



**Universitat**  
de les Illes Balears

**TESIS DOCTORAL**  
**2022**

**LA JUSTICIA SOCIAL Y POLÍTICA EN LOS  
ENTORNOS DE CUIDADOS: UNA CUESTIÓN DE  
AGENCIA POLÍTICA ENFERMERA**

**Camelia Viviana López Deflory**





**Universitat**  
de les Illes Balears

**TESIS DOCTORAL**  
**2022**

**Programa de Doctorado en Salud Global, Servicios de  
Salud y Atención Sociosanitaria**

**LA JUSTICIA SOCIAL Y POLÍTICA EN LOS  
ENTORNOS DE CUIDADOS: UNA CUESTIÓN DE  
AGENCIA POLÍTICA ENFERMERA**

**Camelia Viviana López Deflory**

**Directora: Margalida Miró Bonet**

**Directora: Amélie Perron**

**Tutora: Margalida Miró Bonet**

**Doctora por la Universitat de les Illes Balears**





**Universitat**  
de les Illes Balears

Dra. Margalida Miró Bonet, de la Universitat de les Illes Balears

DECLARO:

Que la tesi doctoral que porta per títol *La justicia social y política en los entornos de cuidados: una cuestión de agencia política enfermera*, presentada per Camelia Viviana López Deflory per a l'obtenció del títol de doctor, ha estat dirigida sota la meva supervisió i que compleix amb els requisits necessaris per optar al títol de Doctor Internacional.

I perquè quedi constància d'això signo aquest document.

Signatura

Palma de Mallorca, 1 d'octubre de 2022



**Universitat**  
de les Illes Balears

Dr Amélie Perron, from the University of Ottawa

I DECLARE:

That the thesis titles *La justicia social y política en los entornos de cuidados: una cuestión de agencia política enfermera*, presented by Camelia Viviana López Deflory to obtain a doctoral degree, has been completed under my supervision and meets the requirements to opt for an International Doctorate.

For all intents and purposes, I hereby sign this document.

Signature

Palma de Mallorca, 1st October 2022



A todas aquellas que  
han hecho de mí la persona  
que soy hoy para permitirme  
ser la que seré mañana

A todas las enfermeras  
que conozco y que no  
conozco, pero que  
reconozco





## Agradecimientos

Las primeras líneas de este documento se dirigen al reconocimiento de todas aquellas personas que, de un modo u otro, han formado parte de esta tesis doctoral, un proyecto que ha supuesto para mí algo más que una aventura académica y es que se ha convertido en un proceso dinámico de cuestionamiento, de deconstrucción, de transformación y de reconstrucción personal y profesional en búsqueda de mi lugar en el mundo. Las personas en cuestión saben quiénes son y aquello que representan para mí. Me debo, no obstante, de apelar a algunas de ellas en este espacio para reiterar mis palabras de agradecimiento, solamente por si un día se olvidan de ello.

La primera muestra de gratitud que quiero manifestar se dirige hacia quienes, desde el inicio de este camino, han creído en mí y en los anhelos que como investigadora he inscrito en esta tesis doctoral. Marga y Amélie, mis codirectoras de tesis, tan alejadas geográficamente, pero tan cercanas epistemológicamente la una de la otra, vuestro apoyo incondicional en el transcurso de estos últimos años ha trascendido las fronteras del mundo académico para introducirse en mi cotidiano y ayudarme a que, con mis propias alas, pueda hacer frente a todo aquello que se dispone ante mí. Gracias por haber cuidado de mí día tras día, pese a mi insistente reticencia a dejarme cuidar.

Marga y Amélie, mujeres inspiradoras, vuestra presencia en mi vida se encuentra en la esencia de esta tesis doctoral, en la persona en la que me he convertido y en la fuerza que me empuja hacia adelante. Vuestras formas de *ser* y de *estar* en el mundo me han aportado el bagaje crítico con el que me observo y con el que contemplo todo aquello que orbita a mi alrededor. Gracias por haberme iluminado el camino a seguir en estos estudios de tercer ciclo que parecen ahora, pese a lo novel que me siento, llegar a su fin. Espero teneros a mi lado numerosos otros años más para que continuemos interpretando las señales sutiles —y no tan sutiles— del universo.

Amélie, quisiera aprovechar este espacio para agradecer a tu familia y amistades el haberme acogido y haberme hecho sentir como una más en la otra parte del mundo. Las experiencias que he podido compartir con cada uno de vosotros tienen para mí un valor inestimable. No os podré agradecer nunca suficientemente lo que habéis hecho por mí.

La segunda muestra de gratitud quiero dirigirla a las y los participantes que han aceptado abrir las puertas de sus mundos interiores para compartir sus vivencias más personales con una desconocida. Sin cada una y uno de vosotras y vosotros esta investigación sería un simple proyecto a día de hoy. Gracias por haber contribuido en ella con vuestros relatos.

La tercera muestra de gratitud quiero dirigirla a todas aquellas personas que, a veces de manera planificada, a veces de manera fortuita, se han cruzado en mi camino para detenerse en él y mantener conmigo largas conversaciones, ampliamente inspiradoras, sobre las temáticas en torno a las que gira la que puedo considerar como la línea de investigación en la que me inscribo y que nos mantiene, en cierto modo, unidas. A todas vosotras, gracias por haber compartido vuestro tiempo, por haberme escuchado, pero sobre todo, por haberme respondido.

La cuarta y última muestra de gratitud quiero dirigirla a mi familia y especialmente a mis padres por haber permanecido de forma sostenida detrás de la escena de esta tesis doctoral. Sé que no lo he puesto fácil, pero habéis conseguido, de una forma ejemplar, que las condiciones en las que esta investigación se ha gestado hayan sido las ideales para asegurar mi llegada a buen puerto. Gracias de todo corazón.



## Resumen

Las enfermeras se encuentran afectadas por formas de injusticia que las impiden participar en condición de pares en la vida social que se opera en las organizaciones de salud. Esta tesis doctoral tiene como objetivo explorar cómo las enfermeras despliegan su agencia política para construir un marco de justicia social y política en las organizaciones públicas de salud enfrentándose a los retos e incertidumbres de (re)pensar su orden institucional cuando este no resuena con su *ethos* profesional. Esta investigación, inscrita en un diseño etnometodológico de análisis crítico del discurso, asume una posición epistemológica anclada en la teoría crítica y apoyada en un marco teórico dual que pone en diálogo el pensamiento teórico de los filósofos Nancy Fraser y Hartmut Rosa. Las miradas de enfermeras asistenciales, de enfermeras en mandos de gestión intermedia y directiva y de enfermeras en cargos políticos, colegiales y sindicales —en tanto que voces centrales—, así como las miradas de médicos asistenciales y de un gerente de una organización pública de salud —en tanto que voces periféricas—, se reúnen para ser analizadas después de un proceso de generación de datos que ha consistido en entrevistas individuales semiestructuradas. Los hallazgos que se desprenden de ellas sugieren que la profesión enfermera representa para las participantes una forma de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo y de obtener y retener una forma de retorno a cambio de ella. Esta se encuentra amenazada por formas materiales, sociales y políticas de injusticia que se (re)producen en las organizaciones de salud. Frente a ellas, lejos de mantenerse inmóviles, las enfermeras proyectan miradas, comunican palabras y emprenden acciones que, con un anhelo emancipador, se dirigen a la construcción de organizaciones de salud justas para ellas mismas y para los pacientes a los que brindan sus cuidados. La necesidad de reconsiderar la relación de las enfermeras con su profesión, de elaborar un marco de justicia social y política en las organizaciones de salud, de (re)conceptualizar la noción de agencia política enfermera y de avanzar en el desarrollo de una nueva teoría filosófica emancipadora en enfermería son discutidas junto a sus implicaciones para la práctica, la gestión, la educación, la política y la investigación.

Palabras clave: agencia política, emancipación, enfermeras, justicia social y política, resonancia

## Resum

Les infermeres es troben afectades per formes d'injustícia que les impedeixen participar en condició de pars en la vida social que s'opera en les organitzacions de salut. Aquesta tesi doctoral té com a objectiu explorar com les infermeres despleguen la seva agència política per a construir un marc de justícia social i política en les organitzacions públiques de salut enfrontant-se als reptes i incerteses de (re)pensar el seu ordre institucional quan aquest no ressona amb el seu *ethos* professional. Aquesta recerca, inscrita en un disseny etnometodològic d'anàlisi crítica del discurs, assumeix una posició epistemològica ancorada en la teoria crítica i recolzada en un marc teòric dual que posa en diàleg el pensament teòric dels filòsofs Nancy Fraser i Hartmut Rosa. Les mirades d'infermeres assistencials, d'infermeres en càrrecs de gestió intermèdia i directiva i d'infermeres en càrrecs polítics, col·legials i sindicals —com a veus centrals—, així com les mirades de metges assistencials i d'un gerent d'una organització pública de salut —com a veus perifèriques— es reuneixen per a ser analitzades després d'un procés de generació de dades que ha consistit en entrevistes individuals semiestructurades. Les troballes que es desprenen d'elles suggereixen que la professió infermera representa per a les participants una manera de *ser*, d'*expressar-se*, d'*estar* i d'*actuar* en el món i d'obtenir i retenir una forma de retorn a canvi d'ella. Aquesta es troba amenaçada per formes materials, socials i polítiques d'injustícia que es (re)produeixen en les organitzacions de salut. Davant elles, lluny de mantenir-se immòbils, les infermeres projecten mirades, comuniquen paraules i emprenen accions que, amb un anhel emancipador, es dirigeixen a la construcció d'organitzacions de salut justes per a elles mateixes i per als pacients als quals brinden les seves cures. La necessitat de reconsiderar la relació de les infermeres amb la seva professió, d'elaborar un marc de justícia social i política en les organitzacions de salut, de (re)conceptualitzar la noció d'agència política infermera i d'avançar en el desenvolupament d'una nova teoria filosòfica emancipadora en infermeria són discutides al costat de les seves implicacions per a la pràctica, la gestió, l'educació, la política i la recerca.

Paraules clau: agència política, emancipació, infermeres, justícia social i política, ressonància

## Abstract

Nurses are affected by forms of injustice that prevent them from being able to participate as peers in the social life of healthcare organizations. This doctoral thesis aims at exploring how nurses enact their political agency to build a framework of social and political justice in public healthcare organizations facing the challenges and uncertainties that (re)thinking their institutional order entails when it does not resonate to their professional *ethos*. This research, inscribed in an ethnomethodological design of critical discourse analysis, assumes an epistemological position that finds its roots in critical theory and that is supported by a dual theoretical framework that brings into play the philosophical tenets of Nancy Fraser and Hartmut Rosa. A data-collecting process consisting of semi-structured interviews brings together the insights of nurses working in clinical settings, nurses in middle management positions, nurse directors, and nurses in political, regulatory college or trade union posts —as central voices—, as well as those of physicians working in clinical settings and of a manager of a public healthcare organization —as peripheral voices—, to conform a corpus for analysis. The findings point at how the nursing profession is suggestive to participants of a mode of *being*, *expressing* themselves, and *acting* in the world, and of obtaining and retaining a trade-off from it. This mode is threatened by material, social and political forms of injustice that are (re)produced in healthcare organizations. Far from yielding to those and driven by an emancipatory will, nurses project outlooks, communicate words, and take actions towards the construction of fair healthcare organizations for themselves and for the patients they take care of. The need to reconsider nurses' relationship with their profession, to elaborate a new social and political justice framework for healthcare organizations, to (re)conceptualize the notion of nurses' political agency, and to advance in the development of a new emancipatory philosophical theory in nursing are discussed along with their implications for practice, management, education, politics, and research.

Keywords: emancipation, nurses, political agency, resonance, social and political justice

## Índice

CAPÍTULO I. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN .....	25
1.1. La primera aproximación al fenómeno de estudio.....	27
1.2. El objetivo de la investigación.....	34
1.3. Las preguntas de investigación .....	34
1.4. La posición epistemológica .....	35
CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	39
2.1. Las enfermeras, entre fuerzas, en un punto de inercia.....	41
2.1.1. Las políticas neoliberales en el sistema de salud .....	42
2.1.2. La profesión, la profesionalización y el profesionalismo .....	48
2.1.3. Las normas y las prácticas patriarcales en las organizaciones de salud .....	51
2.2. Las cuestiones estratégicas del discurso .....	56
2.3. La agencia como movimiento desde la falta de impulso hacia la acción .....	60
2.4. La justicia organizacional situada entre la descripción y la normatividad .....	71
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO .....	83
PARTE I. NANCY FRASER.....	85
3.1. Los apuntes biográficos preliminares .....	86
3.2. La mirada de Nancy Fraser sobre la justicia.....	88
3.2.1. Hacia una aproximación bidimensional de la justicia .....	88
3.2.1.1. El reconocimiento como una cuestión de estatus .....	92
3.2.1.2. La bidimensionalidad a partir de la paridad participativa.....	94
3.2.1.3. La justificación de las reivindicaciones de reconocimiento .....	96
3.2.1.4. Las posibles soluciones al dilema redistribución-reconocimiento .....	97

3.2.2. Hacia una teoría tridimensional de la justicia.....	99
3.3. La agencia política desde la perspectiva de Nancy Fraser.....	101
3.3.1. El concepto de esfera pública .....	102
3.3.2. La lucha por la definición y la interpretación de las necesidades.....	105
PARTE II. HARTMUT ROSA.....	110
3.4. Los apuntes biográficos preliminares .....	111
3.5. La teoría de la aceleración social.....	112
3.5.1. El concepto de aceleración social .....	113
3.5.2. Las manifestaciones de la aceleración social.....	116
3.5.3. Las causas de la aceleración social.....	118
3.5.3.1. El ciclo de la aceleración social.....	118
3.5.3.2. Los motores externos de la aceleración social.....	120
3.5.3.3. Los efectos y las consecuencias de la aceleración social.....	121
3.5.3.4. El caso de la aceleración en el trabajo .....	123
3.6. La teoría de la resonancia .....	124
3.6.1. El concepto de resonancia.....	125
3.6.2. Las esferas culturales de acción y sus ejes de resonancia.....	127
3.6.3. Las condiciones determinantes de la resonancia .....	130
3.6.4. La resonancia como camino hacia una sociedad de post-crecimiento.....	132
3.7. La agencia política desde la perspectiva de Hartmut Rosa.....	133
CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS .....	135
4.1. El diseño de la investigación .....	136
4.2. Los perfiles de las voces buscadas.....	139



4.3. El muestreo y el reclutamiento de las voces potenciales .....	141
4.4. La descripción de la muestra final de voces participantes .....	144
4.5. El proceso y las técnicas de generación de los datos .....	146
4.5.1. Las entrevistas semiestructuradas .....	146
4.5.2. El cuestionario sociodemográfico .....	150
4.5.3. El diario de campo de la investigadora .....	150
4.6. El método de análisis de los datos .....	151
4.6.1. La preparación y el abordaje de los datos .....	156
4.7. Las estrategias de rigor metodológico .....	158
4.8. Las consideraciones éticas .....	161
<b>CAPÍTULO V. PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>165</b>
<b>PARTE I. LAS FORMAS DE PENSARSE: UN BAGAJE DE SOCIALIZACIÓN QUE PRECEDE, SE NUTRE E IMPACTA EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD .....</b>	<b>168</b>
5.1. La construcción de un <i>yo-enfermer*</i> : sobre las subjetividades en el lenguaje .	171
5.1.1. La persona gramatical: la metamorfosis entre el <i>yo</i> y el <i>yo-ideal</i> .....	172
5.1.2. El número: entre la identidad individual y la identidad colectiva .....	175
5.1.3. El (alter)género: entre lo femenino y lo masculino .....	178
5.1.4. El tiempo: entre el pasado, el presente y el futuro.....	181
5.1.5. El espacio: entre coordenadas de altitud, latitud y longitud .....	183
5.2. <i>Ser y expresarse</i> como enfermer* en el mundo.....	187
5.2.1. La consciencia de las enfermeras.....	188
5.2.2. La mirada de las enfermeras .....	190
5.2.3. Las historias de las enfermeras y las enfermeras en la historia .....	192
5.3. <i>Estar y actuar</i> como enfermer* en el mundo .....	197

5.3.1. Habitar (en) las organizaciones de salud .....	198
5.3.2. Comprender (en) las organizaciones de salud .....	201
5.3.3. Cuidar (en) las organizaciones de salud .....	203
5.4. Obtener y retener un retorno como enfermer* en el mundo.....	207
5.4.1. Las formas (con)movedoras de retorno .....	209
5.4.2. Las formas alienantes de retorno .....	213
5.5. Los corolarios de la identidad enfermera bajo lupa.....	223
5.5.1. Las enfermeras como sujetos relacionales.....	223
5.5.2. La transformación de los rasgos en exigencias.....	226
5.5.3. La disposición de las enfermeras en segundo plano .....	228
5.6. Los límites simbólicos del mundo de las enfermeras .....	230
5.6.1. La creación de una esfera reducida, íntima e infranqueable.....	231
5.6.2. La consideración tácita de un <i>otro</i> plural.....	233
5.6.3. La representación restrictiva del rol enfermero .....	234
5.7. Los efectos insospechados de las formas de retorno .....	236
5.7.1. El efecto engañoso de las formas (con)movedoras de retorno .....	237
5.7.2. El efecto de puesta en tela de juicio de las formas alienantes de retorno .....	240
PARTE II. EL RECONOCIMIENTO DE LOS EJES DE (IN)JUSTICIA: UN PROCESO DE TOMA DE CONSCIENCIA SOBRE LA POSICIÓN OCUPADA Y POR OCUPAR EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD.....	243
5.8. La concientización sobre el espacio ocupado: un análisis desde el lenguaje ...	245
5.8.1. El uso de la segunda persona gramatical: el tú como espejo y como medio para afectar el <i>otro</i> .....	246
5.8.2. La disposición de la trama de los relatos en planos narrativos .....	248

5.8.3. La transformación de la realidad: el recurso retórico como forma de tratar el objeto considerado .....	252
5.8.4. La inclinación hacia la anécdota: el ejemplo como modo de permanencia en el microespacio .....	256
5.8.5. El caso de la comparación: la oposición al <i>otro</i> como constante discursiva .	257
5.9. El eje de los elementos materiales de las organizaciones de salud.....	260
5.9.1. El tiempo: las organizaciones de salud dominadas por la <i>crono-praxis</i> .....	261
5.9.2. La (sobre)carga: el peso (in)tangible del ejercicio profesional.....	266
5.9.3. El espacio físico: de los muros físicos a las paredes simbólicas .....	274
5.9.4. Los recursos materiales: la disponibilidad y la calidad material a evaluación .....	282
5.9.5. La remuneración: del efecto económico a la impresión de reconocimiento..	287
5.10. El eje de los elementos sociales de las organizaciones de salud .....	293
5.10.1. El médico y las enfermeras .....	294
5.10.2. Las otras enfermeras y las enfermeras .....	301
5.10.3. La organización y las enfermeras .....	307
5.11. El eje de los elementos políticos de las organizaciones de salud .....	315
5.11.1. La expresión de la voz de las enfermeras .....	316
5.11.2. La inmersión en los espacios de participación.....	321
5.11.3. El acceso a las esferas de representación .....	325
5.12. La definición de una condición de estatus para las enfermeras .....	330
5.12.1. La posición atribuida y ocupada puesta en estudio.....	330
5.12.2. La lucha constante como parte de sus mapas cognitivos.....	335
5.12.3. El asalto de un alud de sentimientos .....	337

5.13. La necesidad de una disociación de si .....	341
5.13.1. El distanciamiento forzado de la propia experiencia .....	342
5.13.2. El desarrollo reflejo de un sentido de tolerancia.....	344
5.13.3. El relevo responsable de un entorno deficiente .....	346
5.14. La percepción determinista de una falta de capacidad de acción .....	352
5.14.1. La fragmentación y la jerarquización de las condiciones de trabajo .....	352
5.14.2. El poder prescriptivo de un destino programado .....	354
5.14.3. La (im)posibilidad de influencia en el espacio (in)habitado.....	356
PARTE III. EL ANHELO EMANCIPADOR: UN MOVIMIENTO SOCIAL Y POLÍTICO SIMBOLIZADO EN LAS MIRADAS, PALABRAS Y ACCIONES .....	361
5.15. La impresión de un* agente ético y político en el lenguaje: sobre la agentividad intratextual .....	363
5.15.1. La presentación de un yo comprometido con la causa emancipadora .....	364
5.15.2. La construcción de un relato inspirado en el discurso político.....	366
5.15.3. La creación de utopías organizacionales .....	368
5.16. Las miradas de las enfermeras .....	371
5.16.1. La identificación y la apropiación de la (in)justicia .....	372
5.16.2. El bricolaje de una identidad enfermera .....	376
5.16.3. La planificación de un proyecto emancipador .....	380
5.17. Las palabras de las enfermeras .....	387
5.17.1. Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos materiales.....	388
5.17.2. Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos sociales .....	392
5.17.3. Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos políticos .....	399
5.18. Las acciones de las enfermeras .....	403

5.18.1. La remodelación de los límites del movimiento de las enfermeras .....	404
5.18.2. La reflexión transversal a la acción .....	405
5.18.3. Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje material .....	407
5.18.4. Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje social.....	414
5.18.5. Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje político.....	420
5.19. La emancipación de las enfermeras en tela de juicio.....	429
5.19.1. El ajuste de las enfermeras al molde del <i>otro</i> y del mundo .....	430
5.19.2. Los riesgos de imponer un nuevo régimen ideológico .....	432
5.19.3. La inocencia de los movimientos hacia la transformación .....	434
5.20. La responsabilidad de la transformación del orden de las cosas .....	436
5.20.1. La inmersión en un proceso de responsabilización .....	437
5.20.2. La llamada de las enfermeras hacia su responsabilización colectiva .....	440
5.20.3. La asunción coaccionada de la responsabilidad moral .....	442
5.21. La forma legítima de lucha .....	444
5.21.1. La imposibilidad de deshacer el solape entre la enfermera y el paciente ....	445
5.21.2. El uso oportunista del paciente .....	446
5.21.3. La lucha propia en nombre del <i>otro</i> .....	448
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN.....	451
6.1. La relación ambivalente de las enfermeras con su profesión .....	453
6.2. La perspectiva emic sobre la justicia social y política.....	457
6.3. La (re)conceptualización de la agencia política enfermera .....	465
6.4. La renovación de una teoría filosófica emancipadora en enfermería .....	473
6.5. Líneas generales de recomendación .....	480

6.5.1. Recomendaciones para la práctica .....	480
6.5.2. Recomendaciones para la gestión .....	481
6.5.3. Recomendaciones para la educación .....	483
6.5.4. Recomendaciones para la política.....	486
6.5.5. Recomendaciones para la investigación .....	487
6.6. Limitaciones de la investigación.....	490
CHAPTER VII. CONCLUSIONS .....	495
REFERENCIAS .....	499
ANEXOS .....	537
Anexo I. Tabla resumen de la muestra final de las voces participantes .....	538
Anexo II. Guía para el reconocimiento del rol de las participantes .....	539
Anexo III. Guion de entrevista para las enfermeras asistenciales .....	540
Anexo IV. Guion de entrevista para las enfermeras en mandos intermedios .....	542
Anexo V. Guion de entrevista para las enfermeras en mandos directivos .....	545
Anexo VI. Guion de entrevista para las enfermeras en cargos políticos .....	548
Anexo VII. Guion de entrevista para las enfermeras en cargos sindicales.....	550
Anexo VIII. Guion de entrevista para las enfermeras en cargos colegiales .....	552
Anexo IX. Guion de entrevista para los médicos .....	554
Anexo X. Guion de entrevista para el gerente .....	556
Anexo XI. Cuestionario sociodemográfico .....	558
Anexo XII. Hoja de información y consentimiento informado .....	559
Anexo XIII. Aprobación ética del Comité de Ética de las Islas Baleares .....	563
Anexo XIV. Primera categoría del árbol de codificación de los datos.....	565

Anexo XV. Segunda categoría del árbol de codificación de los datos .....	566
Anexo XVI. Tercera categoría del árbol de codificación de los datos .....	567





## **CAPÍTULO I. PROBLEMÁTICA DE INVESTIGACIÓN**

«Cada investigación renueva, para el investigador,  
el desafío de hacer avanzar los conocimientos»

Benoît Gauthier (2009)

El primer capítulo de esta tesis doctoral tiene como propósito presentar la primera etapa del que ha constituido el proceso investigador en el que nos hemos embarcado. Este se ocupa, así pues, de desarrollar la problemática y el problema de investigación en los que hemos focalizado nuestra atención, siendo la problemática el proceso intelectual a través del que hemos logrado la formulación sistemática de las lagunas en el estado de los conocimientos sobre el fenómeno de estudio en el que nos interesamos, y el problema aquello que desconocemos sobre él, pero que merece ser conocido o mejor conocido (Gosselin, 1994).

El conjunto de las ideas, de los conceptos y de las teorías cuyas relaciones se ponen de manifiesto en las próximas páginas despejan entonces, de manera gradual, la mirada que, en tanto que investigadoras, proyectamos hacia un objeto de estudio que se muestra como factible y preciso, como novedoso y original, como importante y de interés (Arantzamendi et al., 2012), erigiendo sus fundamentos, dándole forma, determinando su sentido y su alcance, pero también guiándolo, desde la asunción de nuestra posición paradigmática, hacia el planteamiento de un objetivo general y de unas preguntas específicas de investigación (Gauthier, 2009).

La primera sección de este capítulo, «1.1. La primera aproximación al fenómeno de estudio» (p. 27), se ocupa, de este modo, de la problematización deductiva e inductiva del fenómeno de estudio en torno al que esta tesis doctoral orbita. Este se presenta, concretamente, por medio de un fluir narrativo que responde al modelo de embudo, es decir, que se da inicio en la exposición de sus ideas más vagas para darse fin en la exposición de sus ideas más precisas, más restrictivas y más abordables que, en tanto que tales, dan luz a por qué necesitamos realizar esta investigación y a por qué deberíamos conocer sus resultados (Arantzamendi et al., 2012).

Este escenario conduce al desarrollo de una segunda sección, «1.2. El objetivo de la investigación» (p. 34), en la que plasmamos el propósito general de esta tesis doctoral; de una tercera sección, «1.3. Las preguntas de la investigación» (p. 34), en la que formulamos las diferentes cuestiones de investigación en las que se escinde el objetivo principal y que guían el avance de este proyecto; y, finalmente, de una cuarta sección, «1.4. La posición epistemológica» (p. 35), en la que reflejamos cuál es la lente que

disponemos sobre el problema de investigación, es decir, la mirada paradigmática específica a través de la que nos aproximamos a él.

### **1.1. La primera aproximación al fenómeno de estudio**

Las organizaciones de salud pueden ser imaginadas como ciudades. Es cierto, no tienen domicilios, calles, plazas y barrios dotados de mobiliario urbano y conectados a través de medios de transporte, pero tienen habitaciones, salas, consultas, espacios de reunión, pasillos, unidades y departamentos dotados de mobiliario hospitalario y/o clínico y conectados a través de circuitos formales preestablecidos. Los elementos físicos y materiales no son, sin embargo, los elementos que conforman las ciudades y, por ende, las organizaciones de salud, sino que aquellos que lo hacen son más bien sus elementos humanos (Folco & Turmel, 2017).

Los profesionales que en dichos espacios desempeñan sus roles y los pacientes con los que cada uno de ellos establecen y mantienen una relación alrededor de un proceso de atención a su salud constituyen, de este modo, los elementos que hacen ser a las organizaciones de salud. Estas representan lugares que funcionan más allá de la comprensión del concepto de *lugar* como un simple espacio físico, siendo estas más bien consideradas como espacios de conexión, de vinculación, de desarrollo de alianzas y de enraizamiento tanto para los profesionales que en su interior trabajan como para los pacientes y las familias que de ellas vienen y van.

Las organizaciones de salud pueden ser, entonces, comprendidas como sociedades, como microsistemas sociales dotados de una cultura (co)construida por los individuos que las habitan y en los que se espera de ellos un despliegue de roles específicos y prácticas ritualizadas, una interrelación guiada por códigos, normas de conducta y de comunicación, un saber estar en un espacio y en un tiempo ideados y regulados de manera estructurada e incluso cuadrículada, y una adherencia a las metas y a los valores relacionados con la sostenibilidad, la participación, la solidaridad, la equidad y la justicia social, en los que, supuestamente, han sido socializados.

El espacio ideal recreado mediante esta analogía se muestra, no obstante, como distorsionado en la realidad. Al recorrer y observar una organización de salud dada desde una perspectiva antropológica y sociológica llama especialmente la atención una cuestión

que hace de ella una sociedad particular, una sociedad no como las demás. Se trata de un lugar a menudo abarrotado en el que, en medio del caos recurrente, se desmarca un colectivo formado mayoritariamente por mujeres que, vestidas generalmente de blanco, se ocupan en él protagonizando tareas de cuidado —históricamente asociadas a la figura femenina— y tareas técnicas —históricamente asociadas a la figura masculina— realizadas a través de movimientos focalizados, mecánicos, no reflexivos, rutinarios, acelerados, como si se produjeran a contrarreloj. Ellas conforman el que constituye el colectivo más amplio de profesionales de la salud. Ellas son las enfermeras (WHO, 2017).

Un barrido visual general resulta suficiente para darse cuenta de que su demarcación no se produce, precisamente, en términos que estén connotados de forma positiva. Lo hace, por el contrario, en términos de aquello que Roberts (1983) describe como opresión de grupo o en términos de aquello que en el marco de la presente tesis doctoral, bebiendo de corrientes de pensamiento filosóficas que, entre otros asuntos, abordan la construcción normativa de la noción de la justicia social y política, se describe como el hecho de no ser considerado como par o como igual en un determinado espacio de interacción social (Fraser, 2010).

Las habitaciones, las salas, las consultas, los espacios de reunión y los pasillos de las organizaciones de salud no pueden ser recorridos, por ende, creyendo que la disciplina profesional —y el género que histórica y socialmente le es asociado— no tiene nada que ver con el estatus de quién la practica. De hecho, no solamente tiene todo que ver, sino que también contribuye a situar y a determinar la posición de los profesionales en el espacio organizacional racionalizando la inequidad, permitiendo que la desigualdad entre ellos se mantenga como algo connatural, una apreciación que converge con una cuestión de justicia social y política (Thomson & Jones, 2017).

La comprensión de cómo se opera y se manifiesta para las enfermeras la (in)justicia en las organizaciones de salud, a modo de diagnóstico y crítica de sus realidades, y de qué forma adopta o debería adoptar, desde sus miradas particulares, la justicia en su interior, a modo de horizonte hacia el que mirar y dirigirse, responden, según Wright (2010), al paso previo necesario tanto para la elaboración de alternativas viables a la situación actual como para el análisis de los obstáculos, las posibilidades y los dilemas que se desprenden de las tentativas de transformar el orden institucional de las

organizaciones de salud en búsqueda de la emancipación de aquellos que se ven afectados por la injusticia.

La literatura no parece ofrecer una respuesta firme y clara a estas cuestiones. Las circunstancias en las que las enfermeras ejercen su práctica rara vez son adjetivadas como justas y, aún más insólitamente, como injustas (Skinner et al., 2018). El esfuerzo por desgranar los resultados de diferentes estudios teóricos y empíricos y por vincularlos a las nociones de (in)justicia social y política dibuja, no obstante, un escenario que cuesta no etiquetar de injusto y un escenario que, de darse sobre una colectividad social en la analogía ciudadana expuesta, generaría una inquietud, una irritación y/o una indignación mayores de las que se perciben habitualmente entre las enfermeras (Briskin, 2012).

Las enfermeras aparecen, sin embargo y pese a la falta de apropiación de la injusticia experimentada, cada vez más inmersas en una matriz de políticas burocráticas de control institucional —reconocidas por St-Pierre y Holmes (2008) como formas encubiertas de violencia institucional— de las que el sistema ha logrado sutilmente hacer depender, cooptar y dirigir sus identidades, sus prácticas y los procesos que las rodean hacia una dirección que no siempre se ha aliado con los intereses propios de las enfermeras y que ha resultado en la constitución de una fuerza de trabajo enfermera ordenada, alineada, fácil de manejar y totalmente previsible (Carvalho, 2012).

La estructura de las organizaciones de salud contribuye, por su parte, a mantener en funcionamiento este sistema privando a las enfermeras de las condiciones de ejercicio profesional necesarias para que puedan desempeñar de una forma libre y plena sus roles profesionales. Esta obstaculiza, concretamente, el acceso a un tiempo, a una carga de trabajo, a un espacio, a unos recursos materiales y a una remuneración considerados adecuados (Souza et al., 2017), así como a un reconocimiento equitativo del valor de sus formas de observar el mundo y de actuar en él (Hoffmann, 1991) y a una representación paritaria de sus voces en los procesos decisionales que las rodean (Duncan et al., 2015).

Las enfermeras lidian con este entramado de formas de injusticia mientras este se expresa sobre ellas. Lo hacen encajar en sus realidades como parte inherente de su trabajo (Buresh & Gordon, 2013; Traynor, 2018; Urban, 2014). La renovación de su subordinación a él y de su conformidad con él devienen, así pues, una pieza fundamental para su (re)producción (O'Connor, 2017) y es que, no siendo muy a menudo conscientes

de él, se envuelven en una dinámica de (in)acción por medio de la que nadan con la corriente y apoyan las condiciones que permiten su perpetuación en las organizaciones de salud (Daiski, 2004; Jarrín, 2006; Kagan et al., 2010; Schirger, 1978).

Esta apreciación esconde tras ella la construcción ideológica del sujeto enfermero ideal como aquel que tolera la injusticia y que, ante cualquier circunstancia, dispone al paciente delante de sí mismo (Kagan & Chinn, 2009). Esta construcción no atiende, de este modo, la consideración de que tal vez, en las organizaciones de salud, el paciente no es el único sujeto vulnerable (Goodman, 2016; Sumner, 2007, 2010; Traynor, 2018) y atiende mucho menos la consideración de que las enfermeras puedan constituirse como sujetos políticos capaces de posicionarse, de rebelarse y de iniciar acciones contra las formas de injusticia que las afectan (Bent, 1993; Perron, 2013; Perron et al., 2014).

La constatación, en cualquier caso, de que las enfermeras constituyen un colectivo profesional que sufre en las organizaciones de salud parece, no obstante, revelarse como un motivo insuficiente para trabajar por el desenlace de esta realidad y por el comienzo de una nueva más justa y emancipadora (Nelson, 2011). Las cuestiones de injusticia que las afectan, aisladas habitualmente en espacios discursivos especializados, libres de confrontación, de discusión, de crítica y de (re)politización, han sido y son excluidas, en este sentido, del debate público (Carter, 2016; Coole, 2005; Fraser, 1989; Jarrín, 2006; Urban, 2014).

Esta tesis doctoral pretende, así pues y precisamente, problematizar (Foucault, 1994) y politizar (Frye, 1983) el orden institucional al que se enfrentan las enfermeras, así como las experiencias que hacen de él, desafiando, por una parte, a aquellos que desde el otro lado osan preguntar cuál es el problema si el sistema de salud sigue funcionando del modo en el que opera, y poniendo sobre la mesa, por otra parte, tanto la oportunidad de preguntar si los aspectos que rodean la profesión y la práctica enfermera deberían ser politizados como la posibilidad de poder argumentar por qué sí deberían serlo.

La respuesta más tradicional a ambas preguntas, alineada con un enfoque positivista anclado en la demostración empírica, recurre a argumentos que, de manera indiscutible, sitúan a las enfermeras como profesionales fundamentales en y para el sistema de salud (Sundean et al., 2017). La dirección que estos argumentos toman se corresponde, entonces, con el énfasis atribuido al rol que las enfermeras cumplen con relación a los

resultados clínicos de los pacientes, a la calidad de los servicios asistenciales y a los resultados sociales, humanísticos y/o económicos en las organizaciones en las que se desempeñan, pero también en el sistema sanitario en su conjunto.

La vinculación de la práctica enfermera a la reducción de la mortalidad de los pacientes hospitalizados y a la prevención de la aparición de complicaciones derivadas de la asistencia sanitaria; a la mejora de las experiencias, de las vivencias y de la calidad de vida de los pacientes; al incremento de adopción de conductas promotoras de salud en la población; a la generación de una mayor equidad de género en las comunidades; y a la disminución de los costes de la atención sanitaria (Aiken et al., 2002; Buettner-Schmidt & Lobo, 2011; Coster et al., 2018; Drenkard, 2015; Sundean et al., 2017) se convierten, en este sentido, en el contenido de los alegatos más referidos.

Los argumentos precedentes (re)ubican a las enfermeras en un segundo plano. Las (re)subordinan obligando a justificar la necesidad de politizar sus realidades en base a las contribuciones que realizan con relación a *otros*, en beneficio de los pacientes y, sobre todo, en beneficio de las organizaciones de salud. Enfatizan el deber y olvidan el derecho, el derecho a disponer de un espacio en el que, desde una posición de insubordinación (Rankin, 2009) y de asunción del riesgo y de la apuesta (Laperrière, 2018), quepa para ellas la oportunidad de deshacerse de la suspensión o de la puesta entre paréntesis de la injusticia a la que se ven sometidas.

