza en 1912. En ese año, se jubila la fundadora de la escuela de enfermería y la misma sufre una reestructuración liderada por una reforma resultante de la iniciativa del director y el vicedirector de la asistencia pública. Esta reforma, amparándose en que la escuela había quedado atrasada en comparación de otros servicios de asistencia pública, tenía como objetivo limitar la inscripción solamente a mujeres.

La decisión de limitar la escuela de enfermería solamente a mujeres, fue defendida a partir de una argumentación que establecía que el público usuario del sistema de salud y fundamentalmente de la atención domiciliar que brindaba la escuela de enfermería prefería al personal femenino. Al mismo tiempo, esta justificación se nutría de argumentos que posicionaban a las actividades vinculadas a la enfermería como parte de la naturaleza femenina. Así, se avanza en establecer la feminización de la enfermería a partir de discursos sexistas y esencialistas. Estos afirmaban que las mujeres eran más propicias a desarrollar este tipo de actividades por sus tratos suaves, su labor paciente, sus nociones de higiene y de economía doméstica, las cuales los varones carecían por completo. En 1906 ya había existido un intento por parte del consejo municipal de crear una escuela de enfermería que imitara al modelo Nightingale y fuera solamente para

mujeres. En esa ocasión también se utilizaron las referencias constantes a características asociadas al género femenino tales como el cuidado, la bondad y el amor.

En 1914 comienza a ponerse en práctica el reemplazo de los enfermeros varones por enfermeras mujeres argumentando que los servicios brindados mejoran en cuanto al orden, la limpieza y la disciplina. Y que, de esta manera, el cuidado de los enfermos, salvo por la figura del médico varón y en algunos casos del clérigo, sería ocupado por mujeres (Wainerman & Binstock, 1992). Esto generó diversas huelgas por parte de los enfermeros varones que iban a ser removidos de sus puestos de trabajo. Así, la escuela de enfermería fue solo para mujeres hasta 1969 que volvió a ser mixta. Esta reforma que restringía el acceso a la escuela de enfermería solo para mujeres junto con la ampliación del sistema hospitalario que derivó en un aumento del personal femenino y la profundización de las vinculaciones de las mujeres con las tareas del cuidado hicieron que la presencia masculina tendiera a ser invisibilizada en la historia de la enfermería, mostrando el triunfo del modelo de feminización (Wainerman y Binstock, 1992).

El nacimiento de una ocupación femenina: Entre argumentos sexistas y esencialistas

Estos datos históricos permiten afirmar que la enfermería no se consolidó “naturalmente” ni desde sus inicios como una profesión feminizada, sino que fueron aspectos culturales y decisiones deliberadas las que hicieron que se orientara en esa dirección. Pero esto no se contradice con la afirmación de que casi desde sus inicios la enfermería intenta ser construida como una profesión netamente femenina, donde todas sus prácticas, definiciones, percepciones y valoraciones sociales afirmaban y afianzaban la idea de que era una profesión “por naturaleza” de mujeres. Así, diversas autoras analizan como el proceso de feminización de la enfermería se fue desarrollando y consolidando cuando las nociones que unían a las mujeres con el cuidado y la atención de los enfermos se fueron fortaleciendo y donde se fue planteando que era en el espacio público donde las mujeres podían continuar ejerciendo sus dotes naturales. El hospital aparecía como una suerte de continuación de las actividades que esas mujeres desarrollaban con sus familias, en el hogar. Y así fueron involucrándose en trabajos de

enfermeras, pero también de mucamas, visitadoras o secretarias en los servicios hospitalarios (Ramacciotti & Valobra, 2015).