Las enfermeras olvidan, en definitiva, el derecho a disponer de un espacio en el que puedan situarse en el mapa a sí mismas primero; en el que puedan cuestionar su entorno, no solamente impugnándolo, sino transformándolo (Leeb, 2017; Morley & Jackson, 2017); en el que eviten cerrar de forma prematura las posibilidades de definir quiénes son, quiénes quieren ser, qué necesidades tienen, dónde quieren llegar y cómo llegarán hasta ahí (Martin, 2015; Vitiello, 2016); y en el que mantengan una relación consigo mismas que abra oportunidades para buscar y hacer realidad su emancipación individual y colectiva (Moya, 2005).

La politización del orden institucional al que las enfermeras se enfrentan y de las experiencias que hacen de él permite, en definitiva, la creación de un espacio desde el que el reconocimiento de la injusticia sea posible y desde el que la injusticia sea considerada como combatible, siendo este el proceso que otorga el impulso necesario para que quienes

se ven afectados por ella se conviertan en agentes y emprendan no solamente de forma individual, sino también de forma colectiva, una acción basada en la imaginación de escenarios en los que otras formas de *ser* y de *hacer* son posibles (Chinn & Kramer, 2011; Fraser, 1995; Rankin, 2009).

La apatía política con la que el colectivo enfermero es a menudo tachado supone un reto para estos propósitos (Des Jardin, 2001). Las enfermeras no son, en realidad, completamente pasivas. Ellas tienen expectativas políticas, luchas pendientes en las que comprometerse y reivindicaciones por hacer que no pueden ser abordadas si no es cruzando las líneas existentes entre la expectativa y la acción, entre la inercia y el movimiento, entre la subordinación y la emancipación. El filósofo político Todd May (2008, p. 1) argumenta, en este sentido, que «nuestra era es una era de pasividad política, pero que no lo es siempre, ni en todas partes, ni para todo el mundo»<sup>1</sup>.

El análisis de cómo las enfermeras, a pesar de encontrarse acechadas por la injusticia en las organizaciones de salud, despliegan su agencia política en ellas cuando estas no se mantienen en resonancia con su *ethos* profesional juega aquí un papel fundamental y es que permite comprender la singularidad de sus experiencias como agentes capaces de movilizar, de (re)pensar y de transformar los discursos que restringen la expresión de sus subjetividades, que impiden la formulación de sus significados y necesidades y que generan tensiones, conflictos e incertidumbres en relación a sus posibilidades reales de emancipación (Abrams, 1999; Krause, 2011; Sewell, 1992).

La necesidad de que las enfermeras se dejen emerger como sujetos políticamente activos que no solamente son construidas por el mundo que las rodea, sino que también lo construyen; que cuestionan la posición que ocupan en las estructuras que conforman las organizaciones de salud; que adoptan una actitud reflexiva sobre su condición en ellas preguntándose si están donde realmente quieren estar; y que hacen frente, con una mirada emancipadora, a su propia transformación y a la de su realidad devienen, sin que ello

---

<sup>1</sup> Si no se indica lo contrario, las traducciones de textos en lengua no española corren a cargo de la autora.



implique entrar en una dinámica de culpabilización y de responsabilización, una necesidad de primer orden (Fine & Lois, 2012; Vitiello, 2016).

La perspectiva de quienes sufren la injusticia puede ser la perspectiva más importante a la hora de construir organizaciones más justas y a la hora de investigar sobre cómo construirlas (Meara, 2001). Las enfermeras no deberían, de este modo, encontrarse nunca lejos de la teorización, de la investigación empírica ni tampoco de la práctica puesto que no se ubican sino en la mejor posición para generar una mirada emancipadora orientada hacia ellas mismas, hacia sus necesidades y hacia su futuro como profesionales en las organizaciones de salud. Nadie más lo puede hacer ni lo hará por ellas.

Las enfermeras deberían ser capaces de posicionarse en primer lugar, de cuidar de sí mismas y de abogar por sí mismas antes de cuidar y de abogar por los demás como una práctica ética de despliegue de su agencia política desde la que responder a las formas de injusticia a las que se ven sometidas en las organizaciones de salud (Perron, 2013) y desde la que construir en ellas una noción de justicia cuyos efectos se resientan más allá de sus muros y es que la injusticia que acecha a las enfermeras representa, también, una injusticia social. Como Martin Luther King escribió en 1963 en su carta desde la prisión de Birmingham:

La injusticia cometida en cualquier lugar constituye una amenaza a la justicia en todas partes. Estamos inmersos en una red indestructible de relaciones mutuas, atados a un mismo destino. Cualquier cosa que afecte a una persona de manera directa, afecta indirectamente a todos.  
(King, 1963, p. 1)

La construcción de una organización de salud justa en una sociedad injusta no es tarea fácil (Loewy, 1998) y es que nunca puede construirse la organización más justa, sino la más justa posible en el momento presente, con los agentes disponibles y con las situaciones o factores estructurales disponibles. El fomento de la comprensión desde la perspectiva de las propias enfermeras de lo que se necesitaría para crear organizaciones libres de injusticia forma parte de la creación de una voluntad política, de una agencia política, para realizar cambios sociales radicales que apunten hacia su emancipación (Wright, 2010).

El desarrollo de un sentido de justicia social y política, de un sentido de agencia política y de un sentido de resonancia no representa un proceso innato ni espontáneo, ni tampoco un proceso que pueda ser alcanzado de una vez por todas, sino un proceso que se dibuja, en palabras de Vitiello (2016, p. 223), «en forma de dinámica sin fin previsible, de movimiento que no se para nunca —o más bien que no debe pararse nunca—, el de una producción que vuelve a empezar sin cesar en búsqueda de la emancipación», y, como argumenta Fraser (1997a), salvo que nos guíemos por esta concepción ahora, nunca estaremos más cerca de alcanzarla.

## **1.2. El objetivo de la investigación**

Esta tesis doctoral tiene como objetivo general:

Explorar la dimensión política agencial de las enfermeras para, a través de sus discursos, conocer cómo proyectan la idea de justicia social y política en las organizaciones públicas de salud y cómo se enfrentan a los retos e incertidumbres de (re)pensar el orden institucional dentro de ellas cuando este no resuena con su *ethos* profesional

Este objetivo general permitirá comprender, entonces, cómo las enfermeras expresan individual y colectivamente su agencia política en las organizaciones de salud que habitan para construir en su interior un marco propio de justicia social y política desde el que su emancipación como profesionales de la salud sea contemplada como posible tomando en consideración los retos y las incertidumbres que, con relación a sí mismas y a la matriz económica, política, social y cultural en la que se encuentran inmersas, orbitan, a modo de obstáculos a superar, en torno a este complejo fin.

## **1.3. Las preguntas de investigación**

La pregunta de investigación principal que guía el flujo de la presente tesis doctoral es a la luz de su objetivo general:

¿Cómo despliegan las enfermeras su agencia política para construir un marco de justicia social y política en las organizaciones públicas de salud y para enfrentarse a los retos e incertidumbres de (re)pensar su orden institucional cuando este no resuena con su *ethos* profesional?

La pregunta de investigación precedente se escinde con el fin de poder ser respondida en las siguientes preguntas específicas de investigación:

- ∴ ¿Cómo construyen las enfermeras su identidad con relación a la cuestión de la justicia en las organizaciones públicas de salud?
- ∴ ¿Cuáles son los elementos que, desde la mirada particular de las enfermeras, se articulan como marcadores de (in)justicia definiendo el orden institucional de las organizaciones públicas de salud?
- ∴ ¿Qué aspiraciones proyectan las enfermeras con relación a la construcción de organizaciones públicas de salud justas? ¿Qué diferencias discursivas emergen entre ellas?
- ∴ ¿Cuáles son los elementos que las enfermeras identifican como catalizadores y barreras hacia la construcción de sus aspiraciones de justicia en las organizaciones públicas de salud? ¿Qué patrones explicativos existen, desde sus perspectivas, bajo ellos?
- ∴ ¿Qué orientaciones presentan las prácticas discursivas emprendidas por las enfermeras para alcanzar sus aspiraciones de justicia en las organizaciones públicas de salud? ¿Qué puntos de confluencia, divergencia y tensiones discursivas se identifican entre ellas?

#### **1.4. La posición epistemológica**

La *epistemología* se define como una disciplina filosófica que tiene como objeto de conocimiento las formas de conocer y que se cuestiona, de manera específica, cuál es la naturaleza de la relación entre quién conoce y aquello que puede ser conocido (Guba & Lincoln, 1994). Esta tesis doctoral orbita, en este sentido, en torno a conceptos clave que van emergiendo paulatinamente en los capítulos que se siguen y que se corresponden con la justicia, con la agencia política, con la resonancia y con la emancipación, conceptos que, inscritos en una dimensión crítica y política, encajan en el molde del paradigma de investigación de la teoría crítica.

Los *paradigmas de investigación* son definidos como construcciones que representan las diferentes formas a través de las que las investigadoras comprenden el mundo que las rodea, el lugar que en él ocupan y las relaciones que con él pueden establecer (Denzin & Lincoln, 2005). Guba y Lincoln (1994) diferencian cuatro paradigmas que guían la

investigación cualitativa, siendo estos el positivismo, el pospositivismo, la teoría crítica y el constructivismo. Cada uno de ellos se construye en base a cuatro cuestiones interrelacionadas cuya respuesta determina la posición que las investigadoras adoptan para abordar el fenómeno de estudio en el que se interesan (Denzin & Lincoln, 2005).

La cuestión axiológica pregunta, en primer lugar, cómo son las investigadoras en tanto que personas morales en el mundo. La cuestión ontológica interroga, en segundo lugar, cuál es la forma y la naturaleza de la realidad y del ser humano en el mundo. La cuestión epistemológica responde, en tercer lugar, a cómo las investigadoras conocen el mundo y cuál es la relación que se mantiene entre las investigadoras y aquello que puede ser conocido. La cuestión metodológica indaga, en cuarto lugar y finalmente, en cuáles son, entre los posibles, los mejores medios para adquirir conocimiento sobre el mundo (Guba & Lincoln, 1994).

El paradigma crítico se caracteriza desde un punto de vista axiológico por considerar el conocimiento como transaccional e intrínsecamente valioso para la liberación de la opresión y del espíritu humano, para la emancipación social y para el desarrollo de una sociedad sin injusticia (Lincoln et al., 2017), valores que invaden la presente tesis doctoral puesto que esta se interesa, específicamente, en comprender cómo, en el contexto de un sistema microsocioal como pueden ser las organizaciones públicas de salud, las formas de injusticia que afectan a las enfermeras se (re)producen dificultado o impidiendo su emancipación individual y colectiva.

La ontología a la que responde el paradigma crítico se sitúa en el realismo histórico y entiende la realidad como dinámica, construida y moldeada en torno a valores políticos, económicos, sociales, culturales, étnicos y de género que cristalizan en estructuras que, en el momento presente, son consideradas como reales, naturales e inmutables. Estas estructuras conducen, concretamente, a relaciones de privilegio y de opresión basadas en alguno o en varios de los determinantes que definen el estatus de los individuos, como en este caso lo es la disciplina profesional que una ejerce en las organizaciones públicas de salud (Guba & Lincoln, 1994).

El paradigma crítico se caracteriza desde un punto de vista epistemológico por ser transaccional y subjetivista, por establecer y mantener entre las investigadoras y el problema de investigación una relación interactiva y constante que, inevitablemente,

ejerce influencia sobre ellas y por desembocar en hallazgos mediados por valores. La creencia en la premisa de que el conocimiento conceptual, teórico y empírico que se genera a través de los resultados de la investigación tiene potencial para dar un paso más hacia la ruptura de las estructuras de injusticia que atrapan a las enfermeras en las organizaciones públicas de salud acompaña el transcurso de esta tesis doctoral (Guba & Lincoln, 1994).

La metodología a la que responde el paradigma crítico se fundamenta en un proceso dialéctico y dialógico establecido entre las investigadoras y el fenómeno de estudio permitiendo, de este modo, la transformación de la ignorancia y de las ideas naturalizadas en una consciencia más informada que, en última instancia, posibilita la transformación social (Guba & Lincoln, 1994). Las técnicas de recogida de datos escogidas para llevar a cabo esta tesis doctoral aseguran el reconocimiento y la atribución de voz a las enfermeras y su inducción en un cuestionamiento en el que la (re)ordenación de los aspectos de sus mundos interiores y del mundo exterior puede conducir al cambio social.

Esta tesis doctoral inscrita, entonces, en el paradigma crítico asume las premisas estipuladas por Kincheloe y Steinberg (1997) según las que:

- ∴ Todo pensamiento se encuentra mediado por relaciones de poder que han sido social e históricamente construidas.
- ∴ Ningún fenómeno puede aislarse del dominio de los valores ni ser extraído de su inscripción ideológica.
- ∴ La relación entre el concepto y el objeto y entre el significante y el significado nunca es estable o fija y, con frecuencia, está mediada por las relaciones sociales de producción y de consumo capitalistas.
- ∴ El lenguaje es fundamental en la construcción de la subjetividad consciente e inconsciente.
- ∴ Ciertos grupos sociales resultan privilegiados con relación a otros y la opresión que se deriva de ello en las sociedades contemporáneas es reproducida cuando los individuos subordinados aceptan su condición social como natural, necesaria e inevitable.

- ∴ La opresión presenta múltiples dimensiones y focalizar la atención en una de ellas a costa de las otras desencadena la omisión de las interconexiones entre ellas.
- ∴ Las prácticas investigadoras dominantes implican, aunque a menudo de forma no deliberada, la (re)producción de los sistemas de opresión de clase, raza y género.

Las premisas anteriores permiten comprender que la investigación que aspira a ser crítica debe representar una lucha contra la injusticia social (Kincheloe & McLaren, 2005) y que las investigadoras o teóricas que aspiran a ser críticas deben asumir una actitud que, lejos de ser contemplativa, sea propia de una responsabilización y de un compromiso ético y político desde el que los resultados de sus trabajos sirvan como instrumentos transformadores y emancipadores para romper con las estructuras políticas, económicas, sociales y culturales que limitan la humanidad y que originan conflictos y enfrentamientos (Guba & Lincoln, 1994; Reeves et al., 2008; Sayer, 2009).

La presente tesis doctoral representa, en este sentido y en definitiva, una forma de activismo social y político por medio del que las investigadoras pretenden luchar contra la injusticia y por la justicia dentro y fuera de las organizaciones públicas de salud manifestando hacia el exterior de sí y a través del proceso investigador una preocupación por lo que es y lo que podría ser, pero todavía no es (Kincheloe & McLaren, 2005), con relación a la (in)justicia social y política en los espacios que las enfermeras ocupan y en los que se ocupan, así como con relación a su emancipación individual y colectiva en ellos (Fontana, 2004).

## **CAPÍTULO II. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

«Ningún descubrimiento se haría ya  
si nos contentásemos con lo que sabemos»

Lucio Anneo Séneca (5 a.C – 65 d.C)

El segundo capítulo de esta tesis doctoral tiene como propósito presentar el resultado del proceso iterativo de búsqueda y de revisión de la literatura por medio del que hemos situado el problema de investigación; descubierto las variables más relevantes sobre él; identificado las metodologías y técnicas de recogida de datos utilizadas en su exploración; delineado las relaciones entre sus aspectos teóricos y prácticos; distinguido aquello que ha sido considerado de aquello que aún no lo ha sido; destacado la importancia teórica y práctica del fenómeno de estudio investigado; y obtenido un cuerpo de conocimiento desde el que, más adelante, discutir los resultados de la investigación (Hart, 2018).

El proceso de revisión de la literatura, pese a su proceder sistemático y mecánico, requiere, como sugiere Hart (2018), poner al uso la imaginación en la investigación. La mirada que proyectamos a través de ella es, en este sentido, una mirada amplia, abierta a las ideas, a los métodos y a los argumentos hallados —independientemente de cómo, de dónde y a partir de quién hayan sido originados— y aventurera en su objetivo por delinear vínculos entre las ideas encontradas, pero también por seguirles la pista para descubrir hasta dónde nos conducen, trazando un hilo conductor en torno al que articularlas de manera coherente.

La primera sección de este capítulo, «2.1. Las enfermeras, entre fuerzas, en un punto de inercia» (p. 41), se ocupa de explorar el escenario actual de fuerzas político-económicas, profesionales y de género en el que las enfermeras y sus realidades se encuentran inmersas en las organizaciones de salud. Esta primera sección se sigue de una segunda sección, «2.2. Las cuestiones estratégicas del discurso» (p. 56), en la que se informa acerca de qué entendemos por discurso en el transcurso de la investigación, de qué relación mantiene con las cuestiones debatidas en la precedente sección y de qué puede aportar la aproximación que de él hacemos al conjunto de la investigación.

La tercera sección de este capítulo, «2.3. La agencia: de la falta de impulso y la inercia al movimiento y la acción» (p. 60), presenta el concepto de agencia e indaga en las diferentes contribuciones que, a un nivel teórico, han sido desplegadas sobre él desde diferentes campos de conocimiento. La intención de esta sección es también la de vehicular a partir de los hallazgos de la literatura una definición de agencia política, la de describir cómo esta se encuentra representada en el campo de los estudios en enfermería y la de tratar de explicar por qué es, en este último, una noción escurridiza.



La cuarta y última sección de este capítulo, «2.4. La justicia organizacional situada entre la descripción y la normatividad» (p. 71), se encarga, por una parte, de explorar las principales teorías usadas en la literatura para abordar la temática de la justicia organizacional y de indagar en sus limitaciones y perversiones, y, por otra parte, de argumentar la necesidad de migrar desde los tradicionales enfoques descriptivos sobre la justicia organizacional hacia los enfoques normativos sobre la misma apoyando la necesidad de (re)considerar el marco de justicia a instaurar en las organizaciones de salud.

### **2.1. Las enfermeras, entre fuerzas, en un punto de inercia**

La metáfora de la jaula de pájaros de la filósofa y teórica feminista estadounidense Marilyn Frye (1941) resulta de gran utilidad para comprender cómo las enfermeras se encuentran inmersas en un espacio en el que parecen no ser dueñas de sí mismas y en el que se sitúan orbitando por inercia sin ser apenas conscientes de ello:

Consideremos una jaula de pájaro. Si observamos muy de cerca un solo alambre de la jaula, no podremos ver los otros alambres. Si nuestra concepción de lo que está delante de nosotros está determinada por este enfoque miope, podremos mirar ese alambre, de arriba a abajo, y no podremos ver por qué un pájaro simplemente no volaría alrededor del alambre cada vez que quisiera ir a algún otro lugar (...) Es solo cuando retrocedemos, cuando dejamos de mirar los alambres uno por uno, microscópicamente, y tomamos una vista macroscópica de toda la jaula, que podemos ver por qué el pájaro no va a ningún lado. (Frye, 1983, p. 5)

La compleja red de fuerzas de diferente índole en torno a las que las enfermeras se dejan girar desde antaño controla su presente y su futuro colonizando la profesión que ejercen no solamente desde el exterior, sino también desde el interior (McAllister et al., 2014). Las enfermeras estarían participando, así pues, por medio de sus prácticas, en la constitución y la factibilidad de las instituciones y de los sistemas que ellas mismas reconocen como sus fuentes de opresión, contribuyendo, entonces, a reproducir las dinámicas de injusticia por las que, individual y colectivamente, se sienten acechadas (Dubrosky, 2013; Holmes et al., 2013; Holmes & Gastaldo, 2002).

Briskin (2012) señala que son tres los marcos temáticos alrededor de los que puede articularse la discusión acerca de las fuerzas que afectan a las enfermeras: el sistema político-económico neoliberal; la profesión, la profesionalización y el profesionalismo; y las normas y las prácticas patriarcales. Estos tres marcos temáticos representan la razón de la división de la presente sección en tres subsecciones. La enunciación escindida de las mismas responde a una estrategia puramente analítica puesto que las tres emergen de una manera especialmente imbricada en la práctica, resultando complicado discernir el punto en el que una finaliza y las demás comienzan.

### **2.1.1. Las políticas neoliberales en el sistema de salud**

El *neoliberalismo* es un concepto que sirve para nombrar de forma crítica e incisiva un discurso dominante, iniciado en la década de los años setenta, basado en ideas y prácticas político-económicas renacidas de la doctrina liberal que sugieren que la mejor manera de promover el florecimiento y el bienestar humano, la paz y la prosperidad global consiste en crear las condiciones más favorables para el desarrollo de las libertades y capacidades individuales, el crecimiento laboral, la apuesta por las innovaciones tecnológicas y las colaboraciones transnacionales en un marco institucional en el que el Estado transforma su papel para favorecer los mecanismos y los derechos de propiedad privada, de libre mercado y de libertad de comercio (Barnett, 2005; Chomsky, 2001; Harvey, 2005; Springer, 2012).

Los cuatro principios que guían la orientación y el funcionamiento de este sistema político-económico son, así pues, el individualismo, la privatización, la desregulación y la descentralización (Brody, 2014; Eliason, 2015; Glynos, 2014; McGregor, 2001). Estos principios, promotores aparentemente del ideal de libertad individual, convierten el discurso neoliberal en un discurso seductor. Ofrecen la primera impresión de que en un sistema gobernado por él todo está bajo control. El neoliberalismo sintoniza con las ideas de consenso, paz, trabajo, seguridad y bienes de consumo y se aleja del disenso, del conflicto y de la inestabilidad (Lundberg, 2015).

El pensamiento neoliberal muestra muy pronto, no obstante, sus perversiones. Las preocupaciones por las relaciones de interdependencia entre el crecimiento económico, la equidad, la justicia social, la democracia participativa y la sostenibilidad son en él inexistentes. Este sistema político-económico no se responsabiliza de las consecuencias

que genera, siendo las principales, una marcada desigualdad social y económica, un incremento de la pérdida de las naciones y pueblos más pobres del mundo, un desastre en las condiciones ambientales globales, una economía mundial inestable y una bonanza sin precedentes para los segmentos más ricos de la población (Chomsky, 2001).

Las cuestiones precedentes sugieren que comprender el neoliberalismo implica ser capaz de observar el mundo a través de la lente de la teoría económica, o más bien, del mercado (Mannion et al., 2005), así como ser capaz de concebir los efectos que este produce no solamente en los procesos económicos, sino también en los procesos políticos, sociales y culturales (Baru & Mohan, 2018), incluidos los que atraviesan los muros que delimitan las fronteras de las organizaciones de salud para impactar sobre las prácticas microestructurales de los profesionales que hacen posible la prestación de cuidados en salud.

Las organizaciones de salud no existen, en este sentido, de forma aislada, sino que se enmarcan en el interior de sistemas mucho más amplios de los cuales dependen, no siendo así capaces de escapar de las intrusivas prácticas de mercado. Los principios y los valores del discurso neoliberal y su reconocida filosofía de «vamos a contar y a olvidar el resto» (Bode, 2019, p. 147) colonizan, así pues y también, el sistema sanitario público desencadenando en su interior un profundo cambio de valores que transforma el sentido atribuido a la noción de salud y a todo aquello que la rodea (Chomsky, 2001; Krol & Lavoie, 2014; Mahon & McPherson, 2014).

La salud deja de ser considerada, a este respecto, un bien público para convertirse en un bien de consumo, una transacción de mercado, una mercancía (Brody, 2014). La redefinición de la salud como producto en venta conduce a la implementación de una serie de reformas en el sistema de salud orientadas hacia la eficiencia, la racionalidad y la previsibilidad, un entramado de ideas que se asienta en las organizaciones de salud para imperar en ellas seduciendo a los agentes que las habitan —y, entonces, también a las enfermeras— convenciéndolos de los beneficios que de él se desprenden (Gibb, 1998; Nicklin, 2000).

El énfasis dispuesto sobre la necesidad de invertir esfuerzos, sobre todo individuales, para asegurar la eficacia, la eficiencia, la calidad y el manejo del riesgo del sistema de salud por medio de la promoción de la autonomía profesional, de la creación de

oportunidades de especialización profesional, de la sistematización y protocolización de los cuidados, de la adherencia a las innovaciones tecnológicas, del consumo responsable de recursos o de la atribución de voz a los pacientes, entre otros, resultan, pese a su ascendencia neoliberal, ideas atractivas y complicadas de cuestionar (Gonçalves et al., 2015; Ives, 2015; Nelson & Purkis, 2004; Traynor, 2002).

La sonoridad ilusoria de estas ideas, muy extendidas en las organizaciones de salud, hacen pensar, incluso, en el potencial que el sistema político económico neoliberal podría estar albergando para construir un entorno de cuidados coherente con el *ethos* profesional de las enfermeras. Estas ideas camuflan, sin embargo, un interés por la productividad y una serie de principios relacionados con el individualismo y la competitividad que las convierten en narrativas que las enfermeras y otros profesionales adoptan, de forma ciega, sin conocer plenamente cuál es su procedencia, siendo esta, de hecho, la clave de su éxito (Bell & Green, 2016; Brody, 2014; Rudge et al., 2011).

La revisión de la literatura revela, desde una mirada especialmente crítica, los efectos que, en este sentido, las políticas neoliberales pueden tener para las enfermeras —sus identidades y sus prácticas— y para la profesión enfermera en general (Gibb, 1998). Estos efectos tienen que ver con el ajuste que estas deben manifestar hacia una multitud de reestructuraciones vinculadas a la reinterpretación de la orientación del sistema de salud, al funcionamiento de las organizaciones que lo conforman, a la construcción identitaria de los pacientes y a las consecuencias que dichas políticas presentan a escala global sobre la salud de la población.

El sistema de salud, guiado por principios de productividad y de rentabilidad (Rudge, 2011, 2013), se aleja, por una parte, de las actividades primarias de promoción, de educación y de prevención de la salud para focalizarse sobre las actividades secundarias y terciarias basadas en tratamientos biomédicos, biotecnológicos y farmacéuticos para tratar la enfermedad (Brody, 2014). Este giro de prioridades tiene una especial repercusión para los mandatos profesionales que buscan abogar por los valores público-colectivos como la justicia social, la participación pública en la toma de decisiones y las acciones sobre los determinantes sociales de la salud (Duncan et al., 2015).

El propio funcionamiento de las organizaciones de salud las convierte, por otra parte, en entornos altamente regulados. El trabajo de las enfermeras se fragmenta, se desvincula

de las funciones de cuidado —comprendidas desde una perspectiva amplia y plural— y se reduce a la expresión de habilidades técnicas y medibles, aplicadas de manera estandarizada y sobre una base protocolizada asociada a un sinfín de procedimientos de naturaleza burocrática que transforma los roles profesionales en listados casi inmanejables de tareas a realizar en el transcurso de las jornadas laborales (Foth & Holmes, 2016; Johnsen, 2015; Krol & Lavoie, 2014; Molina-Mula et al., 2017).

El ideario neoliberal no logra capturar, entonces, ni la amplitud ni el valor del trabajo enfermero (Allen, 2015). El tiempo es, en este sistema político-económico, demasiado valioso y escaso para ser dedicado a funciones reconocidas de forma errónea como siendo poco o nada productivas, tales como la elaboración de planes de cuidados en la esfera de la prevención, de la promoción y de la educación de la salud o, de forma más elemental, en la esfera del acompañamiento. El valor social de las mismas es omitido y descuidado a expensas de la conveniencia comercial (Bendix et al., 2018; Bode, 2019; Drummond, 2000; Grant, 2014; Lundberg, 2015).

Las prácticas, pero también las identidades de las enfermeras se ven, en este marco, reconstituídas. Las enfermeras encarnan, de este modo, la construcción ideal típica del sujeto neoliberal (Alvesson & Willmott, 2002; Read, 2009). Foth y Holmes (2016) sostienen, en este sentido, que el neoliberalismo tiene más que ver con la transformación de los individuos en sujetos apropiados, es decir, en sujetos de mercado que piensan, actúan y abordan todos los aspectos de la vida como si fuesen *homo oeconomicus* y que las enfermeras hacen especialmente muestra de ello en el contexto de las organizaciones de salud.

La profesión enfermera está siendo reformada, de este modo, para que quién la ejerce abandone su faceta de agente terapéutico involucrado en interacciones humanas cualitativamente ricas y diversas (Gibb, 1998) para convertirse en miembro de un cuerpo profesional no autónomo (Blythe et al., 2001; Udod & Racine, 2014) y dócil (Davies, Browne, Gannon, Honan, & Somerville, 2005), para convertirse en un trabajador técnico, no reflexivo (Gibb, 1998), alienado (Rudge, 2011), multifuncional, versátil, eficiente y efectivo en el sentido administrativo, comercial y de los negocios (Carvalho, 2012; Cope et al., 2016).

Este nuevo sujeto, cuya ambición es la adaptación exitosa al marco neoliberal (Cugueró-Escofet & Rosanas, 2017), deviene irreconocible para las enfermeras. Pierde o pone en riesgo de pérdida el fundamento ontológico y epistemológico de la profesión (Herdman, 2004), una vivencia a la que las enfermeras se enfrentan mostrando sentimientos de sufrimiento moral por no sentirse capaces de cuidar de los pacientes de acuerdo a sus estándares personales y profesionales (Austin, 2011; Peter & Liaschenko, 2013) y que, a menudo, se acompaña, peligrosamente, de sentimientos de autorrealización por sentirse capaces de cumplir con las expectativas y exigencias del sistema (Germov, 2005).

Las relaciones intraprofesionales e interprofesionales en los equipos de salud se encuentran, asimismo, atravesadas por los principios neoliberales. Las relaciones entre las enfermeras, pero también entre las enfermeras y otros profesionales, se fragmentan, son más distantes y menos solidarias. Dejan de regirse por las premisas de la práctica colaborativa en salud (Reeves et al., 2010) para adherirse a premisas que denotan la presencia de un fuerte individualismo en el marco de un entorno altamente instrumental y profundamente competitivo (Blythe et al., 2001; Gibb, 1998; Gonçalves et al., 2015; O'Connor, 2017).

Las relaciones que los profesionales establecen con los pacientes se encuentran, ellas también, transformadas en la medida en la que lo hacen las identidades de estos últimos. Los pacientes dejan de ser considerados como tales para ser concebidos como clientes o consumidores a los que hay que servir en tanto que casos con determinadas condiciones médicas y cualidades funcionales o, incluso, como camas, ingresos o altas culpables de sus problemas de salud (Hau, 2004; Zupančič, 2015). Esta circunstancia promueve sobre ellos una noción de autonomía que se aleja de la emancipación, que se acerca del abandono y en la que las enfermeras participan de manera activa (Gurrieri et al., 2014).

La revisión de la literatura revela que la invasión del sistema de salud por parte de los principios neoliberales afecta, asimismo y de manera inevitable, las condiciones de ejercicio profesional de las enfermeras. El ritmo al que deben trabajar, el volumen de trabajo que deben asumir y las adaptaciones que deben hacer respecto a los avances tecnológicos no cesan de aumentar (O'Keefe-McCarthy, 2009), mientras que los tiempos de descanso, la disponibilidad de profesionales en los entornos, la cantidad y la calidad

de los recursos materiales y de los espacios de práctica y el valor de su remuneración no cesan de disminuir (Carvalho & Santiago, 2009; Souza et al., 2017).

Las organizaciones de salud priman, de este modo, su productividad y su eficiencia imponiendo una cultura basada en que se puede —y se debe— hacer más con cada vez menos y asumiendo que las enfermeras participarán incondicionalmente en ella. Esta cultura desencadena, sin embargo, efectos paradójicos, contrarios a los objetivos de eficiencia perseguidos y es que las tasas de rotación de personal, las bajas laborales y los abandonos de los puestos de trabajo —e incluso de la profesión— se encuentran en continuo ascenso (Gonçalves et al., 2015; Souza et al., 2017). Germov (2005) describe esta situación como la *irracionalidad de la hiperracionalidad*.

Los efectos de las políticas neoliberales se perciben, finalmente y también, en los ámbitos de la investigación en salud y de la educación de los profesionales de la salud. En el ámbito de la investigación, el renombrado *publicar o perecer* —criterio capitalista de producción científica— aparece cada vez con mayor fuerza abocando la actividad investigadora en una cultura que bloquea la creatividad y la innovación, que fomenta la práctica de repetición y que sobreestima aquello cuantitativo manteniendo al margen aquello cualitativo (Lino et al., 2017). La presente revisión de la literatura ha hecho, en sí misma, muestra de ello.

Las investigaciones llevadas a cabo en el campo de la enfermería destacan, en su mayoría, por la producción de un conocimiento que, sin anhelo de crítica, se dirige al estudio de cómo las enfermeras pueden ajustarse al sistema para que este funcione, sin mostrar indicios de que existan intenciones de derrocarlo (Rudge, 2011). Los esfuerzos investigadores se dedican, así pues, al desarrollo de estrategias de adaptación que ponen en riesgo de extinción los propósitos de transformación microestructural —pero dirigidos al cambio social— que tanto podrían mejorar la vida de las enfermeras y de la sociedad en su conjunto (Gastaldo, 2019).

El ámbito de la educación, por último, aparece cada vez más dominado por dinámicas de aprendizaje orientadas hacia el desarrollo de un entramado de competencias inspiradas en el modelo neoliberal que «la enfermera» —expresamente en singular— necesita aprender y demostrar para poder funcionar en las organizaciones de salud de la forma en que estas últimas esperan que lo haga. La educación de los futuros profesionales de la

salud se convierte, de este modo, en un instrumento político para redefinir y gobernar las profesiones (Foth & Holmes, 2016), una apreciación que se superpone a la segunda fuerza que, vinculada a la profesión, la profesionalización y el profesionalismo, Briskin (2012) señala que afecta a las enfermeras.

### **2.1.2. La profesión, la profesionalización y el profesionalismo**

La investigación sociológica en torno a la cuestión de los colectivos profesionales ha teorizado de manera amplia sobre tres conceptos que, pese a aludir a cuestiones distintas, son usados muy a menudo de una forma que no toma en consideración la comprensión de la complejidad de sus significados y de sus implicaciones. Estos tres conceptos se corresponden, concretamente, con los términos de *profesión*, de *profesionalización* y de *profesionalismo* (Evetts, 2011). La relación que estos mantienen con la enfermería se revela en la literatura como una relación basada en el cuestionamiento e, incluso, en la disputa.

La *profesión* se define como una ocupación formada por profesionales que poseen un cuerpo propio de conocimientos basado en teorías y técnicas complejas que han sido aprendidas a través de un extenso periodo de educación universitaria; que desempeñan un servicio dotado, de forma inherente, de un valor social indispensable; que se encuentran al servicio de la sociedad y de si mismos; que presentan un alto grado de autonomía, autorregulación y autodeterminación en lo que concierne a sus roles; que demuestran compromiso con su trabajo; que comparten un sentimiento de comunidad; y que responden a un código de ética que define sus valores centrales (Cribb & Gewirtz, 2015).

El cumplimiento de las características precedentes se opera, entonces, como un marcador que traza una línea de separación entre la que puede ser considerada como una profesión y la que tiene que ser considerada como una ocupación. El cumplimiento del criterio vinculado a la autonomía, la autorregulación y la autodeterminación ha puesto y sigue poniendo en tela de juicio al colectivo enfermero (Crowder, 1985; Freidson, 1986; Keogh, 1997). El ruido producido por los «es una semiprofesión», «es un arte» o «es una simple vocación» acompaña, en este sentido, a las enfermeras en su lucha por la revalorización de su estatus profesional (Rutty, 1998).



La *profesionalización* se define como el proceso por el que una ocupación adquiere de forma progresiva la expertía, la autonomía, el reconocimiento profesional, el prestigio social, la recompensa económica y el poder necesarios para elevar su estatus al de una profesión. Las distintas estrategias que han permitido el avance de la enfermería hacia su profesionalización se relacionan con la migración de su formación desde las instituciones sanitarias hacia los centros de educación superior; el requisito universitario como credencial de acceso a la práctica; la creación de estándares profesionales; el desarrollo de conocimientos específicos; la elaboración de un código de ética para guiar la práctica profesional; la promoción de la autonomía profesional; y la consolidación de organizaciones profesionales para la defensa de la profesión (Gunn et al., 2018).

Las enfermeras han apostado históricamente por enfatizar a través de sus narrativas los valores del cuidado holístico, de la vocación, pero también del sacrificio personal, como marcas identitarias desde las que avanzar hacia su profesionalización (Miró, 2008). Esta forma de estrategia dirigida a la búsqueda de un estatus, de un respeto y de una autoestima, a la que Nelson (2011) se refiere con un tono crítico con la expresión de la *ruta de la virtud*, se revela, no obstante, como problemática, como teniendo efectos paradójicos, contraproducentes, en el camino de las enfermeras hacia el alcance de su legitimidad social.

La defensa de estas marcas identitarias, con claras alusiones al *ethos* femenino, socava los conocimientos de los que se acompañan las prácticas de las enfermeras contribuyendo, de este modo, a la invisibilidad no solamente de la complejidad de su trabajo, sino de su trabajo al completo (Allen, 2015; Nelson, 2011). Turkoski (1995) señala esta situación como una forma de autocoerción, es decir, como una forma de acción que refuerza las desigualdades y asimetrías preexistentes por razón de disciplina renovando, de manera no intencional, la condición de subordinación de las enfermeras en el interior de las organizaciones de salud y del sistema de salud en su conjunto.