La asignación “innata” de las mujeres a las tareas del cuidado y la curación y su influencia en la conformación de la enfermería como disciplina no puede ser comprendida históricamente si no se produce la definición y distinción entre dos conceptos clave: sexo y género. A grandes rasgos, el primero de ellos se refiere a una concepción puramente biologicista perteneciente a las denominadas ciencias duras, donde las diferencias entre uno u otro individuo son puramente anatómo-fisiológicas, es decir se basan en la presencia de un pene o una vagina. Pero, por otro lado, el concepto de género aparece en rechazo al determinismo biológico implícito en términos como “sexo” o “diferencia sexual”, resaltando su carácter relacional. (Scott, 1986) Así, este concepto comienza a referirse a caracterizaciones, funciones y relaciones entre hombres y mujeres pero que no están fundadas en diferencias biológicas sino en aspectos económicos, políticos, culturales y que se modifican históricamente (Chamizo Vega, 2003).

El concepto de *género* desarrollado desde diferentes sectores del feminismo intentaba demostrar que “la biología no era el destino” (Stolke, 2004), que no había características “femeninas” o “masculinas” inherentes a cada uno de los sexos biológicos y que las relaciones que se establecían entre hombres y mujeres eran culturales, variables y no estaban determinadas anatómo-fisiológicamente. Pero, la realidad es que en buena parte de nuestra historia (y aún en la actualidad) se han atribuido características, valores, identidades o roles de género específicos basados en el solo presupuesto de la existencia de una diferencia sexuada sobre la cual la voluntad humana no tendría ningún tipo de influencia (Heritier, 2007). Así, habría hombres por definición biológica a los que les correspondería un género masculino y mujeres por definición biológica a las que les correspondería un género femenino. Los sistemas de salud, la medicina y en especial la enfermería se han visto influidos por estas definiciones y caracterizaciones genéricas. Así, por ejemplo, la OMS ya en el año 1988 reconocía la presencia de estos estereotipos en la sociedad: "en las sociedades occidentales, el estereotipo masculino incluye características tales como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad, mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por

la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad".

De esta forma, podemos ver como la atribución de las prácticas referidas al cuidado y la curación a la mujer encuentran fundamentos históricos amparados en la distribución sexual del trabajo realizada en las primeras etapas de la vida en comunidad. En ella se produce la asignación de la práctica de las tareas del cuidado al sexo femenino y aquellas que requerían de mayor fuerza o dominación al sexo masculino (Aldaña, 2000). De esta manera, la enfermería como una tarea asociada a la curación y el cuidado encontraría un correlato directo e indiscutible con el sexo femenino predispuesto de manera "natural" y "biológica" por su capacidad innata y ampliada de gestar y cuidar. Esta diferencia anatomo-fisiológica respecto del sexo masculino, dotaría a la mujer de cierta capacidad intrínseca para cuidar y acompañar a aquellos seres que no podrían valerse por sí mismos ya sean niños, ancianos o enfermos. Esta forma de diferenciar las tareas asignadas a los roles femeninos y masculinos no solo es un fenómeno atribuible a la división sexual del trabajo en la época comunal, sino que ha perdurado hasta la actualidad y ha incidido a lo largo de la historia en las formas sociales de percibir y caracterizar a los diferentes géneros, a sus obligaciones y a sus derechos. Desde esta línea de análisis se presupone que existe una inclinación indiscutible a la gestación y la crianza de niños por parte de la mujer. Dicha inclinación emergería "naturalmente" de ciertas capacidades anatómicas y fisiológicas ausentes en el sexo masculino y de su "facilidad" para tareas de servicio, domésticas, afectivas, etc. Esta "habilidad ampliada" para el cuidado encontraría su fundamento en la existencia del instinto maternal exclusivo y experimentado por cada mujer y carente en el sexo masculino como consecuencia de ciertos limitantes biológicos.

Sin embargo, desde los estudios sobre género y familia se ha ido desmitificando la conexión directa e indiscutible entre reproducción y crianza, reconociendo y demostrando el carácter histórico y social de esa relación (Scott, 1986). En el mismo sentido, la filósofa francesa Simone de Beauvoir fue una de las primeras feministas en demostrar que el instinto maternal resultaba ser un constructo social que lo que hacía era colaborar con el mantenimiento de la maternidad como único y obligatorio destino de las mujeres. Así, para Beauvoir era necesario negar la existencia real del instinto

maternal, situando las conductas maternas en el campo de la cultura y reinterpretando el cuerpo materno, no como un cuerpo meramente biológico, sino como un cuerpo que es introducido cultural y no biológicamente a los discursos sobre la maternidad (Saletti, 2008: 172). Si partimos de la idea de que la cultura se impone a la naturaleza, enseñando a expresarla de formas diferentes, inclusive a lo que atañe a necesidades fisiológicas, entonces también puede pensarse que la idea del instinto maternal sea un producto cultural (Kottak, Conrad Phillip 2000).

Hegemonía médica y subordinación de la enfermería. Roles de género y relaciones asimétricas en la práctica enfermera.

Por otro lado, estas aparentes diferencias entre los géneros implicarían una relación de jerarquización. Diferentes autores han analizado la “valencia diferencial de los sexos” es decir, no solo la relación entre un sexo biológico y un rol de género específico sino también la valoración diferencial y asimétrica que contendrían cada uno de ellos. Dentro de esta jerarquía, el género masculino ocuparía los escalafones más altos mientras que el género femenino los más bajos (Heritier, 2007). Dicha relación histórica que podría denominarse como de dominación patriarcal habría impactado en las formas de organización social, en la distribución de las tareas, en el desarrollo de políticas, como así también en la formación de variadas disciplinas. Esta forma de inequidad de género adquiriría entonces diferentes matices en torno a la enfermería y a la relación con otras disciplinas. En este sentido, parecería que la percepción del género masculino como dominador, racional y objetivo se ajustaría al fenotipo del médico como una figura estricta capaz de resolver mediante el uso de la ciencia las enfermedades que aquejan a los hombres. En dirección contraria, la percepción del género femenino como sensible, frágil y orientado al cuidado se ajustaría al fenotipo de la enfermería como una función secundaria a la actividad médica más vinculada a la emotividad y el acompañamiento de los enfermos.

Es en este sentido que la feminización del mercado laboral hace referencia al incremento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo. Este proceso de feminización puede analizarse a partir de dos formas de segregación por género. Por un

lado, la vertical, en donde difiere notablemente quienes aspiran a puestos de conducción y quienes los obtienen, favoreciendo al género masculino y la horizontal que hace referencia a como los estereotipos sexuados actúan dentro de los ámbitos de trabajo. Asociando como mencionamos previamente a la masculinidad con trabajos pesados, insalubres, peligrosos, fuertes y a la femineidad con trabajos más livianos, fáciles, minuciosos, etc. (Ramacciotti & Valobra, 2015). De esta manera es que la enfermería es considerada como una ocupación femenina. No solo estadísticamente por el número de mujeres que actualmente convoca sino también culturalmente por las características femeninas que se suponen como necesarias para desempeñarse en el trabajo. (Wainerman & Binstock, 1992).

Así, a través del reconocimiento del ejercicio mayoritariamente masculino en el rol del médico y del femenino en el rol de la enfermera es que se puede pensar cómo se habrían replicado estructuras más amplias de dominación genérica al interior de la medicina, afectando a la constitución de la enfermería profesional como una ciencia autónoma e inclusive condicionando su práctica actual, al menos en América Latina. Tal como dice Mendizábal: “la consolidación de la hegemonía médica, religiosa, patriarcal y del mercado de consumo en salud ha impreso en la enfermería mundial subordinación profesional y ha colonizado al cuidado para colaborar en sostener el statu quo” (Mendizábal, 2017). Así, de la mano de la consolidación de la medicina como una hegemonía patriarcal, no solo se estaría estableciendo la subordinación y dependencia de la enfermería sino también, se estarían reproduciendo al interior de su estructura de funcionamiento, modos de relacionarse que formaban parte de los idearios y representaciones sexuales y genéricas de la sociedad civil basados fundamentalmente en la ya analizada atribución de las tareas del cuidado a las mujeres y en su justificación biológica.