Los cambios político-económicos asociados al neoliberalismo han hecho emerger, no obstante y ante la amenaza de la no supervivencia de la práctica enfermera al racionalismo económico (Nelson, 2011), una orientación hacia la profesionalización alternativa,. Esta orientación alternativa aparece anclada a una narrativa de independencia, de autosuficiencia, de autoridad, de liderazgo, de competitividad y de

cientificidad que resuena, esta vez, con el *ethos* masculino (Weedon, 1997; Witz, 1992; Wuest, 1994) y que busca emular las estrategias que han permitido a la medicina alcanzar y mantener su estatus profesional en el sistema de salud (Carter, 1994; Herdman, 2001, 2004; Hoffmann, 1991; Yam, 2014).

Las estrategias que el colectivo enfermero ha emprendido en las últimas décadas y que se han encontrado, concretamente, vinculadas a la clausura profesional y a las prácticas de monopolismo (Gunn et al., 2018), a la rivalidad interprofesional (Abbott, 1988; Khalili et al., 2014), a la expansión del alcance de los roles y funciones profesionales (Carter, 1994) o las presiones por ajustarse a los modelos de práctica basada en la evidencia (Holmes, Murray, Perron, & Rail, 2006b; Nelson & Purkis, 2004; Traynor, 2002) y a las guías de práctica clínica (Holmes, Murray, Perron, & McCabe, 2008) se erigen a través de la literatura como algunas muestras de ello.

La divergencia orientativa de ambas estrategias presenta, no obstante, una limitación común y es que ninguna de ellas reta, altera o escapa de las instituciones dominantes, por lo que no consigue contribuir al desarrollo de una práctica autónoma para las enfermeras (Germov, 2019; Gunn et al., 2018). La primera orientación no (re)considera los fundamentos de la profesión y las bases en torno a las que se generan desigualdades entre las profesiones (Rutty, 1998), mientras que la segunda se adhiere a una forma única de alcanzar un estatus profesional que responde a criterios y a requisitos establecidos por profesiones ocupadas mayoritariamente por varones. Este hecho convierte el proceso de profesionalización de la enfermería en un proceso meramente político que tiene que ver con cuestiones de poder, de control, de estructura social y de explotación sistémica (Brecher, 2014; Cribb & Gewirtz, 2015; Evetts, 2013; Kermode, 1993).

Gunn et al. (2018) argumentan en contra de las orientaciones precedentes que la profesionalización de la enfermería debería servir, más bien, para tratar de promover la calidad y los estándares profesionales y para asegurar la cobertura y la equidad en salud. Disponer de una formación robusta y de un entorno de ejercicio que contemple todos los factores que influyen en el proceso de alcanzar un determinado estatus profesional —las políticas de regulación profesional, la educación, las condiciones laborales, la dominancia médica y la imagen de la profesión transmitida en los medios de comunicación, entre otros— devienen para ello primordiales.

El *profesionalismo* se define, finalmente, como la combinación de las prácticas, las conductas, las actitudes y las cualidades que, puestas en acción, demuestran los valores centrales de una profesión (Gunn et al., 2018). La idea de profesionalismo no representa una idea fija, sino una idea que evoluciona a lo largo del tiempo y que lo ha hecho, concretamente, desde una visión con valor normativo —lo que los profesionales deberían *ser y hacer*— hacia una visión con valor ideológico —lo que los profesionales deben *ser y hacer*— para finalmente convertirse en una fusión de ambos (Evetts, 2013; Hoffmann, 1991; Khalili et al., 2014).

La idea de profesionalismo funciona, en este sentido y a un nivel macro, como una práctica diseñada para reproducir el orden social dominante (Allen, 1986) y, a un nivel micro, como una herramienta de control a distancia. El profesionalismo representa, pues, desde la perspectiva de algunos autores, una forma de disciplinar a los profesionales y de gobernar y alinear sus identidades, sus conductas y sus prácticas para que se ajusten a un entramado de atributos que, en su conjunto, erigen un modelo de enfermera por excelencia capaz de desempeñar sus roles profesionales de una manera eficaz, eficiente y responsable (Wuest, 1994; Yam, 2014).

La profesión, la profesionalización y el profesionalismo con relación a la enfermería se han revelado como conceptos asociados a la promoción de una imagen única y homogénea de lo que debe *ser y hacer* «la enfermera», bloqueando de forma prematura oportunidades para otras formas de *ser y hacer* (Bail et al., 2009; Kermode, 1993). Andrews y Wærness (2011) explican, en este sentido, cómo este escenario puede conducir, paradójicamente, a una situación de desprofesionalización. La fuerza vinculada a las normas y las prácticas patriarcales que, como tercera fuerza y en último lugar afecta a las enfermeras según Briskin (2012), se muestra a través de la literatura como pudiendo mediar en esta cuestión.

### **2.1.3. Las normas y las prácticas patriarcales en las organizaciones de salud**

La historia de la profesión enfermera se encuentra intrínsecamente entrelazada con el género y el valor social que se les atribuye a las mujeres y al cuidado (Collière, 1982; Cooper, 2001; Dubrosky, 2013; Falk Rafael, 1996; Fletcher, 2006). El hecho de que sea percibida y, en numerosas ocasiones defendida, como una profesión femenina y que sea ocupada mayoritariamente por mujeres sugiere que las enfermeras se enfrentan individual

y colectivamente a formas de injusticia similares a las que se enfrentan las mujeres en la sociedad más amplia (Jacobs et al., 2005; Roberts, 1983; Whitehead, 2010).

Las organizaciones de salud no escapan, en este sentido, del carácter patriarcal de la división sexual del trabajo (Kuhn & Wolpe, 1978; Witz, 1990). Los mecanismos de funcionamiento que se operan en su interior remiten a códigos culturales de masculinidad y de feminidad (Allen et al., 2002) que responden a un pensamiento biologicista, es decir, que tratan la división del trabajo como natural, atribuyendo los roles profesionales a cada uno de sus integrantes en base a su sexo (Kuhn & Wolpe, 1978), en base a una dicotomía jerárquica entre razón y pensamiento —codificados como masculinos y públicos— y entre cuerpo y emoción —codificados como femeninos y privados— (Bell et al., 2014; Langendyk et al., 2015; Olson & Brosnan, 2017; Price et al., 2014; Seenandan-Sookdeo, 2012).

La división sexual del trabajo ha condicionado que los roles de las enfermeras hayan sido frecuentemente reducidos al desempeño de funciones de cuidado, estas entendidas como una extensión de las tareas domésticas de las mujeres a una esfera pública que ha heredado, en forma de condición de estatus inferior, el pobre valor de las mismas en la esfera privada (Carter, 1994; Wuest, 1994). Los roles de los médicos han respondido, por su parte, al desempeño de funciones de curar asociadas al diagnóstico, a la toma de decisiones, a la prescripción y a la intervención clínica, estas entendidas como tareas de mayor responsabilidad, vinculadas a los varones, y sobre las que los médicos han asentado su dominancia en sistema de salud (Engel et al., 2017).

Los efectos de la división sexual del trabajo se proyectan, asimismo, en el interior de la profesión enfermera. Ciertos ámbitos de práctica, como los servicios de urgencias, de emergencias extrahospitalarias o de cuidados críticos, son ocupados mayoritariamente por varones por ser los puestos que, en la división vertical del trabajo, presentan mayor prestigio social (Evans, 1997). Estos han sido construidos como ámbitos que, dada la severidad de la condición de salud de los pacientes atendidos en ellos y la proeza necesaria para responder a la elevada presencia de tecnología en ellos, requieren más competencias, más conocimientos técnicos y mayor colaboración interprofesional (Paradis et al., 2014; Rose, 2011).

La proximidad física que supone la colaboración interprofesional en dichos ámbitos ha sido concebida, también, como una aproximación simbólica del colectivo enfermero a la figura médica, al estatus médico y al alcance de su reconocimiento profesional (Evans, 1997; Mosqueda-Díaz et al., 2013). Esta reflexión ha desencadenado la creencia —pronto desmentida— de que en los ámbitos más especializados de las organizaciones de salud la aspiración al aplanamiento de la jerarquía profesional tradicional puede ser una realidad (Haddara & Lingard, 2013; Reeves et al., 2008; Salhani & Coulter, 2009).

Las particularidades de las relaciones entre médicos y enfermeras representan desde antaño un complejo fenómeno de estudio (Carter, 1994; Katzman & Roberts, 1988; Stein, 1967). La asimetría existente en la relación entre ambos profesionales permanece aún visible y se erige como un reto al que se enfrenta la colaboración interprofesional en salud (Price et al., 2014; Reeves et al., 2008; Zwarenstein & Reeves, 2002). La relación entre médicos y enfermeras continúa respondiendo, así pues, a una serie de reglas no escritas, quizás ahora más sutiles, que sitúan de manera ideológica a las enfermeras en una posición de subordinación en las organizaciones de salud (Stein, 1967).

Las normas y las prácticas patriarcales invaden, asimismo, las relaciones que las enfermeras establecen y mantienen con los pacientes. Los pacientes tienden, en este sentido, a valorar y a reconocer de ellas cualidades asociadas al *ethos* femenino como la amabilidad, la simpatía, la gentileza o la devoción. Las enfermeras se sienten, entonces, reconocidas por motivos equívocos (Nelson, 2011). Las imágenes que a través de los medios de comunicación, de las redes sociales y de la industria cinematográfica suelen proyectarse de las enfermeras retroalimentan, por su parte, los estereotipos que circulan a su alrededor y que, muy a menudo, terminan denigrándolas y cosificándolas (Buresh & Gordon, 2013).

Los pacientes, convertidos en clientes dada la redefinición de sus identidades en el contexto neoliberal, proyectan en las organizaciones de salud, además, la expectativa de que las enfermeras se encontrarán a su servicio, cumplirán sus órdenes y atenderán incondicionalmente sus preferencias (Zupančič, 2015). La llamada *cultura de hotel* conduce a la expresión de formas de violencia física y verbal contra las enfermeras (Babiarczyk et al., 2019). Las formas de violencia que, procedentes de los pacientes,

acechan a las enfermeras no responden, así pues, a una cuestión meramente interpersonal, sino a una cuestión que presenta sus raíces en la estructura patriarcal de la sociedad.

La revisión de la literatura revela que los efectos de las reglas y de las prácticas patriarcales se manifiestan más allá de las relaciones entre los profesionales y con los pacientes para expresarse sobre la esfera de la representación de las enfermeras en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud. Los mandos de gestión más elevados y los espacios de liderazgo a los que las enfermeras tienen acceso en el interior de las organizaciones de salud no suelen ser ocupados, en este sentido, de una forma equitativa atendiendo a la estratificación por sexo del colectivo enfermero y es que, en su mayoría, son los varones quienes los ocupan (Buresh & Gordon, 2013).

Las enfermeras parecen chocar, además, contra un techo de cristal que no solamente las priva de una manera (in)formal del acceso a ciertos espacios de participación en el interior de las organizaciones de salud, sino que también las priva de acceso a ciertas esferas decisionales situadas al exterior de las organizaciones de salud. Lo hace por el simple hecho de ser enfermeras. La voz de las enfermeras en el espacio público deviene, de este modo, una rareza pese a las contribuciones que estas son capaces de realizar en ellas (Buresh & Gordon, 2013; Drenkard, 2015; Duncan et al., 2015; Sundeán et al., 2017; Sundeán & Polifroni, 2016).

Las particularidades que el contexto español —contexto en el que esta tesis doctoral se enmarca y se desarrolla— presenta en aquello que atañe a la cuestión de las reglas y de las prácticas patriarcales vinculadas a la profesión enfermera requieren ser abordadas. La mirada que Miró (2008) presenta con relación a ellas, concretamente focalizada en el periodo comprendido entre los años 1956-1976, resulta de sumo interés para comprender cómo la historia de la profesión enfermera en este país marcó —y continúa marcando— profundamente las formas de *ser*, de *pensar* y de *hacer* de las enfermeras.

La dictadura franquista (1939-1975) se caracterizó, en este sentido, por la dominancia de valores nacionalcatolicistas que unían firmemente el Estado con la Iglesia Católica. Estos valores trascendieron los aspectos más cotidianos de la vida social para impregnar la educación de las niñas y los derechos de las mujeres, dos cuestiones cuyas repercusiones se sintieron sobre la profesión enfermera. La educación de las niñas y de los niños fue separada por objetivos de aprendizaje y áreas de conocimiento diferenciales.

Las niñas debían adquirir los conocimientos básicos para cumplir su misión natural como amas de casa, esposas y madres, un hecho que dificultó su acceso a un trabajo productivo (Miró, 2008).

Las mujeres, por otra parte, vieron reforzado su rol femenino tradicional en la sociedad. El régimen dictatorial impuso la trilogía Nazi *kinder, küche, kirche* relegándolas exclusivamente al ámbito doméstico y subordinándolas a la figura masculina y a los principios promulgados por la religión católica. El divorcio, el matrimonio civil y la coeducación fueron abolidos. Las mujeres no podían disponer de una cuenta bancaria ni tampoco trabajar a no ser que contaran con el consentimiento de su padre o de su marido. Las mujeres de la época fueron, de este modo, fuertemente desempoderadas (Miró, 2008; Miró et al., 2012).

El médico ostentaba en las organizaciones de salud todo el poder y delegaba tareas a tres colectivos: los practicantes, las matronas y las enfermeras. Los practicantes, más valorados socialmente, eran mayoritariamente hombres que, obedeciendo las órdenes médicas, se encargaban de la vertiente más técnica de la actual profesión enfermera, sobre todo en los entornos rurales. Las matronas se encargaban principalmente de atender los partos eutócicos bajo supervisión médica. Finalmente, las enfermeras eran mujeres con un marcado carácter vocacional, religioso, dependientes del estamento médico y dedicadas al cuidado.

En 1953, las tres vertientes ocupacionales se fusionaron en la figura del ayudante técnico sanitario (ATS). Las funciones que desempeñaron los ATS fueron dependientes del médico, exclusivamente auxiliares y focalizadas en la tecnificación de la práctica. Durante esta etapa, los manuales de formación transmitían la concepción de que el médico debía ser el superior del ATS, el representante de Dios y el responsable de la toma de decisiones y de la delimitación de las funciones del resto de ocupaciones. Por ello, sus órdenes debían acatarse sin ser cuestionadas bajo ningún supuesto (Miró, 2008).

Los manuales de formación indicaron, por otra parte y de manera prescriptiva, que las enfermeras debían tener buena salud física, psíquica y emocional, no con la intención de que estas gozaran de bienestar, sino con el propósito de que su condición de salud les permitiese desempeñar sus funciones de forma eficaz. Asimismo, debían presentar buena memoria, juicio recto y agilidad mental para cumplir las órdenes médicas, así como

cualidades morales cristianas como la generosidad, la benevolencia, la caridad, la entrega, la devoción, la paciencia y la piedad, entre otras, para poder estar al servicio del paciente (Miró, 2008).

En 1977 los estudios de ATS se incorporaron a la Universidad y se creó la figura del Diplomado Universitario en Enfermería. Se inició así un periodo de cambio y de nuevas oportunidades para la orientación del futuro de la profesión enfermera. Las consecuencias que la dictadura franquista desencadenó sobre ella parecen, no obstante, haber cristalizado, pues perduran en la actualidad invadiendo los discursos, las prácticas y las relaciones de poder que se operan en las organizaciones de salud y en el sistema de salud (Miró, 2008).

Las fuerzas vinculadas al sistema político-económico neoliberal, a la profesión, la profesionalización y el profesionalismo, así como a las normas y las prácticas patriarcales imbuyen a las enfermeras en un espacio donde los significados, las formas de *ser*, de *pensar* y de *hacer* en el mundo se instauran de una forma aparentemente incuestionable. Estas tres fuerzas, entrelazadas las unas con las otras, se comportan, entonces, como si de discursos se trataran, como un engranaje que da forma al que se constituye como el orden institucional para las enfermeras en el marco de las organizaciones de salud.

## **2.2. Las cuestiones estratégicas del discurso**

El significado del concepto *discurso* resulta complicado de capturar debido a su gran amplitud y es que se trata de una construcción polisémica capaz de adoptar distintas definiciones en base al área de investigación desde el que se explora y en base a la orientación teórica de la investigadora que se interesa en él (Jansen, 2008). La mirada crítica que el filósofo francés Michel Foucault (1926-1984) proyecta sobre dicho concepto —siendo este, de hecho, el núcleo central en torno al que hace orbitar su filosofía y su pensamiento— deviene especialmente relevante para esta tesis doctoral.

Foucault (1969) describe el *discurso* como una forma de *ser*, *hablar* y *hacer* institucionalizada, sistemática y estructurada que organiza los debates alrededor de aquello que puede ser inteligiblemente pensado, dicho y hecho en el mundo. El discurso es, desde la perspectiva de este autor, una práctica social que configura la forma en la que se percibe la realidad que a uno rodea, en la que se determina y se distingue aquello



correcto de aquello incorrecto y en la que se asigna el derecho sobre quién puede hablar, cuándo puede hacerlo y con qué autoridad puede hacerlo (Manias & Street, 2000).

Un discurso no consiste en una sola declaración, sino en muchas declaraciones que funcionan juntas para consolidar lo que Foucault (1971) denomina *formación discursiva*. Las formaciones discursivas penetran de forma silenciosa en todos los aspectos de la sociedad, se instauran y son aceptadas en ella como normales y naturales, adoptando así el carácter de una forma de control disciplinario (Bleiker, 2003). Nietzsche (1983, p. 17) defiende, en este sentido, que «todas las cosas que viven durante mucho tiempo son de forma gradual tan saturadas con la razón que su emergencia fuera de la sinrazón se convierte en improbable».

La improbabilidad de su emergencia fuera de la sinrazón contrasta, no obstante, con la posibilidad de que, de forma sincrónica, existan diferentes marcos discursivos para pensar, escribir y hablar sobre los aspectos que conforman la realidad. Mientras algunos de ellos se comportan como hegemónicos, otros quedan condenados al exilio (Bleiker, 2003). Foucault (1971) no considera, sin embargo, que los discursos puedan tomar formas dominantes y marginales, sino que, a través del *principio de discontinuidad*, considera que existen diferentes discursos —*hegemónicos y transformadores*— en competición y desafío continuo.

Los discursos hegemónicos son aquellos que se producen como parte de culturas poderosas y que se sostienen a través de una base institucional, ya sea la ley, la medicina o la organización del trabajo y de la familia o de otras instituciones como los centros sanitarios, las escuelas o las universidades (Weedon, 1997). Esta base institucional es la que les proporciona la fuerza necesaria para desempeñar su función de normalización social, es decir, para convertirse en lo que Foucault (1969) acuña como *regímenes de verdad* en tanto que políticas generales que establecen qué cuenta como conocimiento importante, relevante y verdadero y qué cuenta, por el contrario, como conocimiento debatible o indudablemente falso.

Los discursos hegemónicos no solamente constituyen, sin embargo, el conocimiento que se impone sobre la sociedad, sino también las prácticas sociales y las formas de subjetividad. Lo hacen por medio de mecanismos que resultan de procesos históricos, sociales y políticos que ejercen su fuerza sobre ellas (Fairclough, 1993; Foucault, 1971).

El determinante que permite, de este modo, la prominencia de un determinado discurso o *verdad* sobre los demás en un contexto histórico, social y político dado responde, concretamente, a su inmersión en relaciones de poder (Bleiker, 2003; Cheek & Rudge, 1994).

Foucault (1976, p. 133) explica que «el discurso transmite y produce poder; lo refuerza, pero también lo socava y lo expone, lo hace frágil y hace posible frustrarlo». Los discursos no solamente son, de este modo, instrumentos y efectos del poder, sino que son, a su vez, obstáculos, puntos de resistencia y de partida para desarrollar estrategias opuestas y antagónicas a aquello hegemónico (Foucault, 2001). Los discursos transformadores emergen así, desde los márgenes, como alternativas a los discursos hegemónicos para encontrar su lugar en la sociedad, creando un nuevo orden a partir de la ruptura, la transgresión o el desequilibrio del orden establecido (Fairclough, 1993).

Cheek y Rudge (1994) explican y sostienen, en esta dirección, que las formaciones discursivas no están nunca totalmente escritas, sino que pueden ser constantemente reescritas para volver a moldear los marcos discursivos en los que se encuentran inmersas. Los discursos no son, pues, invencibles. A veces son finos, inestables y fragmentados, presentan grietas e incluso ventanas de oportunidades (Bleiker, 2003) que conducen a los sujetos a lugares donde no solamente son moldeados, sino donde también son capaces de remodelar y de reestructurar las prácticas discursivas que los conforman (Fairclough, 1993; Weedon, 1997).

La perspectiva foucaultiana sobre el discurso ha sido la más ampliamente usada por las investigadoras críticas en salud y lo ha sido para explorar cuestiones muy diversas. Entre ellas que han destacado la construcción identitaria de los profesionales (Miró, 2008), pero también de los pacientes (Perron, 2008), las dinámicas interprofesionales (Haddara & Lingard, 2013), las narrativas vinculadas a la seguridad clínica del paciente y la implementación de estrategias de manejo de riesgos (Schofield et al., 2012), la persistencia del modelo biomédico del sistema de salud (Cheek & Rudge, 1994; Wicks, 1995) y la orientación de las políticas de salud (Evans-Agnew et al., 2016).

Las fuerzas que afectan a las enfermeras, discutidas en la sección precedente también funcionan, sin ir más lejos, como discursos. El sistema político-económico neoliberal se impone, por un lado, como el único sistema económico posible (Chomsky, 2001; Cotoi,

2011; Harvey, 2005; Springer, 2012) enmascarando la alienación y silenciando a aquellos cuya vida cotidiana está afectada por la violencia inherente al capitalismo (Read, 2009). El discurso neoliberal penetra en las organizaciones de salud, instauro en ellas una noción única de lo que debe considerarse como productivo (Rudge, 2011) y moldea en base a ello las identidades y las prácticas de los profesionales de la salud (Holmes et al., 2008, 2006).

La profesionalización, el profesionalismo y las normas y las prácticas patriarcales funcionan, por su parte, como discursos que determinan qué puede considerarse una profesión y qué no (Cribb & Gewirtz, 2015); qué ocupaciones llegan a profesionalizarse y cuáles no (McMurray, 2011); qué orientación toman las políticas de regulación profesional (Cheek & Porter, 1997); cómo se estructuran las prácticas y jurisdicciones profesionales (Abbott, 1988); qué constituye una práctica apropiada por parte de los profesionales de la salud (Khalili et al., 2014); cómo se establece la división del trabajo en las organizaciones de salud (Kuhn & Wolpe, 1978); y, de nuevo, cómo se moldean las identidades y roles de los profesionales de la salud en base a ello (Fealy, 2004; Gillett, 2012).

El contexto en el que las enfermeras se encuentran inmersas requiere, en definitiva, de un análisis político que deconstruya los discursos y las verdades de la disciplina y de la profesión (Holmes et al., 2013). La mirada que Foucault (1971) proyecta sobre el discurso proporciona en esta tesis doctoral un punto de partida útil para dismantelar aquellas formas de *pensar* y de *hacer* que sitúan a las enfermeras como un grupo históricamente considerado como oprimido (Dubrosky, 2013); para iluminar los procesos a través de los que las enfermeras dan voz a sus propios reclamos (Buresh & Gordon, 2013; Cheek & Rudge, 1994); para facilitar la emergencia de ideas emancipadoras desde las que transformar el orden institucional (Chinn & Kramer, 2011; Fontana, 2004; Jacobs et al., 2005); y para repensar las organizaciones de salud para que sean más justas para las enfermeras, para el resto de profesionales que en ellas trabajan y para los pacientes a los que brindan sus cuidados (Skinner et al., 2018).

### 2.3. La agencia como movimiento desde la falta de impulso hacia la acción

El término *agencia*, del latín *ago, agere*, cuyo significado responde a poner en movimiento o a hacer avanzar<sup>2</sup>, puede definirse como la manifestación de la capacidad de una persona o de un agente para actuar o para llevar a cabo una acción basándose en decisiones guiadas por nada más que sus propios deseos, sus propias necesidades y sus propias voluntades (Haicault, 2012; Mackenzie, 2012). Esta definición, tan abstracta y tan amplia en su esencia, deviene cada vez más concreta y más delimitada cuando el concepto de agencia es situado en la escena en el que emerge y a la vera de los otros conceptos con los que lo hace.

La noción de agencia aparece, en este sentido, a menudo rodeada y acompañada de las nociones de estructura, de discurso y de poder. La razón de este hecho responde, precisamente, a que las teorías alrededor de las que este concepto se articula tienen su origen en una reacción que pretende corregir el tradicional énfasis dado a las estructuras e instituciones sociales, económicas, simbólicas y materiales, así como a sus influencias de carácter restrictivo sobre la acción humana, en la búsqueda de explicaciones acerca del mundo. Lo hacen con el fin de hacer emerger el rol que la autonomía individual desempeña en el interior de dichas estructuras (Dobres & Robb, 2014; Gero, 2014).

La reacción a la que puede considerarse como una toma de consciencia acerca de la participación de los sujetos en la construcción de las estructuras e instituciones sociales, económicas, simbólicas y materiales en los que se encuentran inmersos es, precisamente, la que, en el campo de las ciencias sociales, articula los *debates entre la estructura y la agencia*. Estos debates establecen un diálogo entre dos explicaciones paradigmáticas dirigidas a comprender los fenómenos políticos, siendo estas las explicaciones que

---

<sup>2</sup> Según el *Diccionari Llatí-Català de l'Enciclopèdia Catalana*, la entrada *ago, egi, actum* presenta las acepciones de llevar, guiar, conducir; empujar; mover; hacer fluir, hacer avanzar; construir, trazar, abrir; hacer salir, sacar; obligar a ir; hacer, cumplir, emprender; hacer, resolver, ocuparse de; tractar, arreglar, concluir; representar, ejecutar; ejercer, llevar a cabo; pasar e invertir tiempo; proceder, comportarse; defender una causa, llevar un pleito (Seva i Llinares 1993, p. 91-92).

recurren a factores estructurales —suscritas a las teorías deterministas— y las que apelan a factores agenciales— suscritas a las teorías voluntaristas o intencionales— (Hay, 2002).

Estas dos explicaciones se encuentran situadas sobre los extremos de un continuum. Las teorías deterministas, situadas en uno de los extremos, apoyan sus explicaciones acerca de los fenómenos políticos exclusivamente sobre la estructura, es decir, sobre las reglas y recursos discursivamente implicados en la reproducción de los sistemas sociales (Sewell, 1992). Marx (1963, p. 15) defiende, ilustrando este primer extremo, que «los hombres hacen su propia historia, pero no la hacen como les place, no la hacen en circunstancias elegidas por ellos mismos, sino en circunstancias directamente encontradas, dadas y transmitidas desde el pasado».

Las teorías deterministas, en su forma pura, niegan, por tanto, la existencia de agencia (Hay, 2002). No dan cabida alguna a la posibilidad de dejar emerger conceptos asociados a factores agenciales, tales como los de libertad, de autonomía o de progreso (Dépelteau, 2008). Las críticas a esta primera explicación paradigmática del mundo se dirigen, así pues, hacia la fatalidad y la pasividad que transmiten, hacia el sesgo que supone no reconocer la capacidad de acción, la influencia que los individuos tienen en la (re)producción de los fenómenos políticos en los que, de una manera individual y colectiva, se encuentran inmersos.

Las teorías voluntaristas, situadas en el extremo opuesto, sostienen que son los individuos los que exclusivamente hacen la historia, los que marcan una diferencia en ella, defendiendo que sin la intervención humana nada en el mundo cambiaría. Las teorías voluntaristas, en su forma pura, niegan la influencia de los factores estructurales en la explicación de los fenómenos políticos. Las críticas a esta segunda explicación paradigmática se dirigen, así pues, hacia la desvinculación utópica de los individuos de los contextos políticos, económicos y sociales en los que habitan (Hay, 2002).

Los conceptos de estructura y de agencia son considerados, así, como polos opuestos en el marco de un continuum. Las formas puras presentadas no existen, sin embargo, en la práctica. Quizás, por tanto, los polos del continuum deban unirse formando un ciclo analítico en el que cada uno de ellos no pueda ser reducido al otro, sino considerado, de manera simultánea, como una condición para el otro y una consecuencia del otro (Lewis, 2017). La estructura y la agencia funcionan, pues, como momentos recíprocos que

constituyen un proceso social unificado (Emirbayer & Mische, 1998). El poder que cabe distribuir entre las estructuras sociales y la agencia para dar explicación a los fenómenos políticos se encuentra, a este respecto, a debate.

La mirada proyectada y defendida sobre la noción de agencia en el marco de esta tesis doctoral presenta un marcado carácter crítico, ético y político. La conceptualización de la agencia desde las teorías políticas democráticas y feministas transmite, a este respecto, la idea de que, en la vida política, la expresión de la agencia es una condición previa necesaria para el autogobierno individual y colectivo, para la participación política y para la búsqueda y el alcance de la justicia social (Hemmings & Kabesh, 2013; Krause, 2013). La orientación que asumen dichas teorías justifica la adherencia de esta investigación a ellas.

La *agencia política* puede definirse, entonces, desde una posición marcadamente crítica, ética y política, como la capacidad de los individuos para engendrar cambios en el orden sociocultural a partir de la consideración de cómo uno se concibe a si mismo en la matriz sociopolítica en términos de la persona que considera ser, de los objetivos que pretende alcanzar y de su capacidad para cuestionar y visionar cómo podrían ser las cosas de otra manera cuando el mundo que le rodea no resuena —o no es coherente— con su *ethos* individual (Abrams, 1999; Krause, 2011; McNay, 2000; Perron, 2013; Perron et al., 2014).

La *agencia política* no se asume desde este enfoque teórico como sinónima a la libertad en la construcción discursiva del *yo* ni tampoco a la autonomía en el sentido de la concepción del sujeto como alguien ajeno y separado de la estructura y de los procesos sociales. La agencia política es más bien, y desde el punto de vista de su función descriptiva, la capacidad de reconocer la naturaleza social y material de la propia existencia y el rol crucial que los factores estructurales tienen sobre el moldeamiento de las identidades, de las formas de *ser*, de *pensar* y de *actuar* (Abrams, 1999; Manguashca & Marchetti, 2013), pero también de reconocer la capacidad que un individuo tiene para participar de una forma activa en la resistencia, la desestabilización, la subversión, la transformación y la (re)construcción de los discursos a través de los que ha sido constituido (Davies, 1991; Laperrière, 2018) y a través de los que se han instaurado las

formas de vida hegemónicas en las que se encuentra inmerso (Arias Rodríguez & Villota Galeano, 2007; Barvosa-Carter, 2001; Engeström & Sannino, 2013).

La agencia tampoco se asume desde este enfoque teórico como una propiedad intrínseca a los sujetos, sino como una propiedad vinculada a una serie de condiciones estructurales que la hacen posible (Dépelteau, 2008; Grossberg, 1996). Estas condiciones, moldeables y desafiables, mapean los territorios que pueden ser ocupados y definen cómo pueden serlo. Son el conjunto de diagramas de movilidad que, de forma temporal y contextual, determinan las posibilidades y limitaciones de dónde y cómo son colocados los vectores que permiten la influencia de los sujetos sobre las estructuras que habitan (Bleiker, 2003; Grossberg, 1996).

La agencia política puede ser comprendida, precisamente, como la capacidad de articular estrategias de aprovechamiento de las brechas que presentan las estructuras que producen efectos de opresión (Abrams, 1999; Beaumont, 2010; Leeb, 2017). Los agentes políticos desarrollan su capacidad para moverse, tener acceso y participar en espacios particulares de actividad en los que articular sus identidades (Grossberg, 1996), así como su capacidad para crear microespacios de libertad que permiten otras formas de habitar las normas que los envuelven (Lhenry, 2012; Marignier, 2015). La función normativa de la agencia se revela aquí, es decir, en el anhelo emancipador y liberador de las relaciones injustas que oprimen a los individuos (Achin & Naudier, 2013; Krause, 2011; Moya, 2005).

El cultivo de una mirada positiva hacia las capacidades políticas de uno mismo y hacia la posibilidad de llevar a cabo una acción política significativa son elementos clave para desarrollar un fuerte sentido de agencia política. Arendt (1961, p. 169–170) sostiene que «hemos nacido en un mundo que nos precede y que nos limita, pero debemos vernos a nosotros mismos como agentes políticos que poseemos el potencial para llevar a cabo un cambio a pesar de que sentimos una infinita improbabilidad de hacerlo», mientras Kierkegaard (1974) defiende la necesidad de dar un *salto de fe*, de atreverse a llevar a cabo un acto con riesgos, bajo condiciones de incertidumbre, sin ninguna garantía de éxito, basado en el compromiso y las creencias personales.

La noción de agencia no es una noción que se encuentre presente de manera explícita en las investigaciones enfermeras. Las autoras que teorizan o emprenden investigaciones

empíricas en torno a esta cuestión en el campo de la enfermería son escasos. Las investigadoras en dicho campo prefieren, y no de forma azarosa, el uso de términos menos problemáticos como el de *autonomía* (Fitzgerald, 1990; Varjus et al., 2011; Weston, 2010) o de *empoderamiento profesional* (Rao, 2012; Rega et al., 2017; Regan et al., 2016), el de *emergencia de consciencia* (Cheek & Rudge, 1994; Fisher, 2017; Laperrière, 2018) y su reciente vinculación al concepto de *resiliencia crítica* (Traynor, 2018), el de *conocimiento emancipador* (Chinn & Kramer, 2011) o el de *praxis* (Holmes & Warelou, 2000; Penney & Warelou, 1999; Warelou, 1997).

El concepto de agencia se encuentra presente, no obstante, en algunos estudios empíricos en el campo de la enfermería. Algunas investigadoras que hacen uso de el mismo no definen su significado, sino que lo hacen aparecer en el título de sus trabajos o de forma libre en el transcurso de los mismos como si de una palabra más se tratase (Attree, 2005; Collin et al., 2010; Stenhouse et al., 2016). El término de agencia se encuentra también en otros estudios empíricos en el marco de los que las investigadoras sí definen cómo lo conciben, pero lo hacen no como si se tratase de un término con entidad propia, sino de un término que puede funcionar como sinónimo de otros.

Caronia y Saglietti (2018) usan, en este sentido, el concepto de agencia como sinónimo de la capacidad que las enfermeras que ejercen en unidades de cuidados intensivos muestran tener para manejar el conocimiento, para participar en la construcción de casos clínicos y para marcar una diferencia en el curso de los mismos. Estos autores señalan que el despliegue agencial de las enfermeras se produce a lo largo de un continuum que oscila entre niveles mínimos de expresión de agentividad, desde los que encarnan simples receptoras de información y órdenes, y niveles máximos de expresión de agentividad, desde los que participan de forma activa en la gestión de la evaluación de casos clínicos. Los investigadores tratan de proponer, de este modo, la existencia de un rol activo por parte de las enfermeras en las organizaciones de salud sin llevar, no obstante, su agentividad más allá del contexto de la práctica clínica. Reducen, así pues, la riqueza de este concepto a su expresión más simple y más primaria: la que resta asociada al rol clínico de las enfermeras.

Pecanac y Schwarze (2018) usan, por su parte, el término de agencia como sinónimo de responsabilidad en su estudio de revisión de la literatura. Estos autores sostienen que,



en el contexto del tratamiento de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos, la responsabilidad de las enfermeras tiene que ver exclusivamente con la abogacía de los pacientes, es decir, con apoyar el mejor de los intereses para los pacientes, mientras que la responsabilidad de los médicos tiene que ver exclusivamente con la agencia, es decir, con mantener, a toda costa, a los pacientes en vida. Los médicos son así, a través de los resultados del estudio, contruidos como agentes, mientras que las enfermeras son contruidas como abogadas de los pacientes.

La orientación que presenta el concepto de agencia en el estudio de Pecanac y Schwarze (2018), como un concepto vinculado de forma restrictiva a una función de abogacía por los pacientes, es criticada por algunas investigadoras en la literatura. Perron (2013) defiende, en este sentido, que cuando a las enfermeras se les ofrece la oportunidad de ejercer algo más de poder del que ejercen es siempre para ocuparse de los pacientes y nunca para ocuparse de ellas mismas en un sentido emancipador, de reivindicación y de movilización profesional, de liderazgo político o de influencia más amplia en la gobernanza de las organizaciones de salud y del sistema de salud.

Orem (2001) formula, por su parte, un concepto de agencia que se encuentra a remolque entre una mirada de abogacía de los pacientes y una mirada más emancipadora para las enfermeras y para el conjunto de su profesión. La teoría del déficit de autocuidado que la autora desarrolla en su obra introduce, en este sentido, un concepto de agencia enfermera comprendido como «una formulación de ideas sobre los poderes de las enfermeras para interactuar deliberadamente con personas con necesidades legítimas de enfermería y para producir cuidados para ellas y, cuando sea posible, con ellas» (Orem, 2001, p. 289).

La definición de agencia que Orem (2001) propone reconoce de manera explícita la capacidad de acción de las enfermeras en su relación con los pacientes. Esta autora vincula, no obstante, la idea de agencia a la idea de altruismo, entendiendo que esta puede ser desarrollada y desplegada, únicamente, en el contexto clínico y con el propósito de satisfacer las demandas terapéuticas de los pacientes y de promover la capacidad de autocuidado de estos últimos. La aproximación de Orem (2001) renueva, de este modo, la orientación restrictiva que la noción de agencia adopta en el marco de la literatura.

El concepto de agencia aparece, asimismo, en estudios que transfieren los debates entre la estructura y la agencia desde el campo de las ciencias sociales al campo de la enfermería para abordar temáticas de diferente índole. Goodman (2017) utiliza dichos debates, centrándose en la aproximación del enfoque morfogénico y sus modos de reflexividad de Margaret Archer (2000), para tratar de comprender, de manera no empírica, los motivos que se encuentran tras la actuación o no actuación de las enfermeras a la hora de defender ciertos estándares en el transcurso de su práctica clínica. Boonen et al. (2020) usan el concepto de agencia en tanto que capacidad de acción o de deliberación para comprender cómo la invasión de la tecnología en las organizaciones de salud estructura las prácticas, los discursos y los conocimientos de las enfermeras y produce sus efectos sobre la transformación de los valores del cuidado. Williams et al. (2016) proponen el marco del realismo crítico de Bhaskar (1975) como una lente teórica desde la que enfocar las investigaciones interesadas en explorar el rol agencial de las enfermeras en cuestiones clínicas y, más específicamente, en aquello que concierne a la toma de decisiones clínicas en los equipos de salud.

Estos estudios representan un punto de inflexión en relación a la conceptualización tradicional de la agencia en el campo de la enfermería. El concepto de agencia es usado en ellos en el marco teórico de su emergencia y comienza a ser teorizado como una noción con entidad propia. La orientación que, sin embargo, los autores proyectan en torno a él continúa relegando la aplicabilidad del mismo al espacio de la práctica clínica. La revisión de literatura deja emerger, no obstante, una serie de estudios que, desde una perspectiva crítica y emancipadora, rompen con el enfoque precedente y se acercan, de manera progresiva, al enfoque que esta tesis doctoral asume.

Paloniemi y Collin (2012) utilizan el concepto de agencia asociado a la noción de potencial creativo concibiéndolo como una forma de lenguaje y de acción a través de la que las enfermeras pueden transgredir las estructuras jerárquicas que persisten en los entornos hospitalarios y pueden (re)negociar las posiciones de poder dominantes en ellos. Los autores de este estudio empírico articulado desde una perspectiva crítica no dejan pasar, de este modo, la oportunidad que el concepto de agencia ofrece para desarrollar la capacidad de acción política de las enfermeras hacia su emancipación individual y colectiva.

Hardcastle, Usher y Holmes (2005) exploran, por su parte, el interés teórico de los debates entre la estructura y la agencia centrándose, concretamente, en la teoría de la estructuración de Giddens (1984) para explorar el mundo práctico y discursivo de la práctica enfermera. Estos autores identifican a partir de ellos los diferentes elementos microestructurales —vinculados a las interacciones sociales diarias— y macroestructurales —vinculados a factores políticos, económicos, sociales y culturales— sobre los que, desde el desarrollo de la consciencia práctica, actuar para mediar en el propósito de alcanzar la emancipación de las enfermeras en el interior de las organizaciones de salud.

Nairn (2009) y Nairn y Pinnock (2017) hacen uso, respectivamente, de las teorías de Archer (2000) y de Giddens (1984) y de la teoría de la práctica de Bourdieu (1977) para analizar las vivencias de las enfermeras que sienten tener que brindar sus cuidados en el marco de organizaciones de salud que persiguen objetivos centrados en la productividad y la eficiencia. Estos autores exploran, en este sentido, la relación dialógica que se establece entre el despliegue de la agencia de las enfermeras para tratar de mantenerse fieles a sus valores y las limitaciones estructurales a las que se enfrentan para ser capaces de cuidar así como lo desean.

Chulach y Gagnon (2016) usan, por su parte, el término de agencia vinculado al concepto de *tercer espacio* procedente de la teoría postcolonial de Bhabha (1994). Este concepto alude al espacio que se genera entre dos sistemas culturales distintos cuando coinciden, combinan sus elementos constitutivos y conforman nuevas identidades híbridas que dan lugar a nuevos discursos. El término tercer espacio permite a las autoras comprender empíricamente cómo los sistemas culturales en los que las enfermeras y los médicos se hallan inmersos se entrelazan para construir la identidad de las enfermeras especializadas y cómo las enfermeras ejercen su agencia para hacer frente al reto de desplegar sus roles en organizaciones de salud que se muestran reticentes a su desarrollo.

Buresh y Gordon (2013) plantean, por otro lado, una noción de agencia vinculada a la capacidad de las enfermeras para desarrollar una voz que refuerce los vínculos entre ellas y que facilite el desarrollo de acciones dirigidas, de una forma no jactanciosa, a alcanzar las recompensas, el respeto y el reconocimiento que han buscado desde hace tanto tiempo. Estas autoras defienden, en este sentido, la necesidad de que las enfermeras

desplieguen su agencia para romper el silencio que gravita alrededor de la profesión, para comunicar al público quiénes son, qué hacen y qué importancia tienen, y para superar los obstáculos internos y externos que las silencian y subordinan en las organizaciones de salud.

Mcmillan y Perron (2020, 2021) aplican, por su parte, el concepto de agencia en el marco de investigaciones empíricas apoyadas en la lente teórica propia de los estudios críticos de la gestión. Estas investigadoras buscan comprender cómo, en un contexto organizacional altamente cambiante debido a presiones externas, las enfermeras se comprometen a nivel microestructural con prácticas de voz, de poder y de política para ser capaces de brindar sus cuidados de acuerdo con su *ethos* profesional. La mirada que ambas investigadoras sostienen sobre la noción de agencia se alinea, cada vez más, con la asumida en esta tesis doctoral.

Perron (2013) plantea, finalmente, una aproximación al concepto de agencia que se amolda y se apropia del bagaje crítico, ético y político al que se adhiere la presente tesis doctoral. Esta autora utiliza, en este sentido y concretamente, el concepto de agencia en la relación que mantiene con los conceptos foucaultianos de *parresía* y de *cuidado de si*. La parresía es definida como:

La actividad verbal por medio de la que aquel que habla expresa su relación personal con la verdad y corre el riesgo de decir, a pesar de todo, toda la verdad que piensa; pero también el coraje del interlocutor que acepta recibir como verdadera la verdad hiriente que escucha. (Foucault, 2009, p. 14)

La actividad verbal en la que aquel que habla expresa su relación personal con la verdad y arriesga su vida porque reconoce que decir la verdad constituye el deber de mejorar o de ayudar a otras personas, pero también el de ayudarse a si mismo. (Foucault, 2001, p. 19–20)

El sujeto que se compromete con la parresía no solamente escoge, pues, decir la verdad, sino que, de manera simultánea, decide actuar hacia y para si mismo, para transformarse, para ser de otro modo, y, en definitiva, para procurarse las condiciones que requiere para el cuidado si. El cuidado de si representa, en este sentido y desde la mirada de Foucault:

La forma en que uno se involucra en uno mismo, no como una forma de amor propio y de egoísmo, sino como una forma de *estar* en el mundo que requiere de un amplio autoconocimiento y autogobierno. Es una relación comprometida con uno mismo que conduce al desarrollo de una forma de *ser* y de *pensar* que trasciende los patrones y tecnologías discursivas habituales —sociales, históricas, biológicas, económicas o de otro tipo— que mapean las identidades particulares en los individuos y que los constituyen como sujetos. (Perron, 2013, p. 157)

La conexión que Perron (2013) establece entre el concepto de agencia y estos dos conceptos foucaultianos apunta a la necesidad de que las enfermeras se sitúen y se definan a sí mismas en la estructura sociopolítica que conforma las organizaciones de salud que habitan, pero también en el marco sociopolítico en el que se encuentran inmersas, así como a la necesidad de que creen un espacio donde su libertad suponga el punto de inicio y de final de una acción ética y política, en el que cuiden de ellas primero antes de cuidar de los pacientes y en el que se construyan como agentes políticos capaces de responder a la injusticia que experimentan en tanto que enfermeras.

La revisión de la literatura muestra, en definitiva, que el concepto de agencia que asume la presente tesis doctoral es de naturaleza emergente en el campo de la enfermería. Las dificultades históricas para presentar la agencia como una categoría por derecho propio, dotada de dimensiones teóricas específicas y de la que se desprenden manifestaciones sociales concretas han hecho que la consolidación de este concepto no haya sido de un proceder libre de dificultades (Emirbayer & Mische, 1998). Los motivos que, sin embargo, gravitan alrededor de su escasez en dicho campo parecen alejarse de esta cuestión.

La proyección de una mirada de carácter feminista sobre este hallazgo revela que las mujeres —pero también las niñas y los niños, las personas mayores y las personas que padecen de alguna enfermedad— han sido tradicionalmente construidas como individuos con menor capacidad racional, de reflexión y de acción responsable, es decir, como individuos no agenciales (Buresh & Gordon, 2013; Davies et al., 2006; Gero, 2014; Madhok et al., 2013; Smith, 1987). Este hecho tiene un particular interés atendiendo a

que las enfermeras representan un colectivo eminentemente femenino. Las enfermeras serían, así pues, construidas como sujetos no agenciales.

Los marcos feministas, sus aportaciones críticas y su carácter activista, albergan un gran potencial para funcionar como una base teórica sobre la que articular los debates en torno a la capacidad de acción de las enfermeras hacia su emancipación (Bent, 1993; Hoffmann, 1991). La relación que las enfermeras y la profesión enfermera mantienen con el feminismo se encuentra, no obstante, aunque extraña y paradójicamente, a un nivel elemental y primario, y es que esta se asume, incluso, como una relación incómoda. Las enfermeras se mantienen, así pues, lejos del feminismo, lejos de una consciencia feminista.

Hoffmann (1991) ilumina esta circunstancia argumentando, de forma crítica, que en el interior del colectivo enfermero no se percibe un interés compartido y colectivo por la virtud de ser mujeres trabajadoras en una industria y en una cultura eminentemente dominada por varones. Las enfermeras se encuentran así, por el contrario, guiadas por una ética femenina y no por una ética feminista, un aspecto que Liaschenko (1993) apunta como especialmente dañino para el conjunto de la profesión. La noción de agencia desarrollada desde las teorías feministas podría, entonces, no haber encontrado aún su camino hasta la enfermería.

La escasez del uso del concepto de agencia en el campo de la enfermería podría responder, asimismo, a que la práctica reflexiva en torno a las cuestiones de carácter crítico y político en las que este se enmarca hace frente a su consideración como una práctica anormal (Mantzoukas & Jasper, 2004; Penney & Warelow, 1999; Sumner, 2010; Taylor, 1997). Las enfermeras que exploran ideas complejas, que buscan conocer las verdades del mundo que las rodea, que pretenden deconstruir supuestos y que inician acciones para ello son, en cualquiera de los ámbitos de ejercicio, «molestas, idealistas, malgastadoras de tiempo, ineficientes e irrealistas» (Goodman, 2017, p. 120).

La implicación política y la defensa de unas mismas serían, de hecho, injustamente consideradas en las enfermeras como prácticas antiéticas que solamente deberían permitirse bajo el supuesto de que estas se encuentren dirigidas, de forma directa, a proteger la calidad de los cuidados brindados a los pacientes (Bent, 1993; Buresh & Gordon, 2013; Des Jardin, 2001; Granberg & Nygren, 2017; Liaschenko, 1993; Perron,

2013; Perron et al., 2014; Sumner, 2004, 2008). Las enfermeras han sido socializadas para abogar por el paciente, pero no han sido socializadas para abogar por ellas mismas (Sumner, 2010).

El cuestionamiento al que apuntan estas últimas reflexiones no responde tanto a si el despliegue de la agencia política de las enfermeras y la consecuente acción de cuidar de ellas mismas representan prácticas éticas en las organizaciones de salud, sino más bien, y siguiendo a Briskin (2012), a si frente a la toma de consciencia del marco de las distintas fuerzas que las afectan es ético para ellas no actuar, no desplegar un sentido crítico de agencia que pueda conducir a desestabilizar el estatus quo que las mantiene, a construir organizaciones de salud justas social y políticamente y a alcanzar, así, su emancipación individual y colectiva.

#### **2.4. La justicia organizacional situada entre la descripción y la normatividad**

La *justicia organizacional*, término acuñado por Greenberg (1987), se refiere a las percepciones de un empleado sobre los comportamientos, decisiones y acciones de su organización y cómo estos influyen en las actitudes y comportamientos propios de los empleados en el trabajo. Bies y Tripp (1995) concretaron esta primera definición para indagar en sus elementos constitutivos proponiendo la justicia organizacional como el conjunto de reglas y normas sociales que, dentro de una organización, determinan cómo deberían ser asignados los recursos, qué procedimientos deberían ser usados para tomar decisiones y cómo debería ser el trato interpersonal con los empleados.

La noción de justicia organizacional se encuentra, de este modo, conformada por tres dimensiones que responden a la justicia distributiva, a la justicia procedural y a la justicia interaccional, siendo esta última escindida en la justicia interpersonal y la justicia informacional. La definición de este constructo es el resultado de una historia joven —pero rápida en su evolución— de teorizaciones y de investigaciones empíricas que, exploradas en detalle en la obra de extensa revisión histórica a cargo de Greenberg y Colquitt (2005), han sido organizadas en torno a cuatro olas: la ola distributiva, la ola procedural, la ola interaccional y la ola integrativa.

El periodo comprendido entre los años 1950 y 1975 inicia este recorrido histórico con un interés focalizado sobre la dimensión distributiva de la justicia y, por ende, con la

que se reconoce como la ola distributiva. La investigación llevada a cabo sobre esta primera dimensión de la justicia organizacional presenta sus raíces en cuatro teorías que se corresponden, concretamente, con la teoría de la deprivación de Stouffer, Suchman, Devinney, Star y Williams Jr. (1949), con la teoría del intercambio social de Homans (1961), con la teoría del rol de las expectativas de Blau (1964) y, finalmente, con la teoría de la equidad de Adams (1965).

El trabajo de Stouffer et al. (1949), centrado en el análisis de las diferencias en las oportunidades de promoción y de ascenso en el contexto militar, permitió la formulación de la que se conoce como la teoría de la deprivación relativa. Considerada como la primera teoría de justicia organizacional, la teoría de la deprivación relativa se interesa por conocer cómo la satisfacción de los individuos con los resultados o recompensas del trabajo no responde al juicio individual de si los resultados obtenidos son justos o injustos, sino a la comparación de los resultados obtenidos respecto a los de los demás (Virtanen & Elovainio, 2018).

Homans (1961), basándose en los principios de la deprivación relativa, articuló la teoría del intercambio social desde la que la justicia organizacional se entiende como la existencia de proporcionalidad entre las contribuciones que los individuos realizan en su trabajo y los resultados, beneficios o recompensas que obtienen de él, atendiendo a expectativas normativas creadas previamente. La injusticia distributiva puede, entonces, tener dos orígenes: el exceso de contribución con relación a los beneficios obtenidos, que resulta en una reacción de enfado, o el exceso de beneficios con relación a la contribución realizada, que resulta en una reacción de vergüenza.

Los principios fundamentales de la teoría de la deprivación relativa también se encuentran en la teoría del rol de las expectativas de Blau (1964). La contribución específica de este investigador se sitúa en la descripción de las modalidades existentes de expectativas e intercambios. Blau (1964) identificó las expectativas como generales o particulares en función de si se basaban en estándares y normas sociales o en relaciones específicas de intercambio, respectivamente, y clasificó, a su vez, los intercambios en económicos o sociales en base a su naturaleza contractual o de reciprocidad personal (Greenberg & Colquitt, 2005).



El psicólogo estadounidense John Stacy Adams fue, sin embargo, quién elaboró en mayor profundidad las ideas albergadas en las teorías precedentes. El gran impacto que sus contribuciones teóricas tuvieron en el campo de la psicología organizacional hacen de Adams el representante principal y el mayor influyente de la que se erige como la ola de la justicia distributiva y es que la teoría que desarrolló, la teoría de la equidad, es considerada como la teoría de rango medio más útil para aquellos investigadores interesados en el estudio del comportamiento organizacional (Greenberg & Colquitt, 2005; Virtanen & Elovainio, 2018).

La teoría de la equidad de Adams (1965) entiende la justicia distributiva como una cuestión de equidad en las ratios que se establecen entre los resultados individuales obtenidos en el trabajo y las contribuciones individuales realizadas para ello. Esta ratio es considerada como insignificante por si sola por lo que debe ser comparada con la misma ratio, pero de un referente —pudiendo ser otra persona o las experiencias pasadas del propio individuo— (Greenberg & Colquitt, 2005). La teoría de la equidad de Adams puede ser representada, así pues, a través de la siguiente ecuación: resultados individuales obtenidos / contribuciones individuales propias = resultados individuales de un referente / contribuciones individuales de un referente.

La teoría de Adams (1965) destacó por ampliar la mirada sobre el significado de las contribuciones realizadas y de los resultados obtenidos. Este investigador incluyó como contribuciones elementos tales como la educación, la inteligencia, la experiencia, el entrenamiento, las habilidades, los esfuerzos, la antigüedad y algunos determinantes estructurales como la edad, el sexo, la etnia o el estatus social, mientras que incluyó como resultados elementos tales como la remuneración, las recompensas intrínsecas al trabajo, la supervisión satisfactoria, los beneficios por antigüedad y otros beneficios adicionales, el estatus laboral y una gran variedad de consecuencias sancionadoras (in)formales.

La contribución más específica de la teoría de la equidad fue, no obstante, que por primera vez se describieron las consecuencias del desequilibrio en las ratios más allá de las reacciones de enfado y de vergüenza descritas por Homans (1961). Adams (1965) postuló que las reacciones psíquicas y comportamentales al desequilibrio comparativo de las ratios resultan en una tensión que llevan al individuo a actuar para reestablecer su equilibrio. Cuando los resultados que uno obtiene son mayores que las contribuciones que

uno hace, la culpabilidad que uno siente le lleva a dedicar mayores esfuerzos en el trabajo; mientras que cuando las contribuciones que uno hace son mayores que los resultados que uno obtiene, la insatisfacción que uno siente le lleva a dedicar menores esfuerzos en el trabajo (Cropanzano et al., 2011; Özer et al., 2017; Virtanen & Elovainio, 2018).

El periodo comprendido entre los años 1975 y 1995 continúa el recorrido histórico emprendido con la atención dispuesta sobre la dimensión procedural de la justicia y, por ende, con la que constituye la ola procedural. La investigación llevada a cabo sobre esta segunda dimensión de la justicia organizacional se centra, especialmente, en el estudio de la forma en que las decisiones sobre la distribución de los resultados o de los beneficios son tomadas para pronunciarse sobre el grado de justicia del método, del proceso, del procedimiento y de las políticas que son movilizadas para tomar dichas decisiones (Özer et al., 2017).

El concepto de justicia procedural aparece por primera vez en la obra de Thibaut y Walker (1975, 1978). Estos investigadores, interesados en el estudio de la resolución de procesos en el sistema judicial, propusieron que un procedimiento judicial podía ser considerado como justo en la medida en la que se atribuyera mayor control a los participantes —ya sea en su curso o en su decisión final— que a los responsables de dictaminar su resolución. La percepción de justicia en los procesos judiciales no depende entonces, desde la mirada de dichos investigadores, de su resultado final, sino de si los participantes consideran que su voz ha sido escuchada en el proceso (Cropanzano et al., 2015; Folger, 1977).

Leventhal (1976, 1980) transfirió el concepto de justicia procedural desarrollado por Thibaut y Walker (1978) al ámbito de las organizaciones centrándose no tanto en los trabajadores, sino, más bien, en las personas responsables de distribuir los beneficios y las recompensas del trabajo. Este autor se encargó del diseño de las llamadas *reglas procedurales*, es decir, del conjunto de normas que aseguran la creencia individual de que los procesos de asignación de los beneficios y recompensas del trabajo se ajustan a criterios justos, apropiados y preestablecidos. Las reglas procedurales incluyeron la consistencia, la eliminación de sesgos, la precisión, la corrección, la representatividad y la ética en la toma de decisiones (Greenberg & Colquitt, 2005).

Los últimos años de la ola de la justicia procedural se solaparon con el inicio de la ola de la justicia interaccional. Esta se extendió desde 1986 hasta principios de la década de los 90. La ola de la justicia interaccional, centrada en la tercera dimensión de la justicia organizacional, se caracterizó por dejar de lado el interés por la exploración de las características estructurales de los procesos decisionales llevados a cabo en los espacios organizacionales y por permanecer centrada, en contrapartida, en el estudio de la calidad percibida en el trato interpersonal recibido en el transcurso de los mismos (Colquitt, 2001).

Bies y Moag (1986), bajo el argumento de que las personas son sensibles a la calidad del trato interpersonal, elaboraron, en este sentido, una serie de reglas para asegurar que el trato que los individuos recibían durante los procesos de reclutamiento de personal en las organizaciones pudiese ser considerado como justo por parte de los candidatos. Estas reglas, definidas en torno a los elementos de confianza, de justificación, de respeto, de honestidad y de buenos modales, se extendieron posteriormente a otros procesos dados en las organizaciones y, más concretamente, a los procesos de toma compartida de decisiones en los equipos interprofesionales (Greenberg & Colquitt, 2005).

Estas primeras iniciativas marcaron el camino para que Bies y Shapiro (1987) acuñaran la tercera dimensión de la justicia organizacional con el término de justicia interaccional y para que, más adelante, Greenberg (1990) propusiera la división de esta dimensión en dos subdimensiones: la justicia interpersonal y la justicia informacional. La primera se refiere a la medida en que los individuos son tratados con dignidad y respeto, y la segunda al grado en que los individuos reciben la información necesaria y adecuada para reconocer cómo han sido llevados a cabo los procesos decisionales (Greenberg & Colquitt, 2005).

La última fase del recorrido histórico sobre la evolución del constructo de la justicia organizacional, extendida desde principios de los años 2000 hasta la actualidad, se conoce como la ola integrativa. La ola integrativa representa, concretamente, el espacio en el que confluyen aquellas teorías que pretenden combinar las diferentes dimensiones que constituyen la justicia organizacional. Entre ellas han destacado la teoría de las conceptualizaciones contrafactuales (Greenberg & Colquitt, 2005), la teoría de la

conceptualizaciones grupales (Chênevert et al., 2013) y la teoría de las conceptualizaciones heurísticas (Fortin, 2008)<sup>3</sup>.

Beugré (1998) señala que el estudio de la justicia organizacional es importante por al menos tres razones. En primer lugar, porque la justicia es un fenómeno social que atraviesa cada vida, cada sociedad y cada organización. En segundo lugar, porque el valor más importante que posee una organización es su fuerza de trabajo y la forma en la que esta es tratada influye de forma considerable sobre sus actitudes y comportamientos. En tercer lugar, porque la fuerza de trabajo se encuentra cada vez más formada, es cada vez más competente y busca no solamente mejores lugares de trabajo, sino también ser tratada con respeto y con dignidad.

La justicia organizacional, pese a su importancia, ha sido raramente objeto de estudio en las organizaciones de la salud. Las investigaciones llevadas a cabo en este ámbito han omitido la definición de este constructo y se han dirigido directamente a la exploración cuantitativa de las relaciones entre una noción presupuesta de justicia organizacional y un entramado de variables entre las que destacan el desempeño laboral y la productividad (Cunningham et al., 2013), la alienación en el trabajo (Ceylan & Sulu, 2010, 2011), los efectos de las políticas organizacionales (Aberese-Ako et al., 2014), la estructura organizacional (Ambrose & Schminke, 2003), la satisfacción laboral (Brandis et al., 2016), el ausentismo laboral (Chênevert et al., 2013), la variabilidad en la aplicación de las recomendaciones basadas en la evidencia (Elovainio et al., 2013), el estrés laboral (Ceylan & Sulu, 2010; Chênevert et al., 2013; Cunningham et al., 2013; Top & Tekingunduz, 2018), la salud de los profesionales (Elovainio et al., 2006) o el bienestar de los pacientes (Pérez-Arechaederra et al., 2014; Virtanen et al., 2012), entre otras.

Las enfermeras han representado, en este contexto, el colectivo profesional más estudiado. Las investigaciones sobre la justicia organizacional llevadas a cabo en torno a ellas se han dirigido al estudio de las relaciones entre la justicia organizacional y la

---

<sup>3</sup> La presentación de la ola distributiva, de la ola procedural y de la ola interaccional permiten comprender el constructo de la justicia organizacional al nivel en el que consideramos preciso para enmarcar la presente investigación. Este es el motivo por el que hemos decidido no indagar en la exploración de las diferentes teorías que se incluyen en el interior de la ola integrativa.

confianza (Chegini et al., 2019; Rajabi et al., 2017), la identificación (Chegini et al., 2019) y el compromiso con la organización (Chegini et al., 2019; Chen et al., 2015; Laschinger, 2004; Perreira, Berta, & Herbert, 2018), la implicación en el trabajo (Sulander et al., 2016), la satisfacción laboral (Chegini et al., 2019; Laschinger, 2004; Rodwell & Gulyas, 2015; Rodwell & Munro, 2013; Xerri, 2014), la percepción de autoeficacia (Chegini et al., 2019), la colaboración entre enfermeras (Pekurinen et al., 2017), el empoderamiento (Kuokkanen et al., 2014; Laschinger & Finegan, 2005), los comportamientos de desviación (Abou Hashish, 2020), los comportamientos organizacionales civilizados (Arbabisarjou et al., 2014; Chang, 2014; Lavelle et al., 2007), la violencia contra las enfermeras en mandos de gestión (St-Pierre & Holmes, 2010), las agresiones por parte de los pacientes (Pekurinen et al., 2017), el *mobbing* (Terzioglu et al., 2016), el distrés moral (Haghighinezhad et al., 2017; Rodwell & Gulyas, 2015; Rodwell & Munro, 2013), el desarrollo de síntomas depresivos (Rodwell & Munro, 2013), las quejas de salud (Topa et al., 2016) o las intenciones tempranas de jubilación (Sulander et al., 2016), entre otras.

El análisis en profundidad de los estudios que versan sobre la temática de la justicia organizacional en las organizaciones de salud tiene, sobre todo para las investigadoras que asumen una posición epistemológica crítica, un efecto reluctante. La mirada que se proyecta sobre este constructo desde los campos de la administración y de las ciencias del comportamiento hace dudar de su capacidad para erigirse como una mirada que pueda ser considerada como realmente justa. Las limitaciones y perversiones de los enfoques tradicionales acerca de la justicia organizacional hacen emergencia de forma temprana y sugieren la necesidad de una ruptura paradigmática.

St-Pierre y Holmes (2010) plantean, en este sentido, una crítica conceptual, teórica y metodológica a la noción tradicional de justicia organizacional. Estos autores ponen en tela de juicio, concretamente y desde un punto de vista conceptual, la multidimensionalidad del constructo atendiendo a las tensiones que se han producido alrededor de la defensa de la validez de las dimensiones de la justicia procedural e interaccional como dimensiones distintas (Cohen-Charash & Spector, 2001; Colquitt, 2001) o de la defensa de la validez de la subdivisión de la justicia interaccional en sus dimensiones interpersonales e informacionales (Rupp et al., 2017; Williams, 2006).

La crítica teórica que St-Pierre y Holmes (2010) emiten sobre la noción tradicional de justicia organizacional se dirige, por otra parte y específicamente, hacia la percepción de que la justicia depende de la aproximación teórica desde la que uno decide observar una determinada organización. La organización no puede ser considerada, entonces, como justa en su globalidad, sino como justa en aquello que concierne a la distribución de las recompensas atribuidas por el trabajo realizado, justa en aquello que concierne a la forma en la que se toman las decisiones o justa en aquello que concierne al trato interpersonal que los trabajadores reciben en ella.

La crítica metodológica que St-Pierre y Holmes (2010) formulan sobre la noción tradicional de justicia organizacional se corresponde, finalmente, con la tendencia de las investigadoras a explorar esta temática desde una metodología cuantitativa que no deja espacio a la emergencia de las experiencias que los participantes de los estudios hacen sobre la (in)justicia, así como con la falta de consistencia en la definición de las dimensiones y de los ítems a considerar en las escalas y herramientas desarrolladas para su medición, siendo las únicas escalas validadas la de la justicia procedural de Moorman (1991) y la de las cuatro dimensiones de la justicia organizacional de Colquitt (2001).

El conjunto de las críticas precedentes resulta de sumo interés para evaluar las limitaciones que las teorías acerca de la justicia organizacional tienen con relación a su propósito general. La primera cuestión que, sin embargo, debería ser planteada, incluso antes de indagar en los asuntos conceptuales, teóricos y metodológicos, es quizás la de qué es y qué debería ser la justicia organizacional (Fortin & Fellenz, 2008). La definición de la justicia organizacional que los campos de la administración y de las ciencias del comportamiento toman como punto de partida constituye, en este sentido, un primer elemento de análisis sobre el que reflexionar.

«Son las percepciones». Esta es la expresión que encabeza la definición de la justicia organizacional. La justicia en el marco de las organizaciones es considerada, así pues, como una cuestión meramente subjetiva —pero paradójicamente medible— cuyo propósito pretende conocer, de una forma descriptiva y a través del uso de la teoría científica y de la investigación empírica, qué es lo que las personas piensan que es justo en las organizaciones en las que trabajan y explorar, de una forma predictiva, cómo

reaccionan a sus propias percepciones de justicia (Boswell et al., 2005; Cropanzano et al., 2015; Cugueró-Escofet & Fortin, 2014).

Esta orientación revela, pese a su aparente inocencia y su supuesta preocupación por el bienestar de los trabajadores en las organizaciones, la ausencia de un propósito ético en sus fundamentos. Fortin y Fellenz (2008) señalan, en este sentido, que las teorías acerca de la justicia organizacional se encuentran repletas de perversiones —a las que se refieren como *hipocresías de la justicia organizacional en la investigación y en la práctica*— que obligan a cuestionarse cuál es el verdadero objetivo en el estudio de las percepciones de los trabajadores, qué se hace a posteriori con ellas y quién es el verdadero público de la justicia organizacional.

Los estudios revisados en esta sección de la revisión de la literatura han tomado como punto de partida una noción preestablecida de justicia organizacional. Las investigaciones que han permitido a las participantes describir en primera persona qué es para ellas la (in)justicia y cómo la experimentan en las organizaciones han sido, a este respecto, inusuales (Afzali, Mokhtari Nouri, Ebadi, Khademolhoseyni, & Rejeh, 2017; Kuokkanen et al., 2014; Laschinger, 2004; Pekkarinen et al., 2008; Shohani, 2018; Skinner et al., 2018). Esta es considerada como una de sus principales debilidades (Mitrano, 1997; Rupp et al., 2017).

La imposición de aquello que es (in)justo en las organizaciones se ha acompañado, además, de objetivos de investigación que han pretendido encontrar una relación entre las percepciones de justicia organizacional y un entramado de variables que, de una forma o otra, se asocian al riesgo de socavar la productividad organizacional, de suspender la previsibilidad de los comportamientos de los trabajadores o de obstruir el alcance de un clima de consenso alienante. El estrés o el burnout, la insatisfacción laboral, la falta de implicación y de compromiso, el declive en los comportamientos cívicos o el ausentismo laboral se encuentran entre las más destacadas.

El hallazgo de relaciones entre la justicia organizacional y las variables precedentes pone al alcance de las investigadoras y del público al que sus resultados van dirigidos una información clave que puede ser posteriormente utilizada con varios propósitos. Las percepciones de los trabajadores pueden ser estudiadas con el objetivo de crear, de manera sustancial, espacios de trabajo más justos para aquellos que en ellos trabajan o pueden ser

estudiadas con el objetivo de modificar las actitudes y los comportamientos que se encuentran en el origen de las mismas para beneficiar a otros dentro de las organizaciones (Cugueró-Escofet & Fortin, 2014; Cugueró-Escofet & Rosanas, 2013).

El público al que, muy a menudo y de forma explícita, se dirigen los resultados de los estudios revisados pone de manifiesto cómo estos presentan un valor inmediato para los gerentes de las organizaciones, más que para la atención de las necesidades de aquellos que se exponen a la injusticia (Rajabi et al., 2017; Rupp et al., 2017). Bies y Tripp (1995) argumentan, en este sentido, que los esfuerzos investigadores en el estudio de la justicia organizacional pueden contribuir, a partir de los resultados generados y aunque sea de forma involuntaria, al mantenimiento del estatus quo en las organizaciones y, por ende, a la perpetuación de la injusticia que se opera en su interior.

La aproximación a la justicia organizacional como si de una percepción meramente subjetiva se tratara resulta, en definitiva, una fuente de información que facilita a los gerentes entender qué percepciones de los trabajadores modificar y cómo modificarlas para que estos piensen que la organización vela y cuida de ellos, así como para evitar, frenar o corregir actitudes y comportamientos potencialmente negativos para las metas perseguidas por parte de las organizaciones (Fortin & Fellenz, 2008; Rupp et al., 2017). Greenberg y Colquitt (2005) revelan este hallazgo, de forma indirecta, al aseverar que percibir altos niveles de justicia en una de las dimensiones de la justicia organizacional —concretamente en la dimensión interaccional— es capaz de mitigar las reacciones negativas de los empleados a la injusticia producida en el resto de las dimensiones.

La modificación de las percepciones de injusticia no tiene, entonces, el por qué corresponderse con una mejora real de la justicia en las organizaciones y, es más, puede representar un engaño a la injusticia (Fortin & Fellenz, 2008). La necesidad de explorar la (in)justicia en las organizaciones desde una mirada alternativa a aquella propuesta por las ciencias de la administración y las ciencias del comportamiento deviene, en este contexto, una necesidad ética de primer orden. Las teorías de justicia social dotadas de una base normativa parecen revelarse como una posible lente desde la que observar la justicia en el interior de las organizaciones.

Los enfoques normativos sobre la justicia, propios del campo de conocimiento de la filosofía social y política, se basan en la elaboración de una serie de conceptos teóricos



alrededor de los que se genera un marco teórico que no solamente se comporta como un entramado de criterios desde los que comprender a qué debería asemejarse la justicia en un entorno dado, sino que también funciona como un recurso al que recurrir, ya sea de una manera anticipada o de una manera ulterior, para decidir sobre la (in)justicia en dicho entorno (Cropanzano et al., 2015; Fortin, 2008; Fortin et al., 2016).

Los investigadores situados desde esta posición paradigmática no cuestionan, en este sentido pues, qué es y qué no es la justicia, sino qué debería ser la justicia; entre sus objetivos de estudio no se encuentra conocer las percepciones de los individuos, sino conocer el bien y lo correcto y el mal y lo incorrecto; y entre sus métodos de análisis no se encuentra el análisis de datos, sino el análisis conceptual y la crítica racional (Alzola, 2011). La justicia no es tratada, de este modo, desde los enfoques normativos, como una cuestión interpersonal, sino como una red de complejas relaciones que se operan en las organizaciones en tanto que microsistemas sociales (Beugré, 1998; Williams, 2006).

Fortin y Fellenz (2008) representan unos de los primeros investigadores que evaden el carácter reificante de las teorías tradicionales de la justicia organizacional y que proponen una visión alternativa sobre la misma centrada en el análisis de las relaciones de poder que se ejercen en las organizaciones. Cugueró-Escofet y Fortin (2014) y Cugueró-Escofet y Rosanas (2013) plantean, posteriormente, en este mismo sentido, que la mejor forma de explorar la justicia dentro de las organizaciones consiste en la integración y la reconciliación de las perspectivas descriptivas y prescriptivas, es decir, de la ciencia empírica y la ciencia normativa.

El estudio de Moffa y Longo (2016) ha sido el único estudio localizado en la revisión de la literatura que ha puesto en uso un marco de justicia social para explorar la temática de la justicia organizacional en el contexto de las organizaciones de salud. La teoría de las dimensiones del bienestar de Powers y Faden (2006) ha sido, concretamente, la escogida por las autoras para analizar el maltrato organizacional —enfocado sobre los actos incívicos y el *bullying*— como una forma de injusticia social que impide a las enfermeras alcanzar su bienestar óptimo y, con él, el despliegue pleno de sus roles y de sus responsabilidades profesionales.

Esta tesis doctoral pretende, al igual que Moffa y Longo (2016), evitar el uso de perspectivas reconciliadoras sobre la justicia organizacional y provocar una ruptura

epistemológica paradigmática apostando, precisamente, por el uso de una teoría de justicia con base normativa para explorar la justicia social y política en las organizaciones de salud desde la perspectiva de las enfermeras que en ellas habitan. La teoría de justicia de Nancy Fraser y las teorías de la aceleración social y de la resonancia de Hartmut Rosa se erigen, en este sentido, como los marcos teóricos que, con una orientación anclada en la agencia política y con fines emancipadores, se aventuran en este propósito.

### **CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO**

«No hay nada tan práctico como una buena teoría»

Lewin (1951)

El tercer capítulo de esta tesis doctoral tiene como objetivo presentar el marco teórico en el que esta se inscribe, es decir, dar a conocer el sistema de ideas a través del que, en tanto que investigadoras, proyectamos nuestra mirada para dar sentido y comprender, como si de un fragmento del mundo a conocer se tratara, el fenómeno de estudio por el que mostramos interés. En él exploramos, así pues, los propósitos, los conceptos principales —sus definiciones y las relaciones dialógicas que mantienen entre ellos—, la estructura y las asunciones que conforman la que deviene finalmente la lente desde la que observamos el mundo (Kramer & Chinn, 2011; Reeves et al., 2008).