A su vez, se podría pensar, si esta relación jerárquica ha afectado a las percepciones y valoraciones actuales socialmente construidas de las profesiones relacionadas con la salud. En otras palabras, cabría preguntarse si la asignación de la enfermería como una profesión netamente “de mujeres” podría haber influido en el escaso reconocimiento y prestigio social que se le ha atribuido en detrimento al elevado reconocimiento del rol médico. En este sentido es que se ha analizado como al considerar que estas actividades

eran continuaciones de dotes y características naturales fueron actividades desvalorizadas lo que generó el menosprecio de la capacitación como así también de los derechos laborales. Al mismo tiempo, la idea del trabajo femenino como complementario al salario masculino en el presupuesto familiar también fortaleció la menor valoración como los menores salarios (Ramacciotti & Valobra, 2015).

La predominancia histórica del género femenino en la enfermería y su doble relación jerárquica, con la medicina y con el género masculino, impulsa a cuestionar y problematizar el lugar que ocupan en la actualidad los varones enfermeros al interior del ejercicio de la profesión. Si bien esa es una problemática que requiere de mayor análisis y detenimiento, se pueden desarrollar algunas ideas o hipótesis de manera general que contribuyan a un mayor entendimiento de la temática. Como se ha tratado de demostrar en este trabajo, no existe una relación directa entre una caracterización anatómico-fisiológica y una predisposición hacia determinadas tareas o aptitudes, lo que indicaría que los hombres podrían desarrollar las mismas tareas afectivas y de cuidado que desempeñan las mujeres dentro de la profesión. Si bien esto pareciera ser así, aquellos varones que decidan ingresar al mundo de la enfermería o que la estén practicando actualmente podrían experimentar en algún momento de su carrera profesional indicios sociales de que la misma parecería ubicarse en un ámbito puramente femenino.

De esta manera, como hemos analizado, respondiendo a ciertas exigencias sociales vinculadas con las características del “género masculino”, los hombres parecerían haber optado históricamente por profesiones más asociadas a la fama, la riqueza y el reconocimiento social, tales como medicina, abogacía e ingeniería. Por lo cual, la inserción de los hombres en los trabajos que han sido considerados históricamente como femeninos, llevaría a la configuración de una minoría que se vería atravesada indiscutiblemente y de manera diversa por la feminización de dicha profesión. Si bien, se ha avanzado de manera notable en la participación tanto de hombres como de mujeres en las profesiones y oficios considerados para el “sexo opuesto”, lo que conduce a que en la actualidad se puedan observar modificaciones en los parámetros predeterminados respecto de la distribución sexo-genérica en el mundo del trabajo, este último no está exento de barreras. Así, como analizan algunos autores, las mujeres que desempeñan trabajos considerados como funciones masculinas, parecen ocupar un papel

que no es el suyo y por eso, son sometidas a evaluaciones constantes de sus competencias profesionales para justificar su posición. En cambio, los hombres que actúan en profesiones como enfermería, pueden experimentar prejuicios respecto de su masculinidad, por no desempeñar una función esperada para un hombre (Ferreira Cunha, 2007). Es decir, que los hombres al interior de la práctica de la enfermería solo serían cuestionados por no estar ejerciendo su masculinidad, teniendo inclusive mayores posibilidades de ocupar cargos elevados, generalmente administrativos, respecto de las mujeres.

Consideraciones finales:

A lo largo de este breve recorrido histórico por la constitución de la enfermería como una profesión autónoma, se han intentado reconocer las implicancias que las conceptualizaciones acerca del sexo, el género, y los roles “femeninos” y “masculinos” tuvieron en el establecimiento de la enfermería como una profesión “por naturaleza” de mujeres. Partiendo de los estudios históricos de género y familia y de los aportes que diferentes sectores del feminismo han realizado para demostrar que no hay ninguna determinación genética que predisponga a los individuos a realizar o preferir determinadas actividades, se ha intentado demostrar que no hubo históricamente ni hay en la actualidad ningún elemento biológico que implique que las mujeres, de manera innata y cuasiobligatoria tengan que desarrollar las tareas del cuidado y la curación. Los elementos que han incidido en la formación de la enfermería como una profesión fuertemente feminizada no son biológicos, son históricos y sociales y se han sostenido en variadas lógicas de jerarquización y subordinación.

Simone de Beauvoir ya decía en 1948 que a lo largo de la historia la mujer había sido construida como el “segundo sexo”, la “otra” del hombre. ¿Acaso no fue también la enfermería construida históricamente como la “segunda”, como la “otra” de la medicina? ¿No eran las mujeres que realizaban curaciones en la época comunal perseguidas y juzgadas por “brujas” o “chamanas”? y luego, ¿No eran las consagradas dedicadas a la curación subordinadas a los sacerdotes varones y también a los médicos de la época? Y en la actualidad ¿No son las enfermeras mujeres inferiormente valoradas



ISBN 978-987-544-895-7

en relación a la labor de los médicos varones? ¿No lo son también respecto de los enfermeros varones? La inmersión en la compleja práctica cotidiana de los profesionales de la salud lleva a que estas múltiples subordinaciones y jerarquizaciones se naturalicen, produciendo su invisibilización y reproduciendo al interior del sistema de salud lógicas de opresión presentes también en la sociedad civil. Aunque queda mucho por hacer, esperamos que este trabajo pueda contribuir de alguna manera a la formación de un análisis crítico de la historia de la enfermería que lleve a formas más liberadoras y menos opresivas de ejercer la profesión.

Bibliografía:

- Arroyo Rodríguez, A., Lancharro Taverro, I., Romero Serrano, R., & Morillo Martín, M. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251.
- De Beauvoir, S. (1981). El segundo sexo (1949). *Buenos Aires: Siglo XX*.
- Chamizo Vega, Carmen. (2004). La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index de Enfermería*, 13(46), 40-44.
- Gómez-Lus, M. L., & González, J. La Teoría microbiana y su repercusión en Medicina y Salud Pública.
- Héritier, F. (2007). Masculino/Femenino II. *Disolver la Jerarquía, Argentina: Fondo de Cultura Económica*.
- Morrone, B (2018, 1 de diciembre) Entrevista radial: *Historia de salud y feminismos*. El despeje. Disponible en: https://www.ivoox.com/beatriz-morrone-historia-salud-feminismo-audios-mp3_rf_30479496_1.html?fbclid=IwAR3A1Gb_mxkTPQT-28zDTiYiTXfDrWuC3qMa3CPkpUygyFnSz6M3tEbJCmI
- Quintero Laverde, M. C. (2001). Enfermería en el mundo cristiano. *Aquichan*, 1(1), 42-47
- Ramacciotti, K. I., & Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). BIERNAT, Carolina, CERDÁ, Juan Manuel y RAMACCIOTTI, Karina (directores) *La salud pública y la enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, 287-314.
- Saldaña, D. M. A. (2006). La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 8(1-2), 8-15.
- Scott, J. W. (1986). El género: una categoría útil para el análisis histórico.
- Souza, A. (2003). La formación en enfermería y el desarrollo socioeconómico en América Latina 1850-1950. *Administración Sanitaria*, 1(4).
- Stolke, V. (2004). La mujer es puro cuento: the culture of gender. *Revista Estudios Feministas*, 12(2), 77-105.

Mar del Plata, 28 y 29 marzo de 2019



II JORNADAS DE SOCIOLOGÍA/UNMDP



La sociología ante las transformaciones de la sociedad argentina

ISBN 978-987-544-895-7

- Wainerman, C. H., & Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo económico*, 271-284.