Esta investigación se encuentra, más concretamente, enmarcada dentro de lo que Bradbury-Jones et al. (2014) acuñan como un proyecto de investigación impulsado y guiado por la teoría, es decir, un proyecto en el que la teoría es introducida en él desde el exterior hacia el interior y desde el inicio para, posteriormente, convertirse en central y hacerse presente no solamente ahí donde resulta más evidente, es decir, en el proceso de análisis interpretativo de los datos generados, sino también de manera transversal en todas las fases de la investigación, atribuyéndoles solidez y robustez (Grant & Osanloo, 2014).

El pensamiento teórico de los filósofos Nancy Fraser (1947) y Hartmut Rosa (1965) representan, concretamente, los dos marcos teóricos que hemos escogido para guiar la presente investigación. Esta tesis doctoral descansa, de este modo, sobre un marco teórico dual en el que ponemos en diálogo dos teorías críticas cuya complementariedad teórica permite, desde nuestro punto de vista, comprender la naturaleza y la complejidad multidimensional del fenómeno de estudio en el que nos interesamos desde una mirada inédita en la literatura y que, sin duda, representa una contribución de valor inestimable para hacer avanzar el conocimiento.

Este capítulo se encuentra escindido en dos partes. La primera parte se dedica a la presentación del marco teórico de Nancy Fraser y la segunda parte se ocupa de la presentación del marco teórico de Hartmut Rosa. La primera y la segunda parte se inician con una breve exposición de algunos apuntes biográficos sobre los autores en cuestión que ayudan a contextualizar la emergencia de sus teorías en la conexión que se establece entre sus vidas individuales y el contexto en el que estas son vividas; continúan con la presentación de los aspectos fundamentales de sus teorías; y se concluyen con una propuesta de teorización del concepto de agencia política a partir de sus obras.

**PARTE I. NANCY FRASER**

### 3.1. Los apuntes biográficos preliminares

Nancy Fraser (Baltimore, 1947) es profesora catedrática de Filosofía y Política en la New School for Social Research de Nueva York. En tanto que filósofa, teórica crítica, feminista y activista ha dedicado su vida académica, pero también personal, a la reflexión en torno a una multitud de cuestiones que mantienen un vínculo teórico con la teoría social y política, con la teoría feminista y con el pensamiento contemporáneo francés y alemán. Este representa el *background* en el que su corriente de pensamiento se inscribe y en el que ha protagonizado debates que, en la actualidad, la erigen como una de las intelectuales feministas más destacadas de las últimas décadas.

La infancia y la adolescencia de Fraser transcurren en un escenario caracterizado por una fuerte segregación racial que desencadena numerosas luchas, huelgas, protestas y manifestaciones de diversa índole. De padre procedente de una familia judía de Europa del Este, dedicado a la vida de negocios, y de madre procedente de una familia católica irlandesa, voluntaria en diversas organizaciones altruistas, la filósofa confiesa que son sus padres los que le transmitieron las ideas de igualdad que ella defiende. Sin embargo, fueron las mujeres de su familia materna las que representaron para ella una influencia y una incitación hacia la subversión y el feminismo (Downs & Laufer, 2012).

Convertirse en una intelectual representó para ella un acto de rebelión y es que quiso ser alguien muy serio en dicho plano en reacción a un entorno que juzgaba no ser serio frente a los problemas sociales de su época. Motivada por ello, decidió emprender su formación académica en Filología clásica en el Bryn Mawr College de Maryland como un camino para llegar al mundo de las ideas, que era aquello que verdaderamente le interesaba. Pronto descubrió que dicho camino era demasiado largo para realizar sus aspiraciones por lo que decidió abandonar sus estudios de Filología para iniciar su formación en Filosofía en la misma universidad.

La formación que de esta rama del conocimiento recibió estuvo enmarcada en la vertiente analítica de la filosofía del lenguaje y de la ciencia —propia de la tradición anglosajona— una vertiente que contrastaba significativamente con su preferencia por la orientación interdisciplinaria —propia de la tradición occidental— muy emergente en el contexto en el que cursaba sus estudios. La considerada como una debilidad en su formación llevó a Fraser a tomar cursos de historia y de sociología para poder paliarla,

cursos que en el aquel momento no eran autorizados por la mayoría de los Departamentos de Filosofía.

Los obstáculos que tuvo que superar con relación a esta cuestión no lograron frenar, sin embargo, el camino formativo que la condujo a doctorarse en 1980 en el campo de conocimiento de la filosofía en la Graduate Center of the City University de New York. Este camino formativo se siente en una obra que deja entrever, precisamente, el valor del diálogo que se establece entre la importancia que la tradición filosófica continental atribuye a la historia y la importancia que la tradición filosófica analítica atribuye al cuidado de la escritura del argumentario teórico (Downs & Laufer, 2012).

Fraser conduce actualmente su reflexión dentro de un doble registro que, alejado de la filosofía de sofá y próxima al activismo, se articula en torno a un compromiso militante y a una reflexión teórica, filosófica y política sobre los grandes retos a los que, desde su mirada particular, las sociedades contemporáneas se enfrentan y entre los que cabe citar los grandes debates en torno a los conflictos y desacuerdos sobre los fundamentos de la justicia, la transnacionalización de la esfera pública, la evolución del movimiento feminista en el contexto de la globalización, el desarrollo neoliberal y la crisis del capitalismo<sup>4</sup>.

Las preocupaciones precedentes se reflejan en sus obras más destacadas entre las que destacan *Unruly practices: Power, discourse, and gender in contemporary social theory* (1989), *Justice interruptus: Critical reflections on the "postsocialist" condition* (1997), *Adding insult to injury* (2008), *Scales of justice* (2010), *Fortunes of feminism: From state-managed capitalism to neoliberal crisis* (2013), *Transnationalizing the public sphere* (2014) o, más recientemente, *Capitalism: A conversation in critical theory* (2018) y *Feminism for the 99%: A manifesto* (2019).

---

<sup>4</sup> Estas temáticas permiten a Fraser entablar diálogos con otros pensadores contemporáneos, como es el caso de su conocido diálogo con Axel Honneth (Fraser & Honneth, 2003) o de sus debates con Judith Butler (Fraser, 1997b), Iris Marion Young (Fraser, 1995b), Seyla Benhabib (Benhabib et al., 1995) o Rahel Jaeggi (Fraser & Jaeggi, 2018).

### **3.2. La mirada de Nancy Fraser sobre la justicia**

Fraser entiende la *justicia* como la paridad de participación, es decir, como la disposición económica, política y cultural que asegura a todos los miembros de una comunidad la participación en condición de pares, en condición de iguales, en las interacciones sociales y en la vida social en general. El remedio a la injusticia que impera en la sociedad debe pretender, así pues, desde la mirada particular de esta autora, deshacer aquellas barreras institucionalizadas que, de manera sistemática, impiden a ciertos individuos participar en ella en tanto que pares, en tanto que iguales (Fraser, 1995a).

La comprensión de cómo Fraser ha llegado a articular y a proponer esta definición del concepto de justicia implica realizar un recorrido a través de la evolución de su teoría de justicia para observar las distintas formas que dicho concepto ha ido adoptando en el transcurso de su obra. Este recorrido permite observar cómo se produce en ella una clara migración desde una perspectiva bidimensional inicial hacia una perspectiva tridimensional final en el marco del que la idea de justicia deviene cada vez más compleja, cada vez más crítica y cada vez más ajustada al mundo globalizado de hoy (Fraser, 2010).

#### **3.2.1. Hacia una aproximación bidimensional de la justicia**

La teoría de la justicia desarrollada por Fraser en los inicios de su obra destaca por una idea clave que la distingue de sus contemporáneos y es su crítica al hecho de que las reivindicaciones sobre la justicia social se encuentran diferenciadas y truncadas en dos paradigmas: el paradigma de la *distribución* y el paradigma del *reconocimiento*. Estos dos paradigmas difieren en su conceptualización de la (in)justicia, en la determinación de las colectividades que se ven afectadas por ella, en la orientación de las estrategias propuestas para remediarla y en la consideración y el trato brindado a las diferencias de grupo (Fraser & Honneth, 2003).

El paradigma de la distribución representa el paradigma dominante en el marco de la teorización acerca de la justicia desde antaño hasta las últimas décadas. La justicia es definida en él como la equidad en el reparto de los recursos y de la riqueza entre los individuos que conforman una sociedad, es decir, como la igualdad social. La (in)justicia es, así pues, interpretada como una cuestión socioeconómica y, por ende, arraigada en la estructura político-económica de la sociedad (Fraser, 1995a). Este es el paradigma en el



que se sitúan, a modo de ejemplo, John Rawls con su teoría de la justicia como equidad (1999) o Amartya Sen con su enfoque de las capacidades (1999).

Las manifestaciones prácticas más destacadas de esta primera aproximación a la injusticia como inequidad social incluyen la explotación, es decir, el usufructo de los bienes producidos por el trabajo de otros en beneficio propio; la marginación económica, es decir, la negación del acceso al trabajo remunerado o la atribución de los trabajos indeseados o inadecuadamente remunerados a determinados colectivos sociales; o, más aún, la privación a ciertas colectividades del acceso a los recursos considerados esenciales para poder llevar una vida digna en la comunidad (Fraser, 1995a).

Estas formas de injusticia son vividas, en su mayoría, por colectividades sociales que se aproximan y se asemejan al ideal tipo marxiano de clase, es decir y dicho de otro modo, por determinadas clases sociales que son definidas económicamente en función de la relación que mantienen con el mundo del trabajo. La clase trabajadora explotada, los grupos racializados de inmigrantes, ciertas minorías étnicas o el colectivo de mujeres cuando toma la peor parte del trabajo asalariado se encuentran entre las principales (Fraser, 1995a).

Los remedios que podrían suponer el fin de la injusticia económica contemplan un entramado de estrategias de (re)estructuración político-económica a las que Fraser (1997a) denomina de *redistribución*. Entre ellas pueden citarse la (re)distribución de la riqueza, la (re)organización del trabajo, la democratización de la toma de decisiones sobre las cuestiones de inversión económica, la transformación de las estructuras económicas básicas de la sociedad contemporánea y la erradicación de las diferencias de grupo, siendo estas últimas consideradas desde el paradigma de la distribución como marcadores de injusticia.

Las reivindicaciones sobre la justicia basadas en la necesidad de redistribución han sido desplazadas en las últimas décadas por la emergencia con fuerza del paradigma del reconocimiento<sup>5</sup>. La justicia es definida en él como el respeto a las diferencias culturales

---

<sup>5</sup> Esta autora señala que, en las últimas décadas, el auge de la política del reconocimiento ha sustituido un economicismo truncado —propio del paradigma de la distribución— por un culturalismo truncado —

y con la no asimilación de las normas y prácticas sociales dominantes en tanto que condición para la integración y la igualdad de respeto de los individuos que conforman la sociedad. La (in)justicia es, así pues, interpretada como una cuestión cultural y, por ende, arraigada en los patrones sociales de representación, de interpretación y de comunicación de un contexto dado. Este es el paradigma en el que se sitúan Charles Taylor (1994) y Axel Honneth (1996) y sus teorías sobre el reconocimiento.

Las manifestaciones prácticas más destacadas de esta segunda aproximación a la injusticia como desigualdad de respeto incluyen la dominación cultural, es decir, la asimilación y apropiación por imposición de patrones de representación, de comunicación y de interpretación ajenos a los propios; el no reconocimiento, es decir, la invisibilización de las prácticas de representación, de comunicación y de interpretación propias; o, más aún, el irrespeto, es decir, el desprecio o menosprecio individual y/o colectivo en las interacciones cotidianas a través de representaciones culturales públicas estereotipadas (Fraser, 1995a, 1997a; Fraser & Honneth, 2003).

Estas formas de injusticia son vividas, principalmente, por los colectivos que, esta vez, se aproximan y se asemejan al ideal tipo del estatus weberiano, es decir y dicho de otro modo, por aquellas colectividades o individuos cuyo estatus social se ve imbuido en la existencia de diferencias de reconocimiento en la vida social relacionadas con la estima, el respeto y el prestigio que socialmente les son atribuidos. Las mujeres, ciertos grupos étnicos y racializados, pero también el colectivo LGBTQ+, se encuentran entre los principales afectados por ellas (Fraser, 2013).

---

propio del paradigma del reconocimiento—, un truncamiento que rompe el compromiso con la igualdad social a favor de la diferencia cultural. El peso excesivo otorgado a este último paradigma conduce según Fraser a tres problemas: el problema de la reificación, siendo la política identitaria una política que tiende a fomentar el separatismo, el chauvinismo, la intolerancia, el patriarcalismo y el autoritarismo; el problema del desplazamiento, siendo las luchas por la redistribución sistemáticamente marginalizadas; y el problema del desencuadre, siendo la imposición de un marco de referencia restringido y local para procesos amplios y globales un enfoque que no apoya la paridad de participación, sino que exacerba las inequidades y desigualdades (Fraser & Honneth, 2003).

Los remedios que podrían suponer el fin de la injusticia cultural contemplan un entramado de estrategias de cambio simbólico que Fraser (1997a) engloba bajo el término de *reconocimiento*. Entre ellas pueden citarse la (re)valorización ascendente de las identidades y de los procesos culturales de los colectivos menospreciados y/o no respetados; el (re)conocimiento de la diversidad cultural cuando las diferencias de grupo son preexistentes e inocuas en un orden social dominante; o la desinstitucionalización de los patrones sociales y culturales para el cambio en la autoconsciencia y la identidad social de todos cuando las diferencias de grupo no preexisten en el orden social dominante.

Fraser (1995b) comprende, contrariamente a otros pensadores, que los conceptos de distribución y de reconocimiento representan dimensiones analíticamente distintas de la justicia que deberían, no obstante, ser consideradas como dimensiones intrínsecamente entrelazadas<sup>6</sup>, es decir, como formando parte de una misma noción de justicia social y es que, desde su mirada, ambas se traducen, aunque a través de vías y mecanismos de operación diferentes, en un efecto o en un resultado común: el impedimento a ciertos individuos para participar como pares en la interacción social y en la vida social en general.

El remedio para terminar con la injusticia requiere, entonces, desde la perspectiva de Fraser, de la eliminación tanto de los obstáculos político-económicos como de los obstáculos culturales que impiden a los miembros de la sociedad participar como iguales en la vida social. La expresión que sintetiza la mirada de Fraser (1995b) en torno a esta cuestión es que ni la redistribución ni el reconocimiento por separado son suficientes para alcanzar la justicia social, sino que esta requiere, de manera simultánea, tanto del

---

<sup>6</sup> La imagen que Fraser (1995b) proyecta sobre la sociedad actual se corresponde con la de una comunidad ordenada simultáneamente en base a dos ejes de subordinación distintos, pero entrelazados: una estratificación social por clases, arraigada en la estructura político-económica de la sociedad y que desencadena injusticias relacionadas con la mala distribución, y una jerarquía de estatus, arraigada en los patrones de valor cultural de la sociedad y que desencadena injusticias relacionadas con el mal reconocimiento o reconocimiento erróneo.

cumplimiento de una serie de exigencias de redistribución como del cumplimiento de una serie de exigencias de reconocimiento.

Esta autora supera, de este modo, el truncamiento existente entre ambos paradigmas para formular un marco teórico crítico bidimensional o ambivalente en el que los paradigmas de redistribución y de reconocimiento aparecen en la escena de manera integrada y exponiéndose al mundo como dos paradigmas que, de forma sistemática, se traducen en procesos y prácticas que deben ser implementados de manera concomitante para superar las condiciones que sitúan a ciertos individuos o a ciertas colectividades en una posición de desventaja y de subordinación económica, política, social y/o cultural frente a los demás (Fraser, 1997a).

La imbricación de dos paradigmas dueños de propósitos finales divergentes, como son la igualdad social y el reconocimiento de la diferencia cultural, representa, sin embargo, una tarea teórica y práctica complicada de resolver encarnada en el conocido *dilema redistribución-reconocimiento*. Este es precisamente el dilema que alimenta el diálogo que Fraser mantiene con Honneth en *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico* (2003) y en el que la filósofa trata de formular los intentos de integrar de manera coherente las versiones de la teoría cultural del reconocimiento que pueden combinarse con la política social de la igualdad.

La resolución del dilema redistribución-reconocimiento requiere así, a grandes rasgos, identificar las ideas emancipadoras albergadas en cada una de las dimensiones de la justicia respondiendo a una serie de cuestiones ancladas en la filosofía moral, tales como si el reconocimiento es una cuestión de justicia o de autorrealización; si los paradigmas de distribución y de reconocimiento son verdaderamente distintos o si uno es el resultado del otro; si las reivindicaciones de reconocimiento son justificadas o no lo son; y si resulta suficiente el reconocimiento de la humanidad en su conjunto o si se requiere del reconocimiento de aquello particular a cada individuo para alcanzar un marco de justicia social (Fraser & Honneth, 2003).

### **3.2.1.1. El reconocimiento como una cuestión de estatus**

Fraser (2000) comprende el reconocimiento como una cuestión de condición de estatus y formula en base a ello un modelo de estatus desde el que el reconocimiento

recíproco, la igualdad de estatus o la interacción social justa se dan cuando todos los miembros implicados en una interacción social participan en ella como pares, es decir, como iguales, y desde el que el reconocimiento erróneo, la subordinación de estatus o la interacción social injusta se dan cuando existen patrones institucionalizados de valor cultural que no posicionan a los miembros que toman parte de una interacción social como interlocutores pares y plenos de la misma.

El modelo de estatus entiende, entonces, que encontrarse mal o erróneamente reconocido no significa verse afectado por una identidad distorsionada o una subjetividad dañada a causa del menosprecio sufrido, sino encontrarse representado por patrones de representación, de comunicación y de interpretación que, a través de normas sociales y culturales que subordinan a nivel institucional y que desencadenan de manera sistemática la inferioridad, la exclusión, el menosprecio, la diferenciación o la invisibilidad de ciertos individuos frente a los demás, impiden la participación de todos como pares en la vida social (Fraser, 2000).

El remedio para terminar con la injusticia cultural no debería orientarse, de este modo, hacia la revalorización de aquello menospreciado, excluido o invisible en la sociedad, como así se plantea desde las políticas identitarias que Fraser (2007) tanto critica en su obra. Debería orientarse, por el contrario, hacia la superación de la relación de subordinación de estatus que de ella se deriva y debería hacerlo por medio de la desinstitucionalización de los patrones de valor cultural que imposibilitan la paridad participativa y de su sustitución por nuevos patrones que sean capaces de fomentarla (Fraser, 2000).

El modelo de estatus presenta cuatro ventajas fundamentales frente a la consideración que otros pensadores contemporáneos hacen del reconocimiento como una cuestión de autorrealización (Fraser & Honneth, 2003):

- ∴ La primera ventaja es que posibilita la justificación de las reivindicaciones de reconocimiento en un marco moderno caracterizado por el pluralismo de valores y es que no transmite ni impone una visión única de lo que significa la autorrealización o la *buena vida*, sino que admite concepciones distintas sobre ellas bajo la única condición normativa de que estas respeten la paridad participativa de todos.

- ∴ La segunda ventaja es que huye de la idea de que el reconocimiento erróneo proceda de asuntos relacionados con la psicología individual o interpersonal, por lo que supera de manera simultánea la tendencia a la culpabilización del individuo que lo sufre. Desde el punto de vista de Fraser (2007), una sociedad que impide la paridad de participación en la vida social de algunos individuos es moralmente indefendible, produzca o no produzca efectos psicológicos sobre las identidades distorsionadas. El reconocimiento erróneo procede así, desde el modelo de estatus, de obstáculos cuya existencia es, más bien, evidente, demostrable.
- ∴ La tercera ventaja es que previene la idea problemática de que todo el mundo tiene derecho a disfrutar de la estima social y propone que todo el mundo tiene derecho a intentar alcanzar la estima social o a gozar de las oportunidades para ello en condiciones de igualdad.
- ∴ La cuarta ventaja es que, al no considerar el reconocimiento como una cuestión ética ligada a la realización personal, sino como una cuestión de moral deontológica como lo es la distribución, facilita la integración de ambas reivindicaciones en un único marco normativo.

### **3.2.1.2. La bidimensionalidad a partir de la paridad participativa**

El concepto de *paridad participativa* constituye el núcleo normativo del marco teórico de Fraser, siendo este el principio que estipula de manera prescriptiva que el alcance de una sociedad justa requiere inevitablemente de un compromiso social con la creación de acuerdos que garanticen a todos los miembros de la sociedad poder participar en ella en condición de pares, en condición de iguales (Fraser, 1995a). La paridad participativa, entendida como una propiedad cualitativa, es decir, como una condición no numérica desde la que uno se considera y es considerado como par en la vida social, puede ser aplicada a ambas dimensiones de la justicia.

Esta propiedad cualitativa es la que construye la paridad participativa como un principio guía normativo capaz de hacer emerger estrategias dirigidas al remedio de la injusticia que, compatibilizando los paradigmas de la distribución y del reconocimiento, son capaces de mediar e incluso de resolver el dilema redistribución-reconocimiento. Fraser (2007) establece, no obstante, que para que ello sea posible debe cumplirse tanto

una condición objetiva que coloca en primer plano las injusticias arraigadas en la estructura político-económica de la sociedad como una condición intersubjetiva que coloca en primer plano las injusticias arraigadas en el orden cultural de estatus de la misma.

La condición objetiva sugiere, por una parte, que la distribución de los recursos materiales se realice de una manera que asegure la voz independiente de todos los miembros que configuran una determinada comunidad. Las formas de privación, de explotación y de disparidad en aquello que concierne a los ingresos que uno recibe o al tiempo de ocio de que uno dispone son consideradas, de este modo, como formas de ordenación que deben ser erradicadas porque generan dependencia y desigualdad económica por medio de la negación a ciertos miembros de dicha comunidad de las condiciones necesarias para participar como pares en la vida social (Fraser & Honneth, 2003).

La condición intersubjetiva sugiere, por otra parte, que el respeto se sitúe en la base de los patrones institucionalizados de valor cultural. Los patrones que generan formas de desprecio hacia ciertos individuos o colectividades o hacia ciertas de sus cualidades a través de la atribución de una diferencia excesiva a las mismas o del no reconocimiento de su singularidad deben ser, de este modo, erradicados porque generan inequidades culturales por medio de la limitación de las oportunidades para que cada uno de los miembros de una comunidad alcance la estima social necesaria para participar como par en la vida social (Fraser & Honneth, 2003).

La condición objetiva y la condición intersubjetiva disponen los anhelos de redistribución y de reconocimiento, así pues, a un mismo nivel en un marco dual construido en base al principio normativo común de la paridad participativa. El marco bidimensional propuesto por Fraser (1995a) permite, de este modo, evaluar cualquier práctica social —sea o no sea institucionalizada— desde dos perspectivas normativas analíticamente distintas preguntando si la práctica social que está siendo evaluada garantiza las condiciones objetivas e intersubjetivas de la paridad participativa o si, por el contrario, las dificulta.

### **3.2.1.3. La justificación de las reivindicaciones de reconocimiento**

Las reivindicaciones de redistribución y las reivindicaciones de reconocimiento no siempre son consideradas como justificadas, sino que ambas requieren del cumplimiento de criterios preestablecidos para juzgar la legitimidad de su defensa. Los teóricos de la justicia distributiva se muestran, en este contexto, acompañados de una larga y sólida tradición desde la que el principio de igualdad permite justificar las reivindicaciones realizadas. No obstante, los teóricos de la justicia del reconocimiento se muestran, en este mismo contexto y dada su trayectoria de desarrollo de menor duración, con algunas dificultades para establecer los criterios reguladores de sus reivindicaciones.

Fraser (2007) recurre de nuevo al principio de paridad participativa para abordar dicha tarea defendiendo que tanto las reivindicaciones de redistribución como las de reconocimiento deben poder demostrar que su realización persigue la formulación de acuerdos sociales que promueven la paridad participativa en la vida social y que evitan la producción o el empeoramiento de otras disparidades en el resto de los ejes de subordinación. La paridad de participación, además de verse sometida al cumplimiento de una condición objetiva y de una condición intersubjetiva, debe plantearse, en este sentido, a un nivel intergrupar y a un nivel intragrupal.

El nivel intergrupar permite evaluar cómo los patrones institucionalizados de valor cultural posicionan a las minorías —o a aquellos grupos que padecen situaciones similares a ellas— frente a las mayorías o grupos dominantes, mientras que el nivel intragrupal permite evaluar los efectos internos que producen las prácticas minoritarias reclamantes de reconocimiento. Las reivindicaciones de reconocimiento deberían ser, entonces, capaces de demostrar que los grupos dominantes niegan la participación como pares a las minorías y/o que las prácticas minoritarias niegan la participación de los propios miembros de un colectivo como pares en la vida social (Fraser & Honneth, 2003).

Las reivindicaciones de reconocimiento que, en definitiva, logran cumplir las premisas precedentes pueden ser consideradas como justificadas y merecedoras de reconocimiento público. No lo pueden ser, sin embargo, de manera automática y es que la justificación de las reivindicaciones de reconocimiento —y de distribución— deben ser sometidas a un proceso dialógico democrático que, adoptando la forma de debate público, permita, por una parte, la identificación de las necesidades de los miembros de



una comunidad, así como de las formas de injusticia del orden social y, por otra parte, la discusión sobre la idoneidad de las estrategias para remediar las formas de injusticia identificadas (Fraser & Honneth, 2003).

Las necesidades de los miembros de una comunidad, las formas de injusticia que los acechan y las estrategias dirigidas a su remedio no pueden, así pues, ser desvinculadas del contexto en el que se emiten y es que las reivindicaciones justificadas son, en algunos casos, aquellas que fomentan la desvinculación de los rasgos distintivos asignados de manera externa a ciertos miembros de la sociedad; en otros casos, aquellas que cuestionan la propiedad universal de los grupos dominantes; en otros casos, aquellas que plantean la deconstrucción de las diferencias atribuidas; y, en otros casos, aquellas que requieren de una combinación de las estrategias precedentes (Fraser & Honneth, 2003).

#### **3.2.1.4. Las posibles soluciones al dilema redistribución-reconocimiento**

El remedio contra la mala distribución y el reconocimiento erróneo puede abordarse, desde la perspectiva de Fraser (2010), desde dos estrategias alternativas que difieren en sus efectos sobre las estructuras sociales que los sostienen y en los resultados sociales que desencadenan. Estas estrategias responden a las estrategias de afirmación, que buscan modificar de los resultados desiguales que se desprenden de ciertos acuerdos sociales sin afectar por ello la estructura social o el marco subyacente que los genera, y a las estrategias de transformación, que buscan remediar la injusticia que se deriva de ciertos acuerdos sociales transformando y (re)estructurando la estructura o el marco político-económico y/o social que la genera.

El ejemplo clásico de estrategia afirmativa propia del paradigma de la distribución es la del Estado liberal de bienestar. Esta estrategia pretende reparar las formas de injusticia a través de la transferencia de rentas procedentes de ayudas públicas a los individuos o colectividades que, por una razón político-económica, no pueden participar como pares en la sociedad, incidiendo así en el resultado distributivo y dejando intactas las verdaderas causas de la injusticia. El ejemplo clásico de estrategia transformativa propia del paradigma de la distribución es la del socialismo. Esta estrategia pretende actuar precisamente sobre las causas de la injusticia político-económica para favorecer la paridad participativa a través de planes de (re)estructuración de la división del trabajo, de

las formas de propiedad y de otras estructuras económicas básicas del sistema social (Fraser, 2010).

El ejemplo clásico de estrategia afirmativa propia del paradigma del reconocimiento es la del multiculturalismo dominante, una estrategia que pretende corregir la falta de respeto que sufren ciertos individuos o colectividades a través de la (re)valuación de las identidades de grupo que han sido devaluadas, sin afectar por ello el contenido de dichas identidades ni las diferencias de grupo que se desprenden de ellas. El ejemplo clásico de estrategia transformativa propia del paradigma del reconocimiento es la de la deconstrucción. Esta estrategia pretende remediar la subordinación de estatus a través de la (de)construcción de las razones simbólicas que se encuentran bajo los patrones de valor cultural institucionalizados en la sociedad (Fraser, 2010).

Las estrategias afirmativas presentan, por su parte, dos inconvenientes principales. Aplicadas a la mala distribución, al no incidir sobre las causas de la injusticia, convierten a los sujetos que requieren de medidas redistributivas en sujetos que, vistos desde el exterior, son deficientes y necesitan cada vez más ayuda dentro del sistema social, hecho que incrementa las posibilidades de irrespeto hacia ellos; mientras que aplicadas al reconocimiento erróneo cosifican las identidades de grupo dejando de lado la valoración de las vidas individuales, la multiplicidad de sus significaciones y los diferentes ejes de identidad a los que una misma persona puede encontrarse adscrita.

Las estrategias transformativas, en cambio, al actuar sobre las causas de la injusticia evitan la producción de nuevas formas de injusticia y parecen superar la mayoría de los inconvenientes de las estrategias afirmativas. Aplicadas a la mala distribución, se centran en (re)pensar aquello que se encuentra sujeto a distribución articulando los derechos de los sujetos de un modo universalista, promoviendo la solidaridad y evitando su consideración como sujetos vulnerables que se benefician de formas de generosidad especial; mientras que aplicadas al reconocimiento erróneo permiten desestabilizar las bases sobre las que se fundamentan las injusticias evitando la (re)producción de dicotomías dominantes y tomando en consideración la complejidad y la multiplicidad de las diferentes adscripciones de los sujetos y las interacciones que entre ellas se establecen (Fraser, 2010).

Las estrategias transformadoras parecen ser, en este sentido, más deseables que las estrategias afirmativas. No obstante, su aplicación práctica no se encuentra libre de dificultades y es que deconstruir las bases del sistema político-económico y cultural no se halla en el interés de todos los sujetos. Desde el punto de vista político-económico, los sujetos que sufren de la mala distribución prefieren, en su mayoría, percibir los efectos directos de medidas redistributivas superficiales —como la transferencia de rentas— a verse inmersos en un cambio a largo plazo de la estructura económica del sistema que habitan. Desde un punto de vista cultural, los sujetos tienden a ser mayormente partidarios del apego a y de la defensa de su identidad menospreciada más que de su deconstrucción (Fraser, 2010).

Fraser (2008) se enfrenta en el transcurso de su obra a la tarea de plantear una posible solución a los inconvenientes que ambas estrategias presentan proponiendo y defendiendo lo que ella misma acuña como *reformas no reformistas*. Las reformas no reformistas responden a estrategias alternativas medias que se sitúan, en aquello que concierne a sus efectos sobre las estructuras sociales y a sus resultados sociales, entre las estrategias afirmativas, entendidas como practicables, pero con efectos cuasi insignificantes más allá del corto plazo, y las estrategias transformadoras, entendidas como poco factibles de ser practicables, pero con efectos sólidos a largo plazo.

Las reformas no reformistas, capaces de combinar los puntos fuertes de ambas estrategias, pretenden, de este modo, no solamente remediar de forma superficial e inmediata la injusticia dada en una sociedad, sino labrar, asimismo, el camino para que otros remedios y otras reformas, quizás más radicales, sean factibles, desde un punto de vista político y social, en un futuro próximo. Fraser (2008) se adhiere, de este modo, a la creencia de que pequeñas reformas superficiales pueden acumularse en el tiempo para transformar de forma profunda las estructuras político-económicas y culturales que generan las formas de injusticia que acechan a los individuos en la sociedad.

### **3.2.2. Hacia una teoría tridimensional de la justicia**

Fraser (2008) plantea la necesidad de hacer migrar su teoría bidimensional de la justicia hacia una teoría tridimensional que, esta vez, contemple una nueva dimensión, olvidada por ella misma y por otros pensadores, como es la de la política. Esta dimensión, cuyo concepto nuclear responde al de la representación, debe unirse a la dimensión

económica y a su concepto nuclear de distribución y a la dimensión cultural y a su concepto nuclear de reconocimiento —ya contempladas en su aproximación previa— para abordar una cuestión de marco que, más allá del qué de la distribución y del reconocimiento, se interese por el quién y el cómo de la justicia.

La dimensión política de la justicia permite, de este modo, recoger asuntos de pertenencia social centrándose en la cuestión de quién puede y quién no puede presentar exigencias o reclamos de redistribución y de reconocimiento, es decir, de quién es incluido en la constitución de la vida social y de quién es excluido de ella, así como asuntos de procedimiento centrándose en las reglas o normas de debate y de decisión sobre las que la presentación de exigencias y de reclamos se basa, es decir, en cuáles son y cómo son las condiciones y los medios que permiten a aquellos sujetos incluidos en una determinada interacción social proponer sus exigencias y sus reclamos.

Las manifestaciones prácticas de esta tercera aproximación a la injusticia toman forma de falta de representación a causa de la carencia de marco si la negación a algunos individuos o colectividades de su participación en la vida social se debe a su ubicación fuera de sus límites fronterizos; de falta de representación política ordinaria si se debe a las normas dominantes de toma de decisiones que en ella imperan; o de falta de representación metapolítica si se debe a la concentración de las funciones de establecer, de fortalecer, de cuestionar y de revisar el marco y las delimitaciones del espacio público en manos de voces dominantes (Fraser, 2010).

El remedio contra la injusticia política supone, desde una mirada centrada en la aplicación de estrategias afirmativas, la formulación de políticas que modifiquen los límites del marco que deciden sobre el quién de la justicia sin plantear, no obstante, la necesidad de un cambio de marco y, desde una mirada centrada en la aplicación de estrategias transformativas, la formulación de políticas que pongan en cuestión el marco existente y que, recurriendo al principio de todos los afectados (Owen, 2014), permitan a todos los individuos afectados por una estructura o institución injusta tener el estatus moral de sujetos de justicia en la relación que los une a ella (Fraser, 2010).

Fraser (2008) defiende que la dimensión política de la justicia se encuentra, pese a que sus manifestaciones y sus remedios sean diferenciales, entrelazada a sus otras dos dimensiones y es que las tres se influyen recíprocamente, siendo la capacidad que un

individuo posee para emitir reivindicaciones de distribución y de reconocimiento en la vida social dependiente de las relaciones de representación que en ella puede establecer, y estas últimas, a su vez, dependientes de las relaciones de clase y de estatus que dicho individuo mantiene en la sociedad. La tesis que Fraser (2010) sostiene así con relación a su idea de justicia es que no puede haber redistribución y reconocimiento sin representación.

### **3.3. La agencia política desde la perspectiva de Nancy Fraser**

El concepto de agencia política representa un término que, si bien no se deja aparecer de una manera explícita en la obra de Fraser, sí lo hace de una manera implícita en ella y es que, en el transcurso de la misma, esta autora sugiere que existe un ingrediente que toda teoría que aspira a ser crítica debería incorporar y tomar en consideración: el interés por aproximarse a la posición de los agentes o potenciales participantes de las luchas sociales que buscan transformar el sistema en el que se encuentran inmersos (Fraser & Jaeggi, 2018). Esta idea representa no solamente un alejamiento de las aproximaciones críticas enfocadas hacia el contexto o el sistema macroestructural externo a los sujetos, sino una primera intención dirigida al reconocimiento de la agentividad de los miembros de una comunidad política en las luchas sociales.

La mirada de Fraser apunta implícitamente, de este modo, a una noción de agencia que no solamente atiende a la capacidad de los individuos para pensar que el orden social en el que se desenvuelven necesita un cambio para ser considerado como justo social y políticamente, sino que también atiende a la creencia de que los individuos poseen la capacidad y la responsabilidad de participar en el movimiento que permitirá hacer de él una realidad. Fraser & Jaeggi (2018, p. 173) hacen uso, en este sentido, de las palabras del filósofo norteamericano Thomas A. McCarthy para defender y argumentar que «la teoría crítica no da a los participantes de las luchas sociales la última palabra, pero sí les da la primera».

Los miembros que comparten una misma estructura político-económica, social y cultural deberían adoptar, entonces, desde esta mirada, una posición política en relación a ella y es que no son objetos pasivos diseñados externamente y sometidos posteriormente al sistema, sino sujetos políticos que deben tener una voz con potencial para tomar decisiones sobre aquellas cuestiones que los afectan en común, así como para movilizar

discursos hacia el cambio y la transformación social. Los miembros de una comunidad política deberían construirse a sí mismos como agentes de práctica discursiva y no como ecos, efectos o resultados del orden simbólico que habitan (Fraser & Jaeggi, 2018; Fraser, 2019).

Las ideas precedentes, si bien se vislumbran de manera transversal en la obra de Fraser, lo hacen particularmente y de una forma evidente en sus escritos acerca de la esfera pública transnacional y acerca de las luchas por la definición y por la interpretación de las necesidades.

### **3.3.1. El concepto de esfera pública**

Fraser (1990) define la *esfera pública* como el espacio institucionalizado de producción y de interacción discursiva en el que, a través de sus voces, los ciudadanos participan políticamente en las sociedades modernas debatiendo sobre los problemas que comparten en común. La teorización que la autora hace de este concepto resulta especialmente crítica con las formas más tradicionales de comprenderlo, formas entre las que ubica la concepción habermasiana del mismo —a la que etiqueta de burguesa, masculina y de supremacía blanca— siendo a partir de ella que propone su propia visión al respecto.

La esfera pública es concebida por Habermas desde la premisa, en primer lugar, de que todos los participantes de una interacción social dada son capaces de poner entre paréntesis sus diferencias de posición —de clase, de estatus y de voz política— y de intervenir en ella como si fueran social y políticamente iguales. El «como si» habermasiano resulta ampliamente problemático para Fraser y es que de él se extrae que la igualdad social, es decir, la eliminación de las desigualdades entre los participantes de una interacción social, no es considerada como un requisito indispensable para alcanzar el ideal de democracia política.

El hacer «como si» fuesen iguales tan siquiera suspendería momentáneamente las desigualdades existentes entre los intervinientes en una interacción social puesto que estas continuarían teniendo un impacto informal negativo sobre la paridad participativa de ciertos miembros de la comunidad política a través de las formas estructurales de dominación y de subordinación presentes en el contexto social más amplio en el que dicho

espacio discursivo se encuentra inmerso. La esfera pública que Fraser (1990) defiende es, así pues, una esfera que no promueve la paridad participativa a través de la suspensión de las desigualdades sociales estructurales, sino que la promueve a través de su erradicación activa.

La concepción inicial de la esfera pública habermasiana sugiere, en segundo lugar, que la creación de múltiples esferas públicas supone un retroceso hacia la democratización del espacio público, siendo una esfera pública única más favorable a dicho propósito. Fraser (1990) sostiene precisamente lo contrario y es que, desde su mirada, la creación de diversos espacios discursivos posibilita, aunque de una forma quizás más aislada, que los grupos subordinados en la sociedad puedan debatir, formular y dar voz a sus necesidades, propósitos y estrategias en un escenario menos supervisado y cohibido que el brindado por una esfera pública única.

Esta autora acuña las múltiples esferas públicas en cuestión como *contrapúblicos subalternos*. Estos responden a espacios discursivos alternativos desde los que crear y hacer circular contradiscursos y articular nuevas identidades, nuevos intereses y nuevas necesidades en condiciones de igualdad de derechos, de estatus y de voz deviene posible para los sujetos que no gozan de una condición de igual en la vida social. Esta idea, advierte Fraser (1990), no debe caer, sin embargo, en el error de presuponer que dichos espacios sean una panacea contra la ausencia de democracia y contra la desigualdad puesto que, en ocasiones, pueden estar (re)produciendo formas de subordinación.

El reconocimiento de los contrapúblicos subalternos como espacios que fomentan el separatismo y el aislamiento de los diferentes públicos que comparten un mismo espacio social es contemplado y rebatido por Fraser (1990) y es que, desde su mirada, estos promueven, aunque a largo plazo, la extensión de los espacios discursivos. «Los contrapúblicos subalternos funcionan como espacios de retiro y de reagrupamiento y como bases y campos de entrenamiento para actividades de agitación dirigidas a públicos más amplios», defiende Fraser (1990, p. 68), en este sentido, dejando emerger el potencial emancipador que en ellos se alberga.

Fraser critica, en tercer lugar, la premisa habermasiana desde la que se entiende que no es deseable que en la esfera pública emerjan asuntos e intereses privados, sino únicamente asuntos e intereses en torno a cuestiones relacionadas con el bien común. Esta

autora es firme partidaria de que son los propios participantes de una interacción social los que deberían poder decidir qué es y qué no es una necesidad para su propio bien común, siendo esta la condición que permitiría que los intereses y las necesidades de aquellos participantes subordinados en las interacciones sociales pudieran ser introducidos en un escenario público y de confrontación discursiva (Fraser, 1990).

La separación habermasiana entre el mundo de la vida y el sistema (Habermas, 1981) deviene, en cuarto y último lugar, un nuevo foco de crítica para Fraser. La concepción dual y burguesa según la cual la esfera pública se establece únicamente en el mundo de la vida —en la cultura, en la sociedad y en la personalidad— y concierne únicamente a la formación autónoma de la opinión pública, no dejando espacio para la influencia y el poder de la sociedad civil sobre la toma de decisiones en relación con aquello que sucede en el sistema —en la economía y en la política— es profundamente contraargumentada por Fraser (1990).

Esta autora formula, en este sentido, dos nuevos conceptos desde los que distinguir la influencia y el poder que los miembros de la sociedad pueden tener sobre la formación de la opinión pública y sobre la toma de decisiones pública reconociendo, así pues, una cierta capacidad de acción en ellos. Estos dos conceptos son el de *público débil* y el de *público fuerte*, siendo el primero aquel público cuya práctica deliberativa consiste únicamente en la formación de opinión y no en la toma de decisiones y el segundo aquel público cuya práctica deliberativa consiste no solamente en la formación de opinión, sino también en la capacidad de influencia y de toma de decisión (Fraser, 1990).

Fraser (1990) eleva el nivel de su argumentario a partir de sus cuatro críticas a la concepción habermasiana de la esfera pública hacia la proposición de cinco cuestiones que la noción de esfera pública desde la mirada de la Teoría Crítica debería contemplar, siendo estas cómo la desigualdad social penetra en el interior de los públicos; de qué manera los públicos se segmentan, obtienen y ejercen su poder; de qué forma algunos públicos son aislados y subordinados a otros públicos dominantes; cómo se procede a la diferenciación entre asuntos públicos y privados en la vida social; y cómo el carácter débil de algunos públicos se ve desprovisto de cualquier forma de fuerza real en la comunidad política.



Esta autora formula dos ideas generales para tratar de abordar dichas cuestiones. La primera de ellas responde a la *legitimidad normativa*, es decir, a la cuestión de quién es incluido como par en los debates públicos acerca del bien común, una cuestión que responde a su vez a dos condiciones: la condición de inclusión que, basada en el principio de todos los afectados (Owen, 2014), establece que las discusiones deben estar abiertas a todos aquellos que estén interesados en los resultados de la misma; y la condición de paridad, que propone que todos los individuos que toman parte de una interacción social deben poder expresar sus miradas, determinar las temáticas sujetas a debate, cuestionar los argumentos de otros, cambiar sus posiciones y contar como interlocutores en cualidad de iguales (Fraser, 1990).

La segunda idea que Fraser (1990) plantea en esta dirección se corresponde con la cuestión de la *eficacia política de la opinión pública*. Esta se refiere a la capacidad que la esfera pública posee para convertir la opinión de la comunidad en una fuerza política, así como para asegurar que las acciones emprendidas a nivel macroestructural respondan a la voluntad de la propia comunidad. Las reflexiones que esta autora emite en este sentido se conectan de manera directa con las reflexiones que, dando continuidad a su trabajo en torno al concepto de esfera pública, conciernen a la temática de la lucha por la definición y la interpretación de las necesidades.

### **3.3.2. La lucha por la definición y la interpretación de las necesidades**

La discusión sobre la lucha por la definición y la interpretación de las necesidades que Fraser (2007) articula en su obra resulta de suma utilidad para comprender cómo los sujetos que comparten una misma estructura político-económica, social y cultural pueden situarse en ella y formular desde su interior sus reivindicaciones políticas. Esta autora sitúa, de este modo y en oposición a las miradas más tradicionales en torno a esta temática, al individuo o a la colectividad de la comunidad política sujeta a formas de desigualdad y de injusticia en el centro de dicha estructura reconociendo, así pues, la capacidad de acción que en ellos se alberga.

Las teorías tradicionales sobre la definición de las necesidades son apuntadas por Fraser (2007), en este sentido, como limitadas por cuatro razones. En primer lugar, sugiere que, desde las mismas, las necesidades son interpretadas como si su problematización no fuese necesaria, siendo la satisfacción de las necesidades un asunto

encubierto, como también lo son las tareas iniciales de su interpretación. En segundo lugar, critica que desde las teorías tradicionales no se cuestione quién debería encargarse de interpretar las necesidades, desde qué mirada y posición debería hacerlo y qué intereses debería tener.

Las teorías tradicionales sobre la definición de las necesidades son, asimismo y en tercer lugar, acusadas por Fraser (1986) de interpretar las necesidades desde una forma única de discurso público que se encuentra sesgada a favor y en beneficio de los intereses de los grupos dominantes y que puede actuar en contra y en perjuicio de los grupos subordinados. Finalmente y en cuarto lugar, esta autora apunta a que dichas teorías no cuestionan la lógica social e institucional de la interpretación de las necesidades y de las relaciones establecidas entre aquellos que participan en la toma de decisiones en torno a ella.

La respuesta que Fraser (1986) ofrece a las que considera como las debilidades generales de las teorías tradicionales de la definición y de la interpretación de las necesidades consiste en la descripción de tres modalidades de lucha política que difieren entre sí en aquello que concierne al papel que el sujeto adopta en relación al discurso. Estas tres luchas responden a la lucha por la elevación o la negación del estatus de una determinada necesidad como un asunto político, la lucha por la definición de las necesidades y de lo que las cubriría y la lucha por la determinación de los mecanismos y estrategias de satisfacción de las necesidades.

La teorización que Fraser (1986) ofrece en torno a estas tres modalidades de lucha política se interesa, particularmente, por explorar lo que ella misma acuña como *medios de interpretación y de comunicación socioculturales*, es decir, por el conjunto de recursos discursivos que los miembros de una determinada comunidad política disponen para formular sus necesidades y para comunicar sus reivindicaciones. Los recursos discursivos sobre los que hace girar sus reflexiones se corresponden con:

- ∴ Los lenguajes reconocidos de modo oficial desde los que los sujetos manifiestan sus reivindicaciones. Los sujetos, ¿hablan de necesidades? ¿de derechos? ¿de intereses?

- ∴ Los vocabularios específicos dentro de estos lenguajes. Los sujetos, ¿hablan haciendo uso de un vocabulario terapéutico? ¿administrativo? ¿feminista? ¿socialista?
- ∴ Las formas paradigmáticas de resolución de las situaciones en las que imperan reivindicaciones opuestas y contradictorias. En la resolución de una situación de conflicto, ¿se usan mecanismos de solución autoritarios o democráticos?
- ∴ Las posibilidades para construir discursos individuales y colectivos que dan forma a las identidades sociales. Los sujetos, ¿son capaces de construir sus identidades sociales de un modo autónomo?
- ∴ Los modos en que los diferentes discursos sitúan a los miembros de la comunidad como sujetos con diferente capacidad de acción. Los sujetos, ¿son posicionados como normales o como desviados? ¿como determinados o como libres? ¿como víctimas o como potenciales activistas? ¿como individuos dispersos o como miembros de un colectivo organizado?

Fraser (1986) explica que los recursos discursivos con los que cuentan los miembros de una comunidad política se encuentran sujetos a los ejes de subordinación que ordenan la sociedad, por lo que se encuentran socialmente distribuidos de una manera no equitativa entre ellos. Los medios de interpretación y de comunicación socioculturales se encuentran inmersos, de este modo, en un marco de patrones de subordinación y de dominación que genera diferencias entre ellos y que los escinde, concretamente, en medios de interpretación y de comunicación *hegemónicos* y medios de interpretación y de comunicación *no hegemónicos*.

El concepto de *hegemonía* es comprendido por Fraser (1986) como la faceta discursiva del poder, es decir, como el poder para establecer lo que debe ser considerado como de sentido común en la sociedad y, en el caso de aquello que concierne a los medios de interpretación y de comunicación, como el poder que estos ejercen para determinar la agenda política, los límites entre publicidad y privacidad, las situaciones y las necesidades de la comunidad, así como la justificación y la resolución de los desacuerdos en torno a ellas en los debates públicos. La hegemonía sitúa a los miembros de una comunidad, así pues, en un gradiente que posee como extremos la ventaja y la desventaja en su relación al discurso.

La diferencia entre los medios de interpretación y de comunicación socioculturales hegemónicos y no hegemónicos responde, de este modo, al acceso diferencial al poder que los individuos disponen para establecer como hegemónicas o como de sentido común, a través de sus voces, de sus actos y de sus intervenciones, sus respectivas necesidades. Fraser (1986) no pretende, sin embargo, ofrecer una visión fatalista de aquello hegemónico y es que no apoya la idea de que aquello hegemónico sea inamovible, sino que, al contrario, defiende que aquello hegemónico puede ser subvertido mediante la negociación y la práctica política.

Los individuos pueden, entonces, expresarse como *agentes contrahegemónicos*, es decir, como agentes que contribuyen en la lucha por la institucionalización de sus horizontes de valor cultural, un detalle que renueva las posibilidades de desarrollo de su agencia política en dirección a su emancipación. Los discursos que los individuos articulan con este fin son etiquetados por Fraser (1990) como *opositores*, siendo estos aquellos que surgen cuando los miembros o las colectividades de una determinada comunidad política comienzan, desde abajo, a cuestionar sus identidades, sus roles subordinados y la interpretación tradicional que, desde arriba, se proyecta sobre sus necesidades.

La (re)politización de las necesidades alcanzada a través de los discursos opositores consigue poner en primer plano algunas de las tareas principales de la Teoría Crítica, como la de cuestionar la división establecida entre los asuntos públicos y privados, la de proponer visiones alternativas sobre sus propias necesidades, la de construir nuevos contrapúblicos subalternos desde los que presentar sus reivindicaciones a públicos más amplios, la de cuestionar y movilizar elementos hegemónicos que subordinan y la de cristalizar nuevas formas de identidad, de interpretación de sus necesidades y de (de)construcción de los significados sociales (Fraser, 1986).

El compromiso con las tareas anteriores deja entrever el progresivo desplazamiento de los individuos como observadores de su propia represión y distorsión hacia su consideración como agentes capaces de protagonizar movimientos sociales, de participar como pares, de hablar y de ser escuchados, de poder controlarse a sí mismos y de dar voz propia a sus vivencias, sus experiencias y sus reivindicaciones en la vida social (Fraser, 1986). Los discursos opositores no circulan, a pesar de todo, de forma libre sino que

chocan contra dos nuevas modalidades de discurso que Fraser acuña como *discursos reprivatizadores* y *discursos de expertos*.

Los discursos reprivatizadores representan aquellos discursos que, por un lado, bloquean los discursos opositores defendiendo las divisiones preexistentes entre los asuntos públicos y privados, abogando por la despolitización de las necesidades y la restricción de la difusión de las reivindicaciones realizadas por los contrapúblicos hacia públicos más amplios. Esta modalidad de discurso, al renovar el no reconocimiento de las necesidades de los individuos y de los colectivos subordinados en la sociedad, pueden, sin embargo, desprender resultados paradójicos y es que pueden suponer una reacción de crispación con potencial para reforzar el compromiso en la lucha social (Fraser, 1989).

Los discursos de expertos representan aquellos discursos que, por otro lado, convierten las necesidades que han logrado politizarse en necesidades que deben ser controladas y que deben ser intervenidas desde arriba. Esta modalidad de discurso desencadena, así pues, la construcción de los individuos y de las colectividades de las que estas necesidades proceden como individuos y colectividades pasivos, que perciben la cobertura de sus necesidades y, entonces, como individuos y colectividades que renuevan su posición de subordinación de estatus desde la que las posibilidades de alcanzar sus aspiraciones emancipadoras se ven drásticamente reducidas (Fraser, 1989).

La confluencia entre los discursos opositores, reprivatizadores y de expertos hace plantear a Fraser (1989) la pregunta de cómo puede reconocerse la definición y la interpretación de necesidades justificada de aquella que no lo es. La respuesta que ofrece a esta pregunta contempla una cuestión procedimental y una cuestión de resultado, siendo así, respectivamente, una interpretación de necesidad mejor que otra cuando se establece a través de procesos comunicativos basados en principios de democracia, de solidaridad, de igualdad y de equidad y cuando no sitúa a ciertos miembros de la comunidad política en desventaja respecto a los demás (Fraser, 1989).

## **PARTE II. HARTMUT ROSA**

### 3.4. Los apuntes biográficos preliminares

Hartmut Rosa (Lörrach, 1965) es catedrático de sociología en la Friedrich Schiller University de Jena y director del Max Weber Center for Advanced Cultural and Social Studies de la Universidad de Erfurt, en Alemania. Filósofo, sociólogo y politólogo es considerado en la actualidad como uno de los principales representantes de la Escuela de Frankfurt y, de hecho, como miembro de su cuarta generación. Su adscripción disciplinar se corresponde con los campos de conocimiento de la sociología, de la Teoría Crítica, de las ciencias políticas y de la filosofía, materias que imbuyen su actividad académica y personal.

Rosa procede de una familia de clase obrera, asentada en un pequeño pueblo situado en el sur de la Selva Negra, muy experimental en cuestiones de religión. Estas dos particularidades —su lugar de nacimiento y las vivencias que hizo a través de las distintas religiones que sus padres decidieron adoptar cuando él solamente era un niño— se dejan entrever y reflejar en su obra y su pensamiento filosófico por medio de sus recurrentes alusiones al interés por comprender la conexión que los individuos establecen con la naturaleza y de su sensibilidad hacia la diversidad y la multiculturalidad presentes en las sociedades actuales.

Rosa emprendió sus estudios universitarios en Filosofía, Ciencias políticas y Filología y, de una forma simultánea, en Literatura Alemana en la Universidad de Friburgo. De un modo similar a aquello que motivó a Fraser a acercarse a la filosofía a través del estudio de las lenguas clásicas, Rosa consideró que la literatura era en ese momento la mejor manera de acceder a la filosofía y es que, para él, esa era la mejor forma de filosofía. La literatura le permitía aproximarse de una forma fiel y no abstracta a las cuestiones por las que sentía mayor inclinación tales como «de qué se trata la vida» o «qué es aquello central para el ser humano» (Bialakowsky, 2018).

La orientación de los estudios en Filosofía en Alemania, muy centrada en el pensamiento filosófico de Heidegger, de Kant y de los filósofos griegos, se alejaba de las preocupaciones e intereses personales y académicos de Rosa. A punto de abandonar su formación por este motivo, se le presentó la oportunidad de realizar una estancia en la London School of Economics and Political Science, una oportunidad que puso en suspensión su decisión de abandonar sus estudios. Su estancia tuvo, en este sentido, dos

repercusiones de diferente índole, pero de similar importancia para él, que marcaron profundamente la orientación futura de su pensamiento filosófico.

Londres contrastaba, por una parte, con su vida habitual en Lörrach. La vida en una gran ciudad desencadenaba una forma muy distinta de *estar* en el mundo y de relacionarse con él. Estas reflexiones se encuentran en la base del desarrollo de su teoría de la aceleración social. La orientación de los estudios en Inglaterra le permitió descubrir, por otra parte, el pensamiento del filósofo canadiense Charles Taylor (1931), del que se interesó especialmente en sus aportaciones sobre la construcción de las identidades modernas, temática que le ayudó a formular algunos elementos de su teoría de la aceleración social y de su teoría de la resonancia.

Estas dos repercusiones llevaron a Rosa a encontrar por fin su camino como filósofo. A su regreso a la Universidad de Friburgo, terminó sus estudios en Filosofía en 1992 y se especializó en Ciencias políticas y Teoría política en 1993. Empezó seguidamente sus estudios de doctorado y se doctoró en 1997 con una tesis sobre Charles Taylor, bajo la dirección del filósofo alemán Herfried Münkler (1951) y del filósofo alemán de la tercera generación de la Escuela de Frankfurt Axel Honneth (1949). A través de este último se interesó en la tradición de la Teoría Crítica a la que aportó un enfoque que trató de superar las divisiones entre disciplinas para unir en ella campos de conocimiento tan diversos como los de la filosofía, la psicología, las ciencias políticas o la sociología.

Entre sus obras más destacadas se incluyen *Alienation and acceleration – towards a critical theory of late-modern temporality* (2010), *Social acceleration: A new theory of modernity* (2015), *Resonance: A sociology of our relationship to the world* (2018) y su obra más reciente *The uncontrollability of the world* (2020).

### **3.5. La teoría de la aceleración social**

La teoría de la aceleración social representa la teoría por medio de la que Rosa se ha dado a conocer a nivel internacional llevando a cabo un diagnóstico detallado sobre los cambios que han ocurrido en el mundo material, en el mundo social y en el mundo subjetivo de las sociedades occidentales tardomodernas, convirtiendo una dimensión omitida por otros pensadores contemporáneos, la dimensión temporal —y con ella, las formas que adopta, sus mecanismos de funcionamiento y sus consecuencias—, como la



que debería ser considerada la categoría central de un nuevo modo de pensar y de formular la teoría crítica-social.

### **3.5.1. El concepto de aceleración social**

La experiencia de la modernización es una experiencia de aceleración. Tal es la tesis que Rosa (2010) sostiene respecto a la vivencia básica que mejor define y desde la que mejor se interpreta la modernidad. Los procesos de racionalización, de diferenciación, de individualización o de domesticación no representan, así pues, para este autor, los procesos que caracterizan la modernidad tardía, sino que los que lo hacen son los procesos de dinamización, de aceleración y de cambio en las estructuras temporales (Rosa, 2015). Pero, ¿a qué se refiere Rosa, exactamente, con una sociedad moderna y, por ende, acelerada?

Una sociedad o una institución puede ser considerada como moderna, según Rosa, cuando su modo de estabilización es dinámico, es decir, cuando su estabilización requiere, de forma sistemática, de crecimiento material, de aceleración tecnológica y de innovación sociocultural para reproducir su estructura y para mantener el estatus quo institucional. (Rosa, 2017b, p. 439)

Esta definición transmite, así pues, la idea general de que, en la sociedad actual, los sujetos, las instituciones y las organizaciones necesitan crecer, innovar y, en definitiva, acelerar de una forma permanente y a una velocidad cada vez mayor en las esferas económica, política, social y cultural que conforman el sistema en el que habitan. Deben hacerlo no tanto bajo el propósito de lograr posicionarse en él en un lugar concreto juzgado como más deseable, sino para no quedarse atrás, es decir, para permanecer en el mismo lugar que ocupan en ese preciso instante, contribuyendo así a (re)producir las dinámicas que en él se operan (Rosa, 2016).

Rosa (2015) desarrolla y propone, de forma específica, un marco teórico y analítico conformado por tres dimensiones fundamentales que deben ser tomadas en consideración si uno quiere entender qué es aquello que se encuentra exactamente acelerado en la sociedad moderna. A pesar de que el autor separe analítica y empíricamente estas tres dimensiones, esta representa una estrategia aplicada para disolver, en cierto modo, la

complejidad de la multidimensionalidad del fenómeno de la aceleración, y es que, a nivel práctico, las tres dimensiones se hallan interrelacionadas, siendo irreducibles las unas a las otras.

La primera dimensión de la aceleración se corresponde con la forma de aceleración más común, más obvia y más sencilla de medir: la *aceleración tecnológica*. Esta puede definirse como «el aumento intencional de la velocidad de los procesos orientados a metas específicas» (Rosa, 2016, p. 21). La historia de la aceleración de la modernidad es, así pues, una historia de aceleración progresiva del transporte, de la comunicación y de la producción de bienes y servicios, pero también de todos los procesos de organización, de decisión, de administración y de control que se establecen con el propósito de alcanzar el cumplimiento de un determinado objetivo en un tiempo cada vez menor.

La segunda forma de aceleración que toma parte en la dinamización de la sociedad moderna es la *aceleración del cambio social*. Esta puede ser definida como «el aumento del ritmo de cambio con respecto a las estructuras asociativas y relacionales, el conocimiento —teórico, práctico y moral—, las instituciones y prácticas sociales y culturales y las orientaciones de acción» (Rosa, 2016, p. 24). La aceleración significa, desde esta dimensión, el cambio a gran velocidad de las actitudes, valores, modas, estilos de vida, relaciones y obligaciones sociales, estructuras familiares, lazos políticos y religiosos, grupos, clases, entornos, lenguajes sociales, formas de práctica y hábitos (Rosa, 2016).

Rosa recurre al constructo de la *contracción del presente* de Hermann Lübbe con la intención de facilitar la comprensión y la comprobación empírica de esta segunda dimensión de la aceleración. Con esta expresión, se refiere al hecho de que los lapsos de tiempo en los que se puede asumir la estabilidad del presente tienden a encogerse cada vez más en los diversos ámbitos de la sociedad. La (re)escritura del tiempo presente a partir de las experiencias del pasado y las expectativas sobre el futuro se produce por parte de los sujetos, de las instituciones y de las organizaciones, de este modo, en un intervalo de tiempo cada vez más corto (Rosa, 2016).

Los efectos de esta consideración se encuentran directamente relacionados con la última dimensión que conforma el marco tridimensional que Rosa formula en torno a la aceleración: la *aceleración del ritmo de vida*. Rosa define esta tercera dimensión como

«el incremento del número de episodios de acción o de experiencias vividas por unidad de tiempo; o dicho de otro modo, la consecuencia del deseo o de la necesidad sentida de hacer más cosas en menos tiempo» (Rosa, 2016, p. 31). La aceleración del ritmo de vida puede ser observada, desde el exterior, como una experiencia objetiva, pero también sentida, desde el interior, como una experiencia subjetiva.

Esta tercera forma de aceleración supone, entonces y desde un punto de vista objetivo, la condensación de los episodios de acción, tanto de una forma directa, por medio del incremento de la velocidad de acción, de la disminución o eliminación de los tiempos de reposo entre el fin de una actividad y el inicio de la siguiente o del reemplazo de tareas lentas por tareas rápidas, como de una forma indirecta, por medio de la multitarea; así como, desde un punto de vista subjetivo, la compresión de la experiencia del tiempo generando en los individuos la sensación de faltar de tiempo por querer hacer más con cada vez menos y la aparición en ellos de estrés y de ansiedad por no poder mantenerse al ritmo de la vida social.

Las manifestaciones palpables de la aceleración tecnológica, del cambio social y del ritmo de vida no son suficientes, según Rosa, para justificar y defender la premisa de que la modernidad sea igual a la aceleración y es que, del mismo modo que existen fuerzas de aceleración, existen simultáneamente fuerzas de desaceleración. Rosa (2015) identifica, en este sentido, cinco formas de desaceleración o categorías de inercia: los límites naturales y antropológicos de la velocidad, los oasis de desaceleración, la desaceleración como consecuencia disfuncional de la aceleración, la desaceleración intencional y la inercia o rigidez estructural y cultural<sup>7</sup>.

La existencia de formas de desaceleración obliga a que la legitimación de la teoría de la aceleración social pase por la demostración de que las fuerzas de aceleración presentes en el entorno pesan más que las fuerzas de desaceleración. Rosa (2010) defiende, en este sentido, que estas últimas no son, en realidad, fuerzas contrarias u

---

<sup>7</sup> Para una descripción detallada de las formas de desaceleración o categorías de inercia puede consultarse «2.3. Five categories of inertia» en *Social acceleration. A new theory of modernity* (Rosa, 2015, p. 80–89).

opuestas a las primeras, sino fuerzas residuales, reactivas o secundarias a ellas. La asimetría de poder existente entre los fenómenos de aceleración y de desaceleración permite justificar, de este modo, la tesis según la cual la modernización puede ser considerada como un proceso continuo de aceleración, pese a que no todo se encuentre acelerado en ella (Rosa, 2015).

### **3.5.2. Las manifestaciones de la aceleración social**

Rosa (2010, 2015) lleva a cabo un ejercicio fenomenológico en sus obras con la intención de presentar una visión más próxima a los sujetos, a las organizaciones y a las instituciones acerca de las manifestaciones empíricas de las tres formas de aceleración que se encuentran en el origen de la dinamización de la sociedad tardomoderna.

La dimensión de la aceleración que se muestra de forma más evidente es la dimensión tecnológica. Los tres procesos orientados a metas específicas que integran esta primera forma de aceleración desencadenan, así pues, transformaciones y cambios de distinta naturaleza dentro de la sociedad que resultan empíricamente demostrables. La aceleración del transporte, en primer lugar, ha cambiado la forma en que los individuos perciben y conceptualizan el espacio y el tiempo rompiendo, concretamente, las barreras existentes entre los individuos y los espacios territoriales, creando conexiones entre ambos donde no las había (Rosa, 2015).

La aceleración de la comunicación, en segundo lugar, ha alterado, tanto en su forma como en su calidad, la relación que los individuos establecen y mantienen con el mundo social. Los individuos pueden ahora establecer conexiones comunicativas con cualquier otro individuo e, incluso, con grupos de individuos en el momento en que lo desean debido a la desvinculación geográfica de los patrones asociativos y relacionales, al incremento de la frecuencia y de la rapidez producida en el cambio de interlocutores y a las innovaciones acaecidas en las últimas décadas en aquello que concierne a los medios y a los canales de comunicación (Rosa, 2015).

La aceleración de los procesos de producción, en tercer lugar, ha modificado el vínculo que los individuos establecen con las estructuras materiales del mundo de las cosas. La dinamización en la producción de bienes y servicios responde ahora más que nunca a una lógica de mercado capitalista en la que los principios de contingencia y de

transitoriedad —o de *condición líquida*— guían la relación distante que los individuos mantienen con las cosas materiales que los rodean y es que ya no se desprenden de ellas atendiendo a su desgaste físico, sino atendiendo a un desgaste moral motivado por la obsolescencia de las tecnologías y de las modas (Rosa, 2015).

La naturaleza líquida del mundo no es exclusivamente propia de las condiciones materiales precedentes, sino que es compartida a su vez por las condiciones sociales que bordean las subjetividades. El incremento de la velocidad a la que se produce el cambio de las condiciones sociales en las esferas funcionales, de valor y de acción que dan forma y consolidan la sociedad tal y como es en la actualidad, es decir, de la velocidad a la que se produce la transformación en las esferas de la política, de la economía, de la educación, del sistema de empleo, de la familia, de la ciencia o del arte, determina la aceleración del cambio social característica de la modernidad tardía (Rosa, 2015).

La contracción del presente supone, así pues, que las actitudes, los valores, las prácticas, los hábitos, las modas y los grupos sociales cambien a una velocidad cada vez mayor. Los cambios intergeneracionales propios de la premodernidad se acentúan y aparecen dinámicas de cambio intrageneracional propias de la modernidad. Estos cambios no se presentan como cambios que transcurren en el interior de la sociedad, sino como cambios de la sociedad en si misma. Las manifestaciones empíricas del cambio social se observan, concretamente, en la transformación de los patrones asociativos, en las formas de práctica, pero también en la sustancia del conocimiento (Rosa, 2015).

La comprensión de la dinamización de las condiciones materiales y sociales en base a las que la sociedad se opera permite inferir los efectos que esta produce sobre las experiencias subjetivas que los individuos hacen de ella. Los individuos hacen inmersión, en este sentido, en una dinámica de aceleración desde la que asumen que tienen que desenvolverse cada vez más rápido si quieren mantenerse al ritmo cambiante del mundo material y social en el que habitan. Rosa (2015) sugiere de un modo ilustrativo que, en la modernidad, los individuos se encuentran dispuestos sistemáticamente en pendientes resbaladizas sobre las que tienen que correr cada vez más rápido.

La manifestación empírica de la aceleración del ritmo de vida coincide, entonces, con la sensación de los individuos de encontrarse presionados por el tiempo y de vivir, en consecuencia, con el estrés de tener que correr cada vez más y más rápido para evitar la

anacronización de todos los elementos que condicionan sus subjetividades y sus formas de *estar* en el mundo o, dicho de otro modo, de tener que (re)considerar sus expectativas, (re)interpretar sus experiencias, (re)definir a qué dan importancia y (re)orientar sus acciones cada vez con mayor frecuencia para adaptarse a un contexto microestructural y macroestructural que no cesa de cambiar (Rosa, 2015).

Los cambios que se acontecen en la sociedad a raíz de la aceleración tecnológica, de la aceleración del cambio social y de la aceleración del ritmo de vida no representan, en realidad, nada nuevo en las sociedades occidentales, sino que aquello que es característico y problemático en la modernidad tardía es la velocidad a la que estos se producen (Rosa, 2016). Lo hacen en oleadas y a una velocidad que posibilita, en sus aspectos más positivos, pero también en sus aspectos más negativos, la transformación cualitativa del mundo objetivo, subjetivo y social en el que los individuos habitan y, por ende, en el que *son* y en el que *hacen*.

### **3.5.3. Las causas de la aceleración social**

Rosa (2015) identifica en el transcurso de su obra dos causas principales de dinamización en la modernidad tardía. Estas responden, concretamente, a un motor interno o ciclo de aceleración social y a una serie de motores externos de carácter económico, cultural y socioestructural<sup>8</sup>.

#### **3.5.3.1. El ciclo de la aceleración social**

Rosa (2015, 2016) defiende que la aceleración social se ha transformado en un sistema que, profundamente arraigado en el funcionamiento interno de la sociedad, parece ser capaz de impulsarse a sí mismo y no requerir del impulso de fuerzas externas para operar. La aceleración tecnológica, la aceleración del cambio social y la aceleración del

---

<sup>8</sup> Rosa (2015) expone la existencia de una tercera causa de la aceleración social que responde al estado y al poder militar. Esta tercera causa no se desarrolla en el marco de este capítulo debido al hecho de que su aplicabilidad al fenómeno de estudio es limitada. Para una descripción en detalle de la misma puede consultarse «8. Power, war and speed: State and military as key institutional accelerators» en *Social acceleration: A new theory of modernity* (Rosa, 2015 p. 195–207).

ritmo de vida se han transformado, de este modo, en un sofisticado engranaje que adquiere propiedades de retroalimentación y en el que las tres formas de dinamización social establecen complejas relaciones de interdependencia que, por momentos, resultan incluso paradójicas.

La aceleración tecnológica tiene como objetivo social el ahorro de tiempo, es decir, la disminución del tiempo requerido para llevar a cabo ciertos procesos y crear así recursos de tiempo libre, siendo esta una respuesta lógica a ofrecer ante la sensación generalizada de falta de tiempo. Los individuos se convierten, en este sentido, en agentes promotores de las innovaciones tecnológicas y es que cuanto mayor es su sensación de faltar de tiempo, mayor es la necesidad que tienen de acelerar en los procesos dirigidos a metas específicas. La aceleración tecnológica se convierte, así pues, en una consecuencia directa de la escasez de tiempo y, por ende, de la aceleración del ritmo de vida (Rosa, 2010, 2015).

La aceleración del transporte, de la comunicación y de la producción de bienes y servicios propia de la modernidad supone la transformación de las prácticas, de las orientaciones de acción, de los patrones de asociación y, en definitiva, de la relación que los individuos establecen con el mundo social, pero también con el mundo objetivo y subjetivo. Lo hace a un ritmo que, además, no cesa de aumentar y donde la obsolescencia de aquello actual aparece cada vez de forma más temprana. La aceleración del cambio social se convierte, así pues, en una consecuencia directa de la aceleración tecnológica (Rosa, 2010, 2015).

Los individuos, las instituciones y las organizaciones, situados en una pendiente resbaladiza, necesitan adaptarse continuamente a las transformaciones que se producen en el mundo social si quieren evitar quedar atrás en las diferentes dimensiones de la vida. La enorme cantidad de ajustes a realizar en ellas conduce a los individuos a la tan común sensación de faltar de tiempo. La aceleración del cambio social se convierte, así pues, en un impulsor de la aceleración del ritmo de vida a la vez que la aceleración del ritmo de vida se convierte en una consecuencia directa de la aceleración del cambio social (Rosa, 2010, 2015).

El ciclo de la aceleración se cierra con esta apreciación y es que la sensación de faltar de tiempo conduce de nuevo a los individuos a la necesidad de generar tiempo libre y,

entonces, a la aceleración tecnológica cuando perciben que no es posible generarlo. Lo hacen, concretamente, por medio de la implementación de estrategias de adaptación individual tales como el aumento de la velocidad de acción, la reducción o eliminación de los tiempos de descanso, la sustitución de tareas lentas por tareas rápidas o la multitarea. Las tres formas de aceleración se entrelazan, de este modo, en este complejo engranaje que, pese a todo, se ve reforzado de manera simultánea por fuerzas que se operan al exterior del mismo (Rosa, 2015).

### **3.5.3.2. Los motores externos de la aceleración social**

La sociedad tardomoderna alberga una serie de motores externos que, a modo de factores estructurales, culturales y socioestructurales, ponen en marcha y mantienen en funcionamiento el ciclo de la aceleración social. La exploración de los mismos permite comprender los orígenes de la aceleración y, pues, las razones que, ancladas en la historia, explican cómo la modernidad se ha visto abocada en su propia dinamización. Rosa (2015, 2016) asocia de este modo cada una de las formas de aceleración a un motor externo, asumiendo, no obstante, que la relación entre ellos y los efectos que producen no son lineales, sino más bien entrelazados.

El motor externo que pone en movimiento y que dinamiza la aceleración tecnológica responde al motor económico. El sistema económico capitalista supone el incremento de la velocidad a la que los procesos de transporte, de comunicación y de producción se operan y es que estos deben funcionar cada vez más rápido puesto que el orden de las estructuras materiales se guía por la premisa básica, simbólica y competitiva de que el tiempo es dinero. El tiempo, mercantilizado, se convierte en un bien escaso que debe ser gestionado para asegurar la eficiencia y la estabilización del estatus quo de todos y cada uno de los sistemas en los que se ve envuelto (Rosa, 2015).

Rosa (2015) sugiere que, si bien el motor económico ordena el funcionamiento de la sociedad en su conjunto, este no resulta capaz de responder por sí solo a los aspectos más subjetivos y más experienciales de los individuos que ayudarían a comprender por qué, sin apenas resistencia y de una forma prácticamente automatizada, los individuos se ven arrastrados a participar en las dinámicas de la aceleración social. La explicación de este hecho se encuentra anclada en la base cultural de la aceleración social y, por ende, en la



existencia de un segundo motor externo que se corresponde, esta vez, con un motor cultural.

El motor externo que pone en movimiento y que dinamiza la aceleración del ritmo de vida responde así al motor cultural. Rosa (2015) recurre a la noción de la promesa cultural —la creencia de origen secular según la cual los individuos se mueven por medio de dos impulsos básicos, siendo estos el miedo y la promesa— para tratar de explicar cómo, situados sobre pendientes resbaladizas, los individuos se encuentran atrapados e invadidos por el miedo a perder aquello valioso para sí mismos, a perder la capacidad para decidir sobre sí mismos y a no lograr situar sus vidas al ritmo social establecido viéndose atrapados e invadidos por el miedo a ser excluidos del sistema.

La necesidad de correr cada vez más rápido se encuentra, asimismo, apoyada por la promesa de que cuanto más rápido corra un individuo, mayor acceso al mundo y a las opciones que este ofrece tendrá y, por ende, cuantas más experiencias sea capaz de acumular, más cerca se encontrará de vivir una vida plena y/o exitosa. Esta promesa desencadena, no obstante, efectos paradójicos y es que el incremento de la velocidad a la que los individuos corren y el aumento de la cantidad de opciones que el mundo les ofrece conducen, respectivamente, a la deterioración de la relación que establecen consigo mismos y con el mundo, así como a la disminución de la cantidad de opciones que, finalmente, son realizables (Rosa, 2015).

El motor externo que pone en funcionamiento y dinamiza la aceleración del cambio social responde, por último, al motor socioestructural. Rosa (2015) recurre al principio de *diferenciación funcional*, estudiado ampliamente por Niklas Luhmann, para comprender cómo la división de la sociedad en diferentes subsistemas —el sistema político, el económico, el científico, el religioso, el artístico, el mediático, el educativo, el familiar y el jurídico (Urteaga, 2010)— posibilita el avance de la sociedad en su conjunto a la vez que genera, no obstante, el riesgo de ocasionar la desincronización de la misma debido a las diferencias que existen en la complejidad de sus subsistemas.

### **3.5.3.3. Los efectos y las consecuencias de la aceleración social**

La triada moderna de aceleración, crecimiento e innovación no se encuentra libre de consecuencias. La forma en la que los individuos se posicionan en el mundo y el tipo de

relaciones que establecen en él y con él se encuentran entre las principales. Rosa (2015) centra, así pues, la discusión en torno a los efectos y las consecuencias de la aceleración social sobre los cambios —sobre todo con relación a la situacionalidad— que esta es capaz de ocasionar sobre las identidades sociales o formas individuales y colectivas de subjetividad y de identidad y sobre la configuración política y normativa de la sociedad occidental tardomoderna<sup>9</sup>.

Las consecuencias generales de la aceleración social se enmarcan, a un nivel superior y tal vez más global, en un hecho común y es que en el contexto altamente dinámico en el que los individuos se encuentran inmersos resulta cada vez más complicado definir, tanto a nivel individual como colectivo, sin restricciones externas y de forma autónoma, los objetivos a perseguir, los valores que sostener, los paradigmas desde los que comprender y las prácticas desde las que hacer que sus vidas respondan, en cierto modo, a un ideal de *buena vida* (Rosa, 2017b). La noción que, en este sentido, permite englobar estas cuestiones bajo su significado responde al concepto de *alienación*.

Rosa (2015, 2018) transfiere el término de alienación al campo de la sociología para referirse al modo particular que la relación que los individuos establecen con el mundo objetivo, subjetivo y social adopta en la sociedad tardomoderna, siendo esta una relación caracterizada por la ausencia de receptividad o de sensibilidad, es decir, por la ausencia de una conexión significativa entre el sujeto y el mundo. La alienación no representa, pues, en realidad, un término que describa un estado, sino, más bien, una relación y, más específicamente, y haciendo uso de las palabras de Jaeggi (2014), «una relación sin relación».

La alienación representa para Rosa (2018), así pues, una relación muda entre el sujeto y el mundo, es decir, una relación en la que el sujeto deja de verse afectado por el mundo y por sus cualidades, sintiéndose incapaz de asimilarlos, y en la que, a su vez, el mundo deja de responder al sujeto, comportándose como si se tratara de algo que permanece al

---

<sup>9</sup> Para una descripción detallada de estas cuestiones puede consultarse «10. Situational identity: Of drifters and players» y «11. Situational politics: Paradoxical time horizons between desynchronization and disintegration» en *Social acceleration: A new theory of modernity* (Rosa, 2015, p. 224–250, p. 251–276).

exterior del sujeto y que se desprende completamente de él. La relación de indiferencia o de hostilidad que se establece entre el sujeto y el mundo hace que ambos se presenten en la escena como planos, fríos, congelados, silenciosos, repulsivos, no receptivos, vacíos (Rosa, 2018).

Rosa (2015, 2018) expone que la forma a través de la que la alienación se instaura entre el sujeto y el mundo responde a la inmersión del primero en la promesa cultural según la cual si este acelera, crece e innova incrementará su acceso al mundo, ampliará el horizonte de aquello disponible, alcanzable y accesible y logrará aproximarse al ideal de buena vida (Rosa, 2017b). La priorización de la posesión y de la apropiación del mundo conducen al establecimiento de relaciones de tipo instrumental entre el sujeto y el mundo desatendiendo, de este modo, la importancia que, en el marco de una buena vida, la calidad de la relación entre ambos posee (Fraser & Jaeggi, 2018; Rosa, 2017b).

#### **3.5.3.4. El caso de la aceleración en el trabajo**

Rosa (2014) expone en el transcurso de su obra cómo las modalidades de aceleración social que caracterizan las sociedades tardomodernas —la aceleración tecnológica, la aceleración del cambio social y la aceleración del ritmo de vida— invaden y se hacen presentes en una esfera particular como es la esfera del trabajo expresando, asimismo, sobre ella sus efectos y sus consecuencias. Las reflexiones que este autor emite a este respecto no solamente atienden a la organización del trabajo en sí misma, sino también a todo aquello que concierne a las experiencias, a las identidades y a las prácticas de los trabajadores.

La aceleración tecnológica ha permitido, sin duda, el incremento de la producción de los bienes y de los servicios y la velocidad a la que estos son producidos a la vez que ha disminuido el tiempo y la energía que los trabajadores tienen que invertir en ella. Esta dimensión de la aceleración ha sido, de este modo, apuntada como un fenómeno que posee la capacidad de mejorar sus condiciones laborales, una mejora posibilitada, asimismo, por una aceleración del cambio social que ha permitido la mayor movilidad de los trabajadores y, con ello, el aumento de sus posibilidades de desarrollo profesional y de expresión de su autonomía. Los beneficios aparentes contrastan, no obstante, con las experiencias de los trabajadores (Rosa, 2014).

La aceleración tecnológica introduce formas de innovación en los espacios de trabajo de manera incesante, mientras que la aceleración del cambio social supone que los compañeros, las rutinas, los dispositivos, los programas, las normas, los objetivos, los productos y los clientes cambien a un ritmo cada vez mayor. Los cambios que estas dos formas de aceleración desencadenan obligan a los trabajadores a tener que adaptarse, a tener que correr cada vez más rápido —apartando la conexión que los une a la profesión que ejercen— si no quieren que sus conocimientos y su expertía dejen de tener valor para la organización (Rosa, 2014).

Los trabajadores terminan inmersos, así pues, en situaciones de alienación cuando el ritmo del cambio de las condiciones materiales y sociales de su trabajo es tan elevado que no tienen tiempo para asumirlo e identificarse con él. La necesidad de acelerar y de crecer invade las prácticas y rutinas de los trabajadores a través de listados sin aparente fin de cosas por hacer. Estos desencadenan que, al final de sus jornadas de trabajo, tengan la sensación de siempre haber podido hacer más o de siempre haber podido ser mejores pese a lo cansados que se encuentren. Esta sensación construye a los trabajadores como sujetos de culpa (Rosa, 2014).

Los sujetos de culpa se encuentran frecuentemente afectados por un estrés que puede conducirles a situaciones de *burnout*. La aparición en los trabajadores de esta última condición proviene, según Rosa (2014), de la falta de conexión auténtica con el trabajo y de la ausencia de objetivos claros a perseguir en él. Las condiciones psicopatológicas derivadas de la expresión de la aceleración social en el trabajo son resistidas por la mayoría de los trabajadores a través de la procrastinación de la parte de la vida del llamado equilibrio entre la vida y el trabajo, es decir, a través de la firme creencia en que la vida comenzará cuando uno se retire del mundo del trabajo (Rosa, 2014).

### **3.6. La teoría de la resonancia**

La teoría de la resonancia representa la teoría a la que Rosa ha dedicado sus obras más recientes siendo esta el espacio en el que trata de dar respuesta a la necesidad de la Teoría Crítica de tener a su alcance un concepto normativo y descriptivo que, orientado de forma positiva, permita superar el estado estático actual de la crítica y ofrezca las bases sobre las que fundamentar un nuevo modo de relación con el mundo desde el que sea posible responder a «qué es una buena vida» o, dicho de otro modo, «qué forma toma la

relación institucional y cultural con el mundo que podría corresponderse con ella» (Bialakowsky, 2018; Rosa, 2018).

La buena vida no es, desde la perspectiva de Rosa (2018), una cuestión de alcance, sino una cuestión que tiene que ver con la forma en la que los sujetos son, están en el mundo y se relacionan con él. La respuesta a la pregunta de a qué se asemeja una buena vida debe ser abordada, entonces, desde la identificación del término contrario o del *otro* de la alienación. Rosa (2018, p.7) defiende, en este sentido, que «si el problema es la aceleración, entonces, la *resonancia*, tal vez, sea la solución», siendo esta la afirmación con la que inicia su teorización sobre una nueva sociología de la relación con el mundo.

### **3.6.1. El concepto de resonancia**

Rosa (2018) reconoce que el concepto de resonancia no es un concepto sencillo de definir, pero sí de comprender en su esencia y es que podría asegurar que todos los sujetos la han experimentado al menos alguna vez. La forma a través de la que el autor escoge embarcarse en la tarea filosófica de ofrecer una definición de lo que es la resonancia es la de indagar en su complejidad, de manera paulatina y lineal, a través de la presentación de las cuatro características sobre las que esta se fundamenta, una forma que resulta especialmente útil para todo aquel que trata de comprender el sentido fenomenológico, pero también crítico, que este concepto alberga.

La resonancia es, en primer lugar, una forma de relación cognitiva, afectiva y corporal con el mundo en la que, en contraposición a la alienación, el sujeto se siente afectado por el mundo o por un fragmento de este. El mundo le habla con voz propia. La resonancia es, en segundo lugar, una relación no únicamente orientada hacia el sujeto, sino una relación recíproca con el mundo en la que el sujeto no solamente es capaz de sentirse afectado, emocionado o abordado por el mundo, sino también de tocarlo, o dicho de otro modo, de desarrollar un interés intrínseco sobre él y de alcanzarlo a través de sus acciones. El sujeto responde con voz propia al mundo (Rosa, 2018).

Rosa utiliza el concepto de *autoeficacia*, procedente del campo de la psicología y desarrollado por el psicólogo canadiense Albert Bandura (1952-2011), para tratar esta segunda particularidad definitoria y explicar, así, que la resonancia también requiere que el sujeto crea de forma firme que puede responder —y, de hecho, responde— a la llamada

del mundo. El sujeto se siente capaz de alcanzar el mundo y de responderle. La relación entre el sujeto y el mundo deviene, entonces, una relación bidireccional que, en tanto que tal, manifiesta un cierto potencial de desencadenar efectos transformadores tanto en el uno como en el otro.

La resonancia es, de este modo y en tercer lugar, una forma de relación que cuando se establece es capaz de transformar no solamente el mundo, sino también el sujeto. Finalmente, y en cuarto lugar, la resonancia se distingue por poseer una propiedad elusiva o de indisponibilidad de manera que nunca puede planearse, obtenerse ni controlarse de una manera instrumental por lo que cualquier tentativa de poner a disposición y de gobernar, de acumular, de maximizar o de optimizar su experiencia es potencialmente susceptible de impedir su emergencia o de destruirla en tanto que tal (Rosa, 2018, 2020).

La afección sentida, la autoeficacia proyectada, la transformación alcanzada y la indisponibilidad abordada, particularidades antagónicas a la alienación, se convierten, así pues, en las cuatro propiedades fundamentales de la resonancia. Las relaciones que el sujeto establece con el mundo, a pesar de aspirar a ser resonantes, no tienen el por qué responder en todas sus formas y en todos sus aspectos a estas cuatro propiedades —y, de hecho, no deberían hacerlo— ni tampoco debería esperarse que todas las experiencias que el sujeto hace de su relación con el mundo sean, en la medida de lo posible, experiencias de resonancia (Rosa, 2018).

Rosa (2020) sugiere que esta situación sería una forma completamente totalitarista, peligrosa, errónea y reificante de relacionarse con el mundo, puesto que todo aquello que causara disonancia o perturbación sería interpretado como a ser huido o erradicado. El antagonismo entre la resonancia y la alienación no representa, entonces, la única forma de relación que se establece entre ambas experiencias, sino que, aunque pueda parecer paradójico e improbable, una condición fundamental para la emergencia de la experiencia resonante es, precisamente, el encuentro del sujeto con un fragmento del mundo que aún no ha asimilado, que aún le es extranjero o bien que interpreta como disonante u hostil.

Escuchar y responder a la voz de aquello desconocido, desconcertante o repulsivo, aunque transforme al sujeto en vulnerable, se convierte, de este modo, en una condición *sine qua non* de la resonancia (Rosa, 2017b). Es en el encuentro, pero también en la lucha contra un mundo mudo y repulsivo, que puede, entonces, establecerse el proceso

dialógico de asimilación característico de la resonancia, siendo esta la razón por la que los momentos en los que el sujeto experimenta una relación resonante con el mundo siempre se acompañan, de un modo u otro, de una aspiración a otra forma de relación con él (Rosa, 2018).

### **3.6.2. Las esferas culturales de acción y sus ejes de resonancia**

La sociedad moderna se encuentra estratégicamente escindida y organizada, a través del mecanismo de diferenciación funcional, en diferentes subsistemas —a los que Rosa (2016) se dirige como *esferas culturales preestablecidas de acción*— dentro de los cuales los sujetos intentan trazar ejes horizontales, diagonales y transversales de resonancia, es decir, descubrir, crear y desarrollar formas de relación resonante con el mundo o con un determinado fragmento de este aspirando a que estas no solamente sean puntuales, momentáneas, sino que puedan ver consumadas sus posibilidades de recurrencia (Rosa, 2018).

El eje horizontal comprende las relaciones de resonancia que los sujetos establecen con otros: con la familia, con las amistades y con la política. La familia se concibe, entre ellos, como el eje central de resonancia puesto que representa un punto de enclave que garantiza que el mundo responde al sujeto. Esta expectativa se trunca, no obstante hoy en día, debido a los efectos de un sistema macrosocial acelerado y competitivo que se infiltra cada vez más en las relaciones familiares. La familia se convierte así, más bien, en un centro institucionalizado de cálculo y de utilitarismo en el que se entiende que el capital económico, social y cultural debe ser acumulado.

La familia no puede cumplir por sí sola, así pues, las expectativas de resonancia horizontales, sino que le hace falta un complemento que, según Rosa (2018), podría ser el de las relaciones de amistad. Las amistades cumplen, a menudo, funciones de descarga puesto que, a diferencia de las de la familia, no se encuentran institucionalizadas, sino liberadas de derechos y de deberes, del contexto rutinario cotidiano y de la exigencia de proximidad corporal. Estas relaciones corren, no obstante, al igual que lo hacen las relaciones con la familia, el riesgo de caer en las dinámicas de acumulación del capital social (Rosa, 2018).

La política, pese a que quizás no aparezca en un primer momento en el imaginario social como un posible eje de resonancia, representa para Rosa uno de los ejes de resonancia por excelencia. La definición de la política como un posible eje de resonancia mantiene un vínculo especial con la noción de agencia política que puede reconstruirse a partir del análisis de la obra de este autor. Este es el motivo por el que los apuntes teóricos en torno a ella se omiten en este espacio para ser desplegados en la sección «3.7. La agencia política desde la perspectiva de Hartmut Rosa» (p. 129) del presente capítulo.

El eje diagonal incluye las relaciones que los sujetos establecen con el mundo de las cosas y, concretamente, con el trabajo, la escuela, el deporte y los hábitos de consumo. El trabajo representa la dimensión en el interior de la que el sentimiento de autoeficacia puede ser mayoritariamente experimentado por el sujeto. La autoeficacia que de este se desprende se ve, no obstante, fuertemente limitada y es que la dinámica de aceleración, de crecimiento y de innovación en la que el trabajo se encuentra inmerso lo convierte, a menudo, en una simple mercancía con la que el sujeto se limita a establecer una relación instrumental basada en la obediencia a directrices (Rosa, 2018).

El trabajo es en realidad el producto de un periodo de aprendizaje y de formación que ocurre en las escuelas. La escuela se consolida, entonces, como la segunda relación susceptible de ser resonante en el eje diagonal. El profesor descubre una materia al alumno que puede suscitarle un interés especial. La materia le habla y el alumno le responde. La relación establecida entre el profesor, la materia y el alumno es, sin embargo, susceptible de convertirse en un espacio de alienación si el profesor concibe al alumno como una amenaza o como alguien a quien no interesa la materia que está impartiendo o si el alumno no se siente afectado por ella.

El deporte permite al sujeto, por su parte, establecer una relación de resonancia con el cuerpo. La relación que con este establece corre el riesgo, no obstante, de devenir instrumental si el cuerpo es interpretado como algo externo que precisa ser moldeado para hacer cada vez más con él, para obtener cada vez mejores resultados y mejores marcas. Los hábitos de consumo, por otra parte y por último, constituyen para el sujeto una oportunidad para ampliar su acceso al mundo, una oportunidad que corre el riesgo, no obstante, de construir relaciones alienantes con el mundo de las cosas puesto que, centrada en la cantidad de relaciones, a menudo, olvida la importancia de su calidad.



El eje vertical incluye, finalmente, las relaciones que los sujetos establecen con el mundo en su totalidad y, concretamente, con la religión, la naturaleza, el arte y la historia. La relación que el sujeto establece con la historia se erige en el marco de la obra de Rosa y en su conexión con el fenómeno de estudio por el que se interesa la presente tesis doctoral como una dimensión de resonancia que destaca por encima de las demás, razón por la que el resto de dimensiones no son aquí atendidas<sup>10</sup>. La historia permitiría, en este sentido, el establecimiento de un vínculo constitutivo entre individuo y el mundo con potencial para abarcar su existencia por completo.

Las culturas se encuentran asociadas a lugares, a relatos y a prácticas específicas mediante las que los sujetos establecen un vínculo transhistórico con sus antepasados, con los héroes, los espíritus y los eventos que constituyen su pasado individual y/o colectivo. El tiempo y los lugares históricos devienen, de este modo, puntos de enlace desde los que los sujetos son abordados e incluso transformados, ya sea positiva o negativamente. El pasado que es vivido como un co-presente y como un momento conectado de manera simultánea al presente y al futuro es susceptible de desencadenar una experiencia de resonancia en el sujeto (Rosa, 2018).

La historia permite al sujeto conectar, entonces, con una forma de existencia que no tiene por qué haber sido la suya, pero que siente como propia. La resonancia supone no tanto una conexión especial con el aquí y con el ahora, sino una extensión del horizonte espaciotemporal que posibilita la creación de ejes de conexión con el pasado y con el futuro. La propia biografía también es susceptible de desencadenar los mismos efectos (Rosa, 2018). Rosa (2020) defiende que una buena vida no es alcanzable si el sujeto no asimila, de una forma responsiva, su propia biografía y la historia colectiva que la acompaña y en la que se encuentra inmerso.

La buena vida es concebida, en definitiva, como una vida basada en ejes horizontales, diagonales y verticales estables de resonancia en las diferentes dimensiones exploradas.

---

<sup>10</sup> Para una descripción detallada de la dimensión vertical de la resonancia puede consultarse «8. Les axes verticaux de résonance» en *Résonance: Une sociologie de la relation au monde* (Rosa, 2018, p. 295–352).

Rosa (2018) explica que la creación y el mantenimiento de estos ejes no depende de una cuestión exclusivamente individual, sino de la disponibilidad en el medio de condiciones sociales colectivas resonantes, es decir, de instituciones, de prácticas y de modos de socialización capaces de resonancia y es que la ausencia de las mismas hace más probable que la relación que el sujeto establece con el mundo sea una relación alienante (Bialakowsky, 2018).

### **3.6.3. Las condiciones determinantes de la resonancia**

Rosa (2018) no teoriza acerca de las relaciones resonantes de un modo aislado, sino que las contextualiza en el marco de una serie de factores que determinan la posibilidad de instauración de ejes de resonancia más o menos estables entre el sujeto y el mundo. La crítica de las relaciones de resonancia se presenta en su obra, de este modo, acompañada de la crítica a las condiciones necesarias para el desarrollo de ejes de resonancia estables y, por ende, del cuestionamiento acerca de la medida en la que una determinada formación social, cultural o institucional facilita o dificulta, permite o impide, la instauración de ejes de resonancia estables.

Los factores contextuales que median en las relaciones resonantes incluyen las expectativas de resonancia —siendo la sobrecarga de expectativas sobre ella una barrera para su experimentación—; el espacio físico en el que se ubica la relación entre el sujeto y el mundo —la arquitectura, la disposición espacial y las condiciones ambientales pueden facilitar o impedir la resonancia según el sujeto las juzgue—; el espacio social o las tonalidades afectivas que envuelven la relación entre el sujeto y el mundo —los ambientes lúgubres, hostiles, limitantes, agresivos o indiferentes limitan la resonancia mientras que los ambientes acogedores, divertidos, amicales, respetuosos y solidarios la facilitan—; el propio cuerpo y su condición de salud —la ausencia de un estado pleno de salud puede bloquear la experiencia resonante—; el espacio ambiental —el paisaje y las condiciones meteorológicas pueden facilitar o impedir la resonancia según el sujeto las juzgue—; el contexto social y las interacciones que se establecen entre los sujetos —los prejuicios en entornos poco amistosos o poco familiares desencadenan la formación de relaciones mudas con el mundo—; y el estado emocional del sujeto en su relación con el mundo —el estrés, la ansiedad o la tensión pueden impedir la resonancia.

Los factores culturales y socioestructurales que median en las relaciones resonantes incluyen el género, la edad, el nivel educativo, la religión y la ruralidad. La resonancia presenta, en primer lugar, una connotación femenina. La empatía, la sensibilidad y la emotividad representan culturalmente cualidades femeninas, mientras que las cualidades reificantes vinculadas al manejo racional e instrumental del mundo son atribuidas a los hombres. La dominancia de estos últimos en el mundo occidental demuestra que la sociedad moderna tiende a la instauración de relaciones mudas con el mundo. La resonancia presenta, en segundo lugar, una connotación asociada a la juventud. Los niños se muestran como seres de resonancia, seres de experiencia que se dejan afectar por el mundo y que le responden. La apatía, la indiferencia o la vivencia de un tiempo que transcurre a gran velocidad son experiencias propias a la edad adulta. La resonancia presenta, en tercer lugar, una connotación cultivada. La formación puede facilitar la resonancia a través de la puesta en contacto del sujeto con una materia que puede despertar su interés. La resonancia presenta, en cuarto y último lugar, un vínculo con la experiencia religiosa y con la ruralidad. La creación de relaciones con entidades trascendentales y con la naturaleza ayudarían a la instauración de ejes de resonancia, mientras que la ausencia de fe o el dinamismo de los entornos urbanos podrían impedirlos. Rosa (2018) no pretende, bajo ningún contexto, transmitir la idea de que la resonancia sea femenina, joven, formada, católica y rural, sino explicar cómo estos factores, en condiciones ideales, colocan al sujeto en ventaja socioestructural frente al sujeto masculino, adulto, con bajo nivel educativo, ateo y urbano.

El reconocimiento de las condiciones contextuales, culturales y socioestructurales que disponen a los sujetos en una determinada posición respecto a las relaciones de resonancia y de alienación constituye, desde la mirada de Rosa (2018), una perspectiva demasiado individualista y, por ende, insuficiente, para comprender cuándo y en qué medida la vida de un sujeto está marcada por la resonancia o por la alienación. El análisis de las condiciones institucionales en las que la relación entre el sujeto y el mundo se encuentra inmersa parece cumplir un papel fundamental para responder, desde una perspectiva social y colectiva, a dicha cuestión.

La forma en la que los sujetos se sitúan y actúan en el mundo proviene, en este sentido, de una forma particular de pensar y de relacionarse con el mundo objetivo, subjetivo y social que ha sido instaurada en la sociedad y en la que los sujetos participan

de forma activa. Las acciones y las formas a través de las que los sujetos se aproximan al mundo se encuentran, entonces, moldeadas por las formas institucionalizadas y naturalizadas en las que habitan. Los patrones institucionalizados marcan, de este modo, las formas, las esferas y los ejes posibles de resonancia que los sujetos experimentan y que pueden desarrollar con el mundo.

#### **3.6.4. La resonancia como camino hacia una sociedad de post-crecimiento**

La teoría de la resonancia representa un cambio de paradigma cultural acerca de la comprensión de lo que es una buena vida. Rosa (2015, 2018, 2020) argumenta que no es el acceso a las cosas —el hecho de hacer disponible, alcanzable y accesible el mundo—, sino la forma y la calidad de la relación que el sujeto establece con el mundo aquello que debería convertirse en la norma de la buena vida. No es, pues, la aceleración, el crecimiento y la innovación los que deberían dominar la relación que el sujeto establece con el mundo, sino la capacidad y la posibilidad de establecer y de mantener ejes estables de resonancia con él.

Rosa (2018) supera con esta reflexión un simple diagnóstico y formula una teoría que no solamente permite criticar las relaciones que conducen a los sujetos a vivir sus vidas enmarcadas en la alienación, sino que también permite descubrir el modo de relación que brinda la oportunidad a los sujetos de formar y de mantener ejes de resonancia estables y recurrentes con el mundo. Ello conduce a la posibilidad de imaginar y de acercarse a un nuevo marco institucional que, desde la acción política individual y colectiva, sería capaz de transformar la sociedad actual en una sociedad de post-crecimiento o, como Rosa menciona en sus últimas conferencias, una *sociedad adaptativa*.

Una sociedad podría, en este sentido, ser considerada como adaptativa cuando sea capaz de crecer, acelerar e innovar siempre y cuando tenga buenos motivos para ello y no se vea forzada a ello para mantener su estatus quo, para (re)producir su orden estructural e institucional. La sociedad de post-crecimiento o sociedad adaptativa se erige como un modelo de sociedad que pone, así pues, punto y aparte a la lógica de la estabilización dinámica. La creación de esta sociedad supone tener presente que es necesaria una revolución económica, una reforma política y un giro cultural para hacer de ello una realidad.

Rosa (2018) declara no saber, en realidad, a qué podría asemejarse una sociedad de post-crecimiento o una sociedad adaptativa. Quizás sea esta la dirección que su pensamiento filosófico tomará a partir de ahora. La teoría de la resonancia se consolida, en cualquier caso, como un primer paso en el camino de pensarla, de idearla y de hacer frente a los desafíos que esta supone a la luz de la sociedad moderna, siendo tal vez en el mismo acto de pensarla y de idearla, trabajando sobre la relación que los sujetos establecen con el mundo, que se irá descubriendo la forma que adoptará —y que seguramente ya está adoptando— en la realidad.

### **3.7. La agencia política desde la perspectiva de Hartmut Rosa**

El concepto de agencia política no representa un concepto que emerja de manera explícita en la obra de Rosa. La noción de resonancia posee, no obstante, una clara conexión con él y es que, a partir de ella se asume que el papel del sujeto en la relación que establece con el mundo no es el de un sujeto que se proyecta como pasivo y que espera ser afectado y transformado por el mundo, sino el de un sujeto que se construye como un agente capaz de afectarlo, de manifestar su autoeficacia en el marco de su relación con él y de transformarlo por medio de sus acciones. La agencia política reúne, precisamente, estas cuestiones bajo su significado.

La idea de que los miembros de una comunidad política pueden construir de una manera reflexiva y autodeterminada el orden político, económico, social y cultural en el que habitan junto a otros, en el que se sienten afectados y en el que actúan individual y colectivamente se encuentra en el centro de la idea de la política democrática. La consideración que Rosa (2018) hace de la política como una dimensión situada junto a la familia y las amistades sobre el eje horizontal de la resonancia puede contribuir, en este sentido, a formular la relación que se establece entre las ideas de resonancia y de agencia política.

La definición de la política como una posible dimensión de resonancia se encuentra poco presente en el imaginario social de la modernidad. No es frecuente, de este modo, que las expectativas y los deseos de resonancia de los sujetos se proyecten explícitamente sobre el campo de la acción política. De hecho, lo más frecuente es que se presente todo lo contrario, es decir, una desafección política en la que el silencio se convierte en la expresión que gobierna la relación entre el sujeto y el mundo social. La sociedad

tardomoderna acelerada contribuye a consolidar la dimensión de la política como una dimensión alienante.

La formación de la voluntad política y la participación democrática en la toma de decisiones en la esfera pública, así como las tareas de negociación asociadas a ellas, son concebidas como siendo muy costosas en el tiempo y lo son aún más cuanto más plurales y más heterogéneos son los sujetos que conforman la sociedad en su conjunto. La participación política no solamente es, sin embargo, costosa en el tiempo, sino que posee el potencial de convertir a los sujetos en sujetos vulnerables y es que requiere de estar preparado para ser afectado y eventualmente dañado por la respuesta del mundo (Rosa, 2018).

La participación democrática es precisamente para Rosa el elemento fundamental para la apropiación y la asimilación del mundo social. En palabras de Bernd Ladwig, este autor transmite un conjunto de ideas que, de algún modo, remite a los principios en los que se fundamenta la agencia política.

Los hombres modernos se llenan del sentimiento de su determinación y de autoleislación. Quieren poder reconstituir racionalmente su mundo como estando formado por ellos mismos y existiendo por ellos mismos. Quieren poder comprender las estructuras, las instituciones y los procesos del mundo moderno como las encarnaciones de su voluntad reflexiva. (Rosa, 2018, p. 246)

Rosa (2018) declara que los sujetos necesitan desarrollar una voz a través de la que puedan participar en las instituciones políticas, es decir, a través de la que puedan transformarlas ampliando los márgenes de acción y de libertad individuales y colectivos; necesitan una voz que vaya más allá de la posibilidad de interrumpir, impedir o derogar el estatus quo; necesitan una voz a través de la que no solamente puedan hablar, sino también a través de la que puedan ser escuchados, una voz a través de la que se permitan construir una relación con el mundo objetivo, subjetivo y social que los conduzca a que la suya pueda ser considerada una buena vida.

## **CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS**

«El método es el camino,  
una vez que lo hemos recorrido»

Marcel Granet (1884-1940)

El cuarto capítulo de esta tesis doctoral pretende realizar un recorrido a través de las consideraciones metodológicas que han sido contempladas en el transcurso de la misma, es decir, exponer el conjunto reflexivo de decisiones transversales que hemos tomado en torno a los fundamentos que rodean la parte más empírica de esta investigación y cuya aplicación práctica ha puesto a nuestro alcance un valioso entramado de datos que, sometidos posteriormente a un análisis en profundidad, han dado forma a los diferentes hallazgos que se despliegan en el «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados» (p. 165).

El diseño, la elaboración de los perfiles de las voces buscadas, las estrategias de muestreo y de reclutamiento de las voces potenciales, la descripción de la muestra final de voces participantes, el proceso y las técnicas de generación de los datos, el método de análisis de los datos, las estrategias de rigor metodológico y las consideraciones éticas de esta tesis doctoral representan las distintas consideraciones metodológicas que, discutidas en detalle en el marco de las próximas páginas, determinan la forma en que hemos decidido aproximarnos al fenómeno de estudio y proceder sobre él (Baggio, 2011).

#### **4.1. El diseño de la investigación**

Esta tesis doctoral se inscribe en el marco de un diseño de investigación cualitativa, siendo este el más apropiado para responder a los objetivos que persigue. Denzin y Lincoln (2017) definen la investigación cualitativa como un conjunto de prácticas materiales e interpretativas que hacen visible y transforman el mundo convirtiéndolo en una serie de representaciones —notas de campo, entrevistas, conversaciones, fotografías, grabaciones, entre otras— que permiten a la investigadora que se sitúa frente a ellas estudiar los fenómenos que en él ocurren en sus escenarios naturales, entendiéndolos e interpretándolos en base a los significados que las personas que lo habitan les atribuyen.

La aproximación a las experiencias, valores, creencias, motivaciones y actitudes de las participantes que han tomado parte en esta investigación permite, en este sentido, comprender cómo las enfermeras despliegan su agencia política para proyectar una idea de justicia social y política en las organizaciones públicas de salud y se enfrentan a los retos e incertidumbres de (re)pensar su orden institucional cuando este no resuena con su *ethos* profesional. El diseño etnometodológico ha sido, entre los múltiples enfoques



metodológicos disponibles, el que hemos decidido escoger para dar forma a la presente tesis doctoral.

La etnometodología es una rama de la sociología cuyo objetivo principal consiste en revelar la naturaleza de los órdenes sociales a través del estudio de cómo en sus relatos, sus palabras y sus acciones, las personas tratan de dar sentido al mundo que las rodea (Garfinkel, 1991). Este enfoque metodológico consiste, de este modo, en una forma de investigación micro y macro social<sup>11</sup> que pretende comprender la realidad cotidiana de las personas a partir del estudio de las relaciones genealógicas que pueden establecerse entre sus prácticas sociales y los relatos que de ellas hacen (Firth, 1995; Hassard, 1990; Lynch, 1993; ten Have, 2004).

El potencial de la crónica de los individuos para explicar las prácticas sociales, la relación dialógica que de manera consecuente mantiene unidos a los individuos con el mundo en el que se encuentran inmersos, así como la naturaleza contextual de las prácticas sociales, representan los tres aspectos elementales que, vinculados de manera respectiva a las tres características en las que toda investigación etnometodológica se fundamenta, es decir, a la capacidad explicativa, a la reflexividad y a la indexicalidad, revisten esta modalidad de diseño metodológico de una relevancia teórica y práctica esencial para la presente tesis doctoral.

La capacidad explicativa responde, en primer lugar, a la premisa según la cual las actividades por medio de las que las personas se desenvuelven en un determinado contexto —a partir de ahora denominadas *actividades sociales*— son idénticas a los modos a través de los que hacen sus contextos de acción explicables (Garfinkel, 1991). La comprensión de esta primera y compleja característica de la etnometodología puede

---

<sup>11</sup> La etnometodología es considerada, atendiendo a su enfoque sobre aquello local y contextual, como una forma de microsociología. Algunos autores defienden, no obstante, que debería ser considerada, además y al mismo nivel, como una forma de macrosociología y es que el interés que muestra por aquello contextual representa, en realidad, un interés por las prácticas sociales que se (re)generan en un determinado contexto, es decir, por los métodos de (re)producción tanto de la microestructura como de la macroestructura, así como de cualquier relación que pueda establecerse entre estas dos dimensiones (Hilbert, 1990).

verse facilitada por el reconocimiento de los seis supuestos que giran alrededor una actividad social entendida como una actividad ordenada, observable, ordinaria, dirigida, racional y descriptiva (Lynch, 1993):

- ∴ Las actividades sociales, lejos de ser aleatorias, son ordenadas, recurrentes, significativas y coherentes.
- ∴ El orden de las actividades sociales es público y observable por lo que puede ser presenciado y comprendido.
- ∴ El orden observable de las actividades sociales es ordinario, es decir, normalizado por quienes participan en él.
- ∴ El orden observable y ordinario de las actividades sociales es dirigido de forma que las personas que en él participan orientan sus actividades hacia una misma dirección contribuyendo así al desarrollo temporal de las mismas.
- ∴ El orden observable, ordinario y dirigido es racional, es decir, analizable y predecible.
- ∴ El orden observable, ordinario, observable, dirigido y racional es descriptible, es decir, que las personas que en él se encuentran inmersas pueden hablar en y de las actividades sociales en las que participan.

La reflexividad apunta, en segundo lugar, al carácter consciente de las actividades sociales, es decir, a la condición desde la que las actividades sociales no son entendidas como meros efectos causales de los medios sociales en el marco de los que se producen, sino más bien como efectos reflexivos producidos por individuos que no solamente se encuentran dispuestos en tanto que sujetos pasivos en dichos medios sociales, sino que, se asumen como sujetos activos cuyas acciones contribuyen a (re)crearlos, a mantenerlos y, en definitiva, a hacerlos posibles (Firth, 1995; Hassard, 1990; Lynch, 1993; ten Have, 2004).

La indexicalidad alude, en tercer y último lugar, a la propiedad desde la que se comprende que el sentido de la emisión, pero también de la recepción, de las formas de expresión y de acción de los individuos es dependiente del contexto. La característica contextual de las actividades sociales permite, de este modo, explorar de una manera teórica, pero también práctica, cómo cada una de ellas emerge en el marco de circunstancias económicas, políticas, sociales, culturales e históricas que resultan ser

concretas y específicas y que han sido y son socialmente organizadas (Atkinson, 1988; ten Have, 2004).

#### **4.2. Los perfiles de las voces buscadas**

La elaboración de los diferentes perfiles de las voces buscadas para tomar parte en esta tesis doctoral ha sido llevada a cabo a través de la formulación de dos grandes categorías de participantes: las voces centrales, es decir, las voces sobre las que la investigación se interesa directamente, y las voces periféricas, es decir, las voces sobre las que las voces centrales se apoyan —como si de un recurso dialógico y discursivo se trataran— para comprenderse a sí mismas, para comprender el mundo en el que se encuentran inmersas y para comprender la posición que ocupan en él (López-Deflory et al., 2022).

Las voces centrales han estado representadas, así pues, por enfermeras, siendo el foco de atención de esta investigación situado sobre ellas puesto que son precisamente sus reacciones a las formas de injusticia que se (re)producen en las organizaciones de salud las que pretendemos explorar (Mertens, 2013). Los distintos perfiles de voces centrales que han sido definidos para capturar la complejidad del fenómeno de estudio en el que nos interesamos han sido (1) enfermeras asistenciales en ejercicio clínico, (2) enfermeras en ejercicio en mandos de gestión intermedia, (3) enfermeras en ejercicio en mandos de gestión directiva, (4) enfermeras en cargos políticos o colegiales, y (5) enfermeras en cargos sindicales.

La posibilidad de la conversión de las enfermeras en participantes en esta tesis doctoral se ha encontrado sujeta, en cualquiera de los perfiles definidos, a una serie de criterios de inclusión entre los que se han establecido (a) estar en ejercicio activo en una organización pública de salud —en el ámbito de la atención primaria, de la atención especializada o de la atención sociosanitaria— en el momento de la recogida de datos<sup>12</sup>,

---

<sup>12</sup> La decisión de excluir a enfermeras que ejercen sus roles profesionales en organizaciones privadas de salud se encuentra basada en la apreciación de que la estructura organizativa, los mecanismos de gestión, las condiciones de trabajo y las dinámicas interprofesionales responden en ellas a premisas que se alejan

(b) acumular una experiencia laboral mínima de 6 meses en una organización pública de salud<sup>13</sup>, y (c) haber aceptado la participación voluntaria en el estudio y firmado el consentimiento informado del mismo.

El proceso de análisis de los datos, conforme ha ido llevándose a cabo, ha permitido descubrir el potencial discursivo de un perfil de voces centrales no contemplado al inicio de la investigación y que ha sido definido posteriormente en tanto que tal. La definición del perfil (6) enfermeras en ejercicio profesional en posiciones mixtas en las organizaciones públicas de salud ha tenido como objetivo, en este sentido, incluir en la muestra final de participantes a enfermeras cuyos roles profesionales no han permitido su inclusión ni en los perfiles vinculados a los ámbitos asistenciales ni en los perfiles vinculados a los ámbitos de gestión, de la política o de la acción colegial o sindical.

El sexto perfil de voces centrales ha incluido, de manera específica, a enfermeras que ocupan y se ocupan en puestos de trabajo vinculados a la gestión de casos, pero también a enfermeras que ocupan y se ocupan en determinados cargos, no vinculados a la gestión, pero situados en la esfera gerencial del servicio público de salud del contexto concreto en el que esta investigación ha sido llevada a cabo. Las enfermeras que han integrado el sexto perfil de voces centrales se han encontrado sujetas, asimismo, al cumplimiento de los criterios de inclusión definidos para el resto de voces centrales.

Las voces periféricas han estado conformadas, por su parte, por dos perfiles de voces participantes cuyo *background* profesional ha diferido de la enfermería. Estas han respondido, concretamente, a (1) médicos asistenciales en ejercicio clínico y a (2) gerentes de organizaciones públicas de salud. La posibilidad de la conversión tanto de los médicos como de los gerentes aproximados en participantes en esta tesis doctoral se ha encontrado sujeta a los mismos criterios de inclusión, sin ninguna diferencia, que han sido

---

del principio de la justicia social. La inclusión de participantes que trabajan en dicho contexto hubiera interferido en los resultados que se han derivado del proceso de análisis de los datos generados.

<sup>13</sup> El criterio de inclusión en torno a la fijación de un tiempo mínimo de experiencia laboral para poder participar en la investigación no ha establecido un tiempo superior al mencionado con la intención, por una parte, de asegurar la consolidación del rol profesional en cada uno de los perfiles y, por otra parte, de no restringir las generaciones representadas en la muestra final de participantes.

aplicados, de forma sistemática, a las potenciales participantes de los distintos perfiles de voces centrales.

El interés de incluir voces periféricas como participantes en esta tesis doctoral no ha buscado verificar o desmentir las aportaciones de las voces centrales, sino facilitar la comprensión del significado de las prácticas discursivas de estas últimas, y es que las narrativas de las enfermeras, lejos de ser construidas de manera aislada, se encuentran conformadas a su vez por las narrativas de aquellos agentes que las rodean, que integran sus realidades y que pueden ejercer una marcada influencia sobre las experiencias que ellas hacen de la (in)justicia social y política que se opera en las organizaciones de salud.

#### **4.3. El muestreo y el reclutamiento de las voces potenciales**

La estrategia de muestreo utilizada en esta tesis doctoral se corresponde con la que en el campo de la investigación cualitativa se conoce como una estrategia de muestreo intencional. Esta modalidad de muestreo ha sido definida como un proceso de selección de participantes realizado en base a la presencia en ellas de una serie de características necesarias para responder a preguntas sobre una temática concreta (Higginbottom, 2004; Koerber & McMichael, 2008), características que en la presente investigación han sido reducidas al cumplimiento de los criterios de inclusión definidos para todos los perfiles de participantes.

La inexistencia de características específicas necesarias para ser capaces de ilustrar el fenómeno de estudio en el que la presente investigación se interesa ha sido mediada por un esfuerzo adaptativo dirigido hacia el despliegue de técnicas de generación de datos que han permitido la conversión de una temática de naturaleza más bien compleja en una temática de naturaleza más bien ordinaria enfocada hacia la exploración de las experiencias que las participantes hacen del día a día en las organizaciones de salud en las que se desempeñan y sobre las que, en realidad, ninguna de ellas ha presentado grandes dificultades para expresarse.

El muestreo intencional se ha producido a través del uso de tres estrategias de reclutamiento que han sido implementadas de forma paralela y que han respondido concretamente a la estrategia del informante clave (Latchem-Hastings, 2019), a la

estrategia del acceso directo (Higginbottom, 2004) y a la estrategia de la bola de nieve (Parker et al., 2019).

La estrategia del informante clave ha consistido en la selección de una enfermera asistencial procedente del ámbito de la atención primaria, de una enfermera asistencial procedente del ámbito de la atención especializada, de una enfermera en un cargo sindical, de un médico asistencial procedente del ámbito de la atención primaria y de médico asistencial en procedente del ámbito de la atención especializada que, por su conocimiento sobre el contexto en el que esta investigación ha transcurrido, han podido ejercer de mediadores para permitir el reclutamiento de potenciales participantes de su mismo perfil o, bien, de un perfil diferente al propio.

Los informantes clave han sido, en este sentido, informados del objetivo de la tesis doctoral y de las consideraciones metodológicas más relevantes de la misma, invitados a convertirse en participantes de la investigación —si cumplían con los criterios de inclusión establecidos y si así lo deseaban— y solicitados un listado comprendido entre uno y tres potenciales participantes que, desde sus punto de vista, podrían estar interesadas en tomar parte en la investigación, podrían cumplir con los criterios de inclusión anunciados y podrían ilustrar el fenómeno de estudio dejando emerger, por medio de sus relatos, perspectivas convergentes y divergentes en relación con él.

La estrategia de acceso directo, activada de manera simultánea a la anterior, se ha convertido en la estrategia de elección de reclutamiento dirigida a aquellos perfiles de voces cuyo número de potenciales participantes ha sido considerado como reducido en el contexto en el que esta investigación ha transcurrido. Este ha sido el caso de las voces de enfermeras que ocupan y se ocupan en cargos de gestión directiva y en cargos políticos o colegiales y del gerente de una organización pública de salud. El acceso directo a estas voces se ha producido, de forma específica, a través de su contacto directo por medio de un correo electrónico o de una llamada telefónica.

La estrategia de bola de nieve ha sido, finalmente, una estrategia emprendida en el desenlace de los encuentros con las voces participantes mientras la saturación de los datos no había sido alcanzada. Las participantes han sido solicitadas, así como se ha procedido con los informantes clave, una recomendación personal e informal de personas que, cercanas al contexto en el que se desempeñan y pertenecientes a cualquiera de los perfiles

de voces centrales o de voces periféricas, pensaban que cumplían los criterios de inclusión y que podrían estar interesadas en participar en la investigación.

Las potenciales participantes, sea cual sea la estrategia de reclutamiento por la que han sido identificadas inicialmente, han sido contactadas, en primer lugar, por medio de un mensaje enviado a través de una aplicación telefónica o de un correo electrónico. Los propósitos de este primer contacto han sido, concretamente, establecer un primer vínculo con ellas, situarlas recordándoles qué persona había ejercido como intermediaria entre ambas, agradecer su interés y su disposición a participar en la investigación y acordar un espacio de tiempo desde el que poder tomar contacto directo con ellas a través de una llamada telefónica.

Los propósitos del segundo contacto con las participantes potenciales han incluido la confirmación del cumplimiento de los criterios de inclusión requeridos para participar en la investigación, la descripción en detalle del objetivo general y de las consideraciones metodológicas de la misma y la invitación formal a participar en ella. La aceptación por parte de las voces contactadas para convertirse en participantes ha ido seguida del envío por vía telemática de la hoja de información y de consentimiento informado de la investigación en la que se han recogido las cuestiones discutidas durante la segunda toma de contacto con ellas.

El proceso de reclutamiento de las voces participantes ha sido llevado a cabo en base a una previsión teórica y numérica de las voces que se precisarían para responder al objetivo de la investigación. Esta previsión ha buscado erigirse como un simple recurso de apoyo durante el proceso de reclutamiento y no como una previsión a cumplir de manera estricta con el fin de poder generalizar los resultados desprendidos de la investigación (Higginbottom, 2004) o de priorizar la cantidad sobre la calidad de los datos generados (Koerber & McMichael, 2008), puesto que estos no se encuentran entre los atributos de los estudios cualitativos.

La previsión teórica y numérica sobre la que, en cualquier caso, se ha basado el reclutamiento de las voces participantes se ha situado en la necesidad de una muestra de 34 participantes —balanceada por sexo en base a los datos informativos de estratificación ofrecidos por organismos oficiales de colegiación— compuesta por 16 enfermeras asistenciales en ejercicio clínico, 4 enfermeras en ejercicio en mandos de gestión

intermedia, 4 enfermeras en ejercicio en mandos de gestión directiva, 2 enfermeras en cargos políticos y/o colegiales, 2 enfermeras en cargos sindicales, 4 médicos asistenciales en ejercicio clínico y 2 gerentes de organizaciones públicas de salud<sup>14</sup>.

#### **4.4. La descripción de la muestra final de voces participantes**

La muestra final de voces que han participado en la presente tesis doctoral ha estado compuesta por un total de 36 participantes, de las cuales 31 han sido voces centrales y 5 han sido voces periféricas. Las divergencias observadas entre la previsión inicial de voces a incluir y la muestra final de voces incluidas en la investigación ha respondido al descubrimiento de la riqueza discursiva de ciertos perfiles cuando esta última se ha visto incrementada y a la saturación temprana de los datos cuando se ha visto disminuida. La representación gráfica de la muestra final de participantes puede consultarse en el «Anexo I. Tabla resumen de la muestra final de las voces participantes» (p. 538).

El perfil de enfermeras asistenciales en ejercicio clínico ha estado conformado por las voces de 4 mujeres y 2 hombres procedentes del ámbito de la atención primaria, 6 mujeres y 2 hombres procedentes del ámbito de la atención especializada y 1 mujer procedente del ámbito de la atención sociosanitaria. La media de experiencia laboral ha sido de 12, 21 y 3 años en las mujeres procedentes del ámbito de la atención primaria, de la atención especializada y de la atención sociosanitaria respectivamente, y de 11 y 14 años en los hombres procedentes del ámbito de la atención primaria y de la atención especializada respectivamente<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> La previsión desplegada sobre los diferentes perfiles de voces centrales no ha contemplado el perfil de enfermeras en ejercicio en posiciones mixtas en las organizaciones de salud con motivo de que su incorporación en la investigación ha sido tardía.

<sup>15</sup> El *background* profesional de las participantes no ha sido contemplado como un dato sociodemográfico a recoger. Los encuentros conversacionales con las participantes han permitido, no obstante, descubrir que 3 participantes mujeres procedentes del ámbito de la atención primaria y 2 participantes mujeres procedentes del ámbito de la atención especializada han ejercido como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) antes de devenir y ejercer como enfermeras, un detalle que quizás haya podido influir en las experiencias reportadas por las participantes. Este dato solamente ha sido



El perfil de enfermeras en ejercicio en mandos de gestión intermedia ha estado conformado por las voces de 1 mujer procedente del ámbito de la atención primaria — ninguna voz de hombre ha sido incluida debido a la observación de una tendencia hacia la feminización de dicho mando— y de 2 mujeres y de 1 hombre procedentes del ámbito de la atención especializada. La media de experiencia laboral en el cargo en el momento de la recogida de datos ha sido de 15 años en la mujer procedente del ámbito de la atención primaria, de 8 años para las mujeres procedentes del ámbito de la atención especializada y de 23 años para la única voz procedente del ámbito de la atención especializada que ha integrado este perfil.

El perfil de enfermeras en ejercicio en mandos de gestión directiva ha estado conformado por las voces de 2 mujeres y de 1 hombre procedentes del ámbito de la atención especializada y de 1 mujer y de 1 hombre procedentes del ámbito de la atención primaria. La media de experiencia laboral en el cargo que en el momento de la recogida de datos ha sido de 5 años en las mujeres procedentes del ámbito de la atención especializada, de 1 año en la voz de la mujer procedente del ámbito de la atención especializada y de 5 años en las únicas voces de hombres procedentes del ámbito de la atención primaria y de la atención especializada.

El perfil de enfermeras en cargos políticos o colegiales ha estado conformado por las voces de 2 mujeres en un cargo político y de 1 mujer en un cargo colegial. La media de experiencia laboral en el cargo ha sido de 3,5 años en las enfermeras que han ocupado un cargo político y de 1 año en la enfermera que ha ocupado un cargo colegial. Cada una de las participantes que ha integrado este perfil ha reportado en el curso de los encuentros conversacionales haber desempeñado sus roles profesionales en cargos distintos al que ocupan actualmente, notablemente en los vinculados a la gestión intermedia y/o a la gestión directiva.

---

especificado por las participantes que han integrado el perfil de enfermeras asistenciales. Se desconoce si entre el resto de enfermeras de este perfil o de otros perfiles se encuentran más casos de enfermeras en esta situación puesto que de forma (no) intencional no han hecho alusión a ello en el transcurso de sus relatos.

El perfil de enfermeras en cargos sindicales ha estado conformado por las voces de 1 mujer procedente del ámbito de la atención especializada y de 1 hombre procedente del ámbito de la atención primaria. La experiencia laboral en el cargo sindical ha sido de 5 años para la mujer y de 12 años para el hombre. El perfil de enfermeras en ejercicio profesional en posiciones mixtas ha estado conformado, por último, por las voces de 1 mujer y de 1 hombre procedentes del ámbito de la atención primaria. La experiencia laboral en dicha posición ha sido de 6 meses para la mujer y de 2 años para el hombre.

Las voces periféricas han estado, finalmente, constituidas por las voces de 4 médicos asistenciales en ejercicio clínico entre los que se han incluido 1 mujer y 1 hombre procedentes del ámbito de la atención primaria y 1 mujer y 1 hombre procedentes del ámbito de la atención especializada. La experiencia laboral del hombre y de la mujer procedentes del ámbito de la atención primaria ha sido de 20 y de 10 años, respectivamente, y del hombre y de la mujer procedentes del ámbito de la atención especializada de 19 y de 1 año, respectivamente. La voz del gerente ha estado representada por 1 hombre procedente del ámbito de la atención especializada<sup>16</sup>.

#### **4.5. El proceso y las técnicas de generación de los datos**

El proceso por el que se han generado los datos que han conformado los resultados de esta tesis doctoral ha consistido en el despliegue de tres técnicas de recogida de datos: las entrevistas semiestructuradas, el cuestionario sociodemográfico y el diario de campo. El conjunto de los datos generados a partir de dichas técnicas ha constituido el material de análisis de la presente investigación.

##### **4.5.1. Las entrevistas semiestructuradas**

La entrevista, considerada como una de las maneras más comunes y poderosas de comprender el ser humano, no representa un intercambio neutral en el que se lleve a cabo un interrogatorio de naturaleza instrumental dirigido a obtener respuestas, sino más bien

---

<sup>16</sup> La información sociodemográfica relacionada con el tiempo de experiencia en el cargo del participante que ha integrado este perfil de voz periférica ha sido intencionalmente omitida con el fin de preservar su identidad.

un proceso político, democrático y reflexivo en el que la persona entrevistada es considerada como una par que, dotada con voz propia, acompaña a la investigadora en su proceso investigador y que, asimismo, aboga junto a ella, en el caso concreto de la presente tesis doctoral, por una reforma orientada hacia la construcción de un marco de justicia social y política en las organizaciones de salud (Fontana & Frey, 2005; Fontana, 2004).

La modalidad de entrevista escogida ha sido la que se corresponde con la entrevista semiestructurada (Kallio et al., 2016). Los guiones de entrevista elaborados con la intención de poder recoger información similar de cada una de las participantes y de crear un cierto orden en el desarrollo de las entrevistas (Doody & Noonan, 2013) pueden ser consultados en el «Anexo III. Guion de entrevista para las enfermeras asistenciales» (p. 540)<sup>17</sup>, el «Anexo IV. Guion de entrevista para las enfermeras en mandos intermedios» (p. 542), el «Anexo V. Guion de entrevista para las enfermeras en mandos directivos» (p. 545), en el «Anexo VI. Guion de entrevista para las enfermeras en cargos políticos» (p. 548), en el Anexo VII. Guion de entrevista para las enfermeras en cargos sindicales» (p. 550), en el «Anexo VIII. Guion de entrevista para las enfermeras en cargos colegiales» (p. 552), en el «Anexo IX. Guion de entrevista para los médicos» (p. 554) y «Anexo X. Guion de entrevista para el gerente» (p. 556).

El proceso de desarrollo de las entrevistas se ha organizado en torno a dos fases. La primera de ellas ha consistido en un pilotaje de dos entrevistas semiestructuradas en dos participantes del perfil de enfermeras asistenciales en ejercicio clínico con el objetivo de comprobar la comprensión de las preguntas planteadas, de corregir las ambigüedades identificadas, de realizar una primera aproximación a las temáticas emergentes, de verificar que los objetivos de la investigación pudieran ser efectivamente explorados, de examinar nuevas preguntas a incluir en el guion de la entrevista y de reconocer las dificultades a las que la investigadora se enfrentaba en tanto que entrevistadora.

---

<sup>17</sup> El guion de entrevista para las enfermeras asistenciales ha sido el utilizado como base sobre la que llevar a cabo la entrevista con las voces centrales del perfil de enfermeras en ejercicio en posiciones mixtas en las organizaciones de salud.

La segunda fase del proceso de desarrollo de las entrevistas ha consistido, de manera específica, en llevar a cabo las entrevistas con las participantes. Las voces centrales han sido, en este sentido, las primeras en ser entrevistadas y, entre ellas, las enfermeras asistenciales en ejercicio clínico las que han encabezado el orden en el que han sido abordadas, siendo así las enfermeras del resto de perfiles de voces centrales incorporadas en la investigación de una manera progresiva. Las voces periféricas han sido entrevistadas casi al final del proceso de generación de los datos, cuando la mayoría de las voces centrales ya lo habían sido.

La duración del proceso de generación de datos a través de las entrevistas se ha prolongado durante el periodo comprendido entre la primera entrevista, llevada a cabo el 22 de noviembre de 2019, y la última entrevista, llevada a cabo el 27 de febrero de 2020. Todas las entrevistas han sido audiograbadas con previo consentimiento de las participantes para poder ser transcritas y, posteriormente, (re)leídas y analizadas en profundidad. Si bien habían sido previstas para una duración de 1 hora, su duración media ha sido, finalmente, de 1 hora y 20 minutos, siendo la más corta de 50 minutos y la más larga de 2 horas. La duración total de las audiograbaciones ha sido de 47 horas y 52 segundos.

Las entrevistas que han sido llevadas a cabo en el marco de la presente tesis doctoral han transcurrido en lugares escogidos por cada una de las participantes desde su propia consideración de qué constituye un entorno íntimo, seguro y cómodo para expresarse. Estos escenarios han incluido algunas de las aulas de la Facultad de Enfermería de la Universidad de las Islas Baleares reservadas intencionalmente para tal fin, las consultas o salas de reunión de ciertas organizaciones de salud<sup>18</sup>, las salas de una institución cultural

---

<sup>18</sup> Las voces centrales han mostrado su reticencia a ser entrevistadas en el espacio en el que se desempeñan como profesionales, siendo este considerado como un espacio inseguro desde el que pronunciar su mirada más crítica sobre el fenómeno que concierne a esta investigación. Las voces periféricas, en cambio, han escogido, en su totalidad, su espacio de trabajo como el entorno en el que ser entrevistadas. En esta misma línea, el momento del día en el que la entrevista ha tenido lugar también ha podido ser escogido por las participantes. Las voces participantes que han integrado el perfil de enfermeras asistenciales en ejercicio clínico han sido entrevistadas, en todos los casos, fuera de su horario laboral,

que han sido cedidas para este propósito y los domicilios de aquellas participantes que han abierto las puertas de su casa para realizar la entrevista.

La proximidad cultural entre las participantes y la investigadora ha asegurado la conexión permanente entre el lenguaje y las manifestaciones culturales y, con ello, la atribución de un significado coherente a las formas por medio de las que las enfermeras, los médicos y el gerente que han tomado parte en la investigación se han expresado. Las entrevistas han sido llevadas a cabo, asimismo, en el idioma de preferencia de las participantes. Los esfuerzos dedicados a la adaptación del lenguaje utilizado en el transcurso de las entrevistas para hacer del complejo fenómeno de estudio una temática de índole cotidiana han permitido, asimismo, asegurar la comprensión bidireccional entre ambos interlocutores.

La relación que se ha creado entre las participantes y la investigadora ha procurado asegurar la posición de ambos en un *rapport* de igualdad e, incluso, en un *rapport* con tendencia a la jerarquía inversa esperada, es decir, tratando de privilegiar la voz de las participantes sobre la voz de la investigadora atendiendo al hecho de que las voces buscadas son las de las participantes y, por ello, deben ser las dominantes en el marco de las entrevistas (Ryan et al., 2009). El desarrollo de estrategias para fomentar la confianza con las participantes, tomando en consideración el carácter sensible de la temática explorada, ha resultado, en este sentido, de primer orden.

Las estrategias que han sido implementadas para favorecer dicha relación de confianza han incluido las alusiones a temas accesorios de forma previa al inicio de las entrevistas, el agradecimiento a las participantes por su participación en la investigación, la revisión de forma conjunta de los objetivos de la misma, la apertura de un espacio para preguntar dudas acerca de la información recibida, la reiteración de la anonimidad y de la confidencialidad de los datos generados y el *fluir* gradual de las entrevistas desde temáticas más generales a temáticas más específicas (Arantzamendi et al., 2012).

---

mientras que en el resto de perfiles de voces centrales y en las voces periféricas ha habido una relativa tendencia a situar la entrevista dentro del horario laboral.

La recogida de material empírico en el marco de las entrevistas no ha contemplado únicamente el contenido verbal de las mismas, sino también el contenido no verbal que lo ha acompañado y que ha sido recogido, de forma discreta, sin interrumpir la escucha prestada a las participantes, en forma de anotaciones inmediatas y no reflexivas. Las expresiones de desagrado, de enfado o de sorpresa, los gestos y las posturas, las aceleraciones o silencios en el habla y las miradas reflexivas se han encontrado entre las principales anotaciones que han sido consideradas y que han formado parte del material de análisis de esta investigación.

#### **4.5.2. El cuestionario sociodemográfico**

Un cuestionario ha sido diseñado con el fin de recoger toda aquella información precisa para poder elaborar el marco de características sociodemográficas de la muestra final de participantes en esta tesis doctoral. La información que ha sido contemplada en dicho cuestionario ha incluido el sexo, el tiempo de experiencia laboral, el ámbito actual de ejercicio profesional, la posición dentro de la organización de salud, un número de contacto telefónico y, opcionalmente, una dirección de correo electrónico. El modelo de cuestionario sociodemográfico elaborado y utilizado en esta investigación puede ser consultado en el «Anexo XI. Cuestionario sociodemográfico» (p. 558).

#### **4.5.3. El diario de campo de la investigadora**

El diario de campo es definido por Baribeau (2005) como un conjunto de trazas de expresión a través de las que una investigadora refleja un contenido que concierne a la narración de eventos contextualizados en un tiempo, en un espacio físico, sobre unos individuos y sobre una argumentación concreta. Este contenido incluye ideas, emociones, pensamientos, decisiones, hechos, citas o extractos de lecturas y descripciones de aquello que ha percibido o escuchado y con lo que, convertida en una observadora de sí misma como si fuese otra, establece un diálogo no solamente para contemplarlo, sino también para analizarlo.

El diario de campo iniciado en el contexto de esta tesis doctoral ha estado compuesto por notas descriptivas, notas metodológicas y notas teóricas —escritas o audiograbadas— que han contribuido a mediar la validez interna y externa del proceso investigador (Baribeau, 2005; Phillippi & Lauderdale, 2018).

Las notas descriptivas han recogido tanto aquellas reflexiones más personales acerca de cómo el proceso de investigación y las aportaciones de distinta naturaleza de ambas directoras han cambiado la forma de *ser* y de *actuar* de la investigadora, como aquellas reflexiones directamente relacionadas con el desarrollo de la investigación —y mayormente vinculadas al proceso de entrevista— entre las que se han incluido las orientaciones generales de los relatos de las participantes, las impresiones iniciales y finales de cada uno de los encuentros y los detalles de las participantes que más han llamado la atención.

Las notas metodológicas han incluido aquellas apreciaciones transversales asociadas a la planificación del desarrollo de la investigación. Estas se han centrado, de manera específica, en la necesidad de (re)definir ciertas de las preguntas de investigación, de crear nuevos perfiles de participantes, de (re)orientar los guiones de entrevista iniciales, de (re)pensar el orden de inclusión de las participantes en el proceso de generación de los datos, de reflexionar sobre la organización del análisis en profundidad de los datos y de la subsiguiente presentación de los resultados que de este se han desprendido.

Las notas teóricas han incluido, finalmente, aquellas reflexiones asociadas al proceso reflexivo crítico por medio del que, en el transcurso del análisis de los datos generados, se han trazado redes de conexión entre los hallazgos obtenidos en la fase empírica de la investigación, los hallazgos previamente identificados en la revisión de la literatura y los hallazgos procedentes del marco teórico escogido para guiar la investigación en su conjunto. Estas notas han abarcado las interpretaciones más intuitivas de la investigadora que han permitido transferir los datos generados a un espacio de discusión sobre los mismos.

#### **4.6. El método de análisis de los datos**

El método escogido para el análisis de los datos que han sido generados a través de las diferentes técnicas de recogida de datos desplegadas en esta tesis doctoral ha sido el método de análisis crítico del discurso, un método para cuya implementación han sido consideradas las directrices desarrolladas por el lingüista Norman Fairclough (1941), uno de los fundadores del análisis crítico del discurso aplicado a la sociolingüística. Estas directrices han sido reconocidas en la literatura por numerosos autores como siendo de

gran valor para el análisis de cuestiones políticas vinculadas a la práctica enfermera (Crowe, 2005; Smith, 2007).

Fairclough (1992, 1995) define, en este sentido, el análisis crítico del discurso como un proceso de investigación social centrado en el estudio del habla y de los textos, es decir, del lenguaje, como medios para descubrir las formas a través de las que los discursos construyen y median la realidad sociocultural y política naturalizada de un contexto social e histórico dado. La propiedad de normatividad que alberga y la capacidad explicativa que expresa representan, de manera concreta, la propiedad y la capacidad que permiten adjetivar esta modalidad de análisis del discurso como siendo una modalidad crítica de análisis (Fairclough & Wodak, 1997).

El análisis crítico del discurso presenta como objetivos principales:

- ∴ La evaluación de las relaciones de poder y de las formas de dominación inmersas en las creencias, en los comportamientos, en las acciones y en las prácticas sociales que constituyen las realidades u órdenes sociales y políticos y que resultan ser injustas o dañinas para el bienestar social (Fairclough, 1995; Van Dijk, 2003).
- ∴ La ilustración de por qué dichas realidades y órdenes sociales son como son en la actualidad, de qué efectos tienen sobre los contextos de acción, los valores y las metas perseguidas y de cuáles son los mecanismos sociales por los que emergen, se establecen y se mantienen como prácticas normales, naturalizadas e institucionalizadas imperantes o, en contraposición, por los que se resisten o cambian en forma de discontinuidades en el discurso (Fairclough, 1995; Van Dijk, 2003).
- ∴ El estudio en profundidad de quién es el sujeto que produce el texto, es decir, a quién se le atribuye la legitimidad de usar un determinado lenguaje, cuál es su estatus, cuál es el contexto institucional desde el que el discurso es producido y desde el que el discurso adquiere su legitimidad y su potencial de aplicación, así como cuáles son las posiciones que este puede ocupar (Foucault, 1969).

La aproximación del análisis crítico del discurso propuesto por Fairclough (1992) permite un enfoque organizado, global y detallado sobre los discursos que, reconocido como especialmente didáctico y pedagógico para las investigadoras que se inician en



dicha modalidad de análisis —motivo por el que, en gran parte, este ha sido el método escogido para ser aplicado sobre los datos generados en el marco de esta tesis doctoral— es formulado como una mirada tridimensional al discurso desde la que este puede ser analizado, de manera simultánea, a nivel textual, a nivel de práctica discursiva y a nivel sociocultural.

El nivel textual del análisis del discurso contempla el discurso como si de un texto se tratara, siendo el vocabulario, la gramática, la cohesión y la estructura del mismo las categorías de análisis sobre las que este primer nivel focaliza su interés. El vocabulario se encarga, por una parte, del estudio de las palabras usadas en el texto, pero también de las palabras alternativas que hubieran podido ser usadas y no lo han sido, de la significancia política e ideológica de las palabras usadas y no usadas, de la relación que se establece entre el significado de las palabras y ciertas formas de lucha más amplias y de la función del uso de metáforas en el texto (Fairclough, 1995).

La gramática se encarga, por otra parte, del estudio de la estructura de las palabras usadas en el texto y de la comprensión de cómo estas son combinadas las unas con las otras para formar las oraciones del mismo. La relevancia del estudio de la gramática de un texto responde, de manera concreta, al hecho de que la construcción de las oraciones que lo conforman se fundamenta en una toma de decisión que deja entrever y permite entender cómo quien se encuentra tras ella elabora y da significado a las identidades sociales, a las relaciones sociales, al conocimiento y a las creencias que circulan a su alrededor (Fairclough, 1995).

La cohesión del texto se encarga, por otra parte, del estudio de cómo los diferentes elementos de una oración son combinados para conformarla y de cómo las distintas oraciones de un texto se combinan, a su vez, para integrarlo como un todo. La relevancia del estudio de la cohesión del texto se halla, de manera específica, en el hecho de que los mecanismos usados para asegurarla permiten comprender cómo los individuos deducen, describen y definen la relación entre diferentes fenómenos y, entonces, explorar qué formas de racionalidad despliegan los individuos y cómo los cambios que en ellas se vislumbran se traducen en cambios en las prácticas discursivas (Fairclough, 1995).

La estructura del texto se encarga, finalmente, del estudio de la forma que adopta el texto en su conjunto. Lo hace desde una perspectiva más amplia que la de la cohesión del

texto, es decir, interesándose, de manera preferente, por el análisis de los diferentes elementos que constituyen la arquitectura del texto —la forma de construir su comienzo y su final o de estructurar los turnos de palabra en ellas— y que reflejan los sistemas de conocimiento, de creencias y de convenciones en torno a las relaciones y a las identidades sociales que se expresan a través del texto (Fairclough, 1995).

El análisis del discurso como texto, centrado más bien en el análisis del lenguaje usado en él, no puede entenderse si no es relacionado con el contexto en el que se opera, motivo por el que este nivel de análisis debe acompañarse del análisis del discurso como práctica discursiva y como práctica social.

El nivel de práctica discursiva contempla el discurso como una práctica discursiva. Su centro de atención se sitúa, entonces, sobre la comprensión de cómo los textos o los actos del habla son producidos, es decir, de cómo se elaboran y de qué elementos previamente existentes en el contexto se usan para construirlos; de cómo son distribuidos, es decir, de cómo se dan a conocer; y de cómo son consumidos, es decir, de cómo son interpretados por quienes los reciben dependiendo de su grado de atención y de la disponibilidad de elementos de interpretación en su contexto. Estas tres funciones permiten analizar la eficacia ideológica del discurso y, pues, su capacidad para ingresar en la consciencia de los individuos (Fairclough, 1995).

Los tres elementos clave usados para analizar los textos como prácticas discursivas son la fuerza, la coherencia y la intertextualidad. La fuerza hace referencia a los actos del habla emprendidos para producir el discurso, es decir, su formulación desde la orden, el cuestionamiento, la amenaza o la promesa, entre otros. Los rasgos identitarios de quién emite y de quién recibe el texto o el acto del habla —como pueden ser el sexo, la edad o la etnia— y el contexto social en el que este se produce cumplen un papel fundamental en la comprensión de la dirección hacia la que la fuerza se dirige por lo que el análisis de ambos aspectos resulta de suma importancia (Fairclough, 1995).

La coherencia del texto o del acto de habla hace referencia al sentido que toma el texto, un elemento que no solamente depende de quién lo formula, sino también de la interpretación que quien lo recibe hace de él y de su capacidad para deducir y establecer significados en su interior. La coherencia se fundamenta, entonces, en la premisa según la cual un texto no cobra sentido hasta que el individuo se lo atribuye, siendo de este

modo el sentido del texto dependiente de la capacidad que el individuo que lo recibe exhibe para, en ausencia de marcadores explícitos, establecer relaciones significativas entre las diferentes partes que lo conforman (Fairclough, 1995).

La intertextualidad hace referencia, finalmente, a la propiedad según la cual un texto se encuentra formado por alusiones —positivas o negativas— a otros textos, siendo la intertextualidad en su producción el elemento que hace emerger su condición histórica, es decir, los textos ya existentes en base a los que se forman y a los que responde explícita o implícitamente, defendiéndolos o contradiciéndolos; y siendo la intertextualidad en su consumo el elemento que hace emerger cómo quien los recibe introduce en su interior otros textos ya preexistentes en el contexto de su producción para interpretarlos y darles un determinado sentido (Fairclough, 1995).

El análisis del texto como práctica discursiva debe ser llevado a cabo tanto a nivel micro, explorando cómo los individuos producen y consumen los textos en base a textos preexistentes, como a nivel macro, indagando en la naturaleza de los recursos en base a los que los individuos producen e interpretan los textos, prestando atención a su carácter normativo o creativo y a sus efectos sobre la reproducción o la ruptura del orden social. La relación que el nivel micro y el nivel macro de las prácticas discursivas mantienen da forma a las prácticas sociales las cuales, a su vez, contribuyen a dar forma a las prácticas discursivas (Fairclough, 1995).

El nivel sociocultural contempla el discurso, finalmente, como una práctica social situada en el contexto más amplio en el que es producida, es decir, ubicada en la matriz económica, política, social, legal y científica en la que las prácticas discursivas se hallan inmersas y en la que la ideología y la hegemonía se dan cita, siendo la ideología aquella propiedad que se insiere en el lenguaje para instaurar y, posteriormente, (re)producir las relaciones de dominación que acaban convirtiéndose en hegemónicas, es decir, que acaban siendo consideradas como naturales por parte de los individuos que habitan en un determinado contexto, individuos que se encuentran, a su vez, dispuestos en él de forma ideológica (Fairclough, 1995).

Este nivel de análisis del discurso reconoce, a pesar de todo, la capacidad que los individuos tienen de aprovechar las brechas de los discursos hegemónicos para retar las relaciones de dominación y para reconstruir las prácticas que determinan su posición en

el contexto social en el que se encuentran. La relevancia de este nivel de análisis radica, entonces, en el hecho de que permite no solamente esclarecer cuáles son las prácticas ideológicas que se reproducen en un determinado contexto y cuáles son los impactos sociales y políticos que de ellas se derivan, sino también esclarecer cómo dichas prácticas ideológicas están siendo retadas (Fairclough, 1995).

Los motivos que justifican la utilidad que el método de análisis crítico del discurso presenta en esta tesis doctoral responden, en definitiva, al hecho de que este permite vislumbrar cuestiones vinculadas a la transformación, al cambio social (Fairclough, 2003). Este da luz no solamente a las causas agenciales y estructurales que se hallan bajo un orden social dado y que lo mantienen, sino también a la relación dialéctica que se establece entre el orden del discurso y la agencia de los individuos que lo integran para comprender tanto la disposición sociopolítica de estos últimos en él como las oportunidades de negociación que en él estos presentan (Fairclough, 1995, 2001; Fairclough & Fairclough, 2012).

#### **4.6.1. La preparación y el abordaje de los datos**

El proceso de análisis de los datos representa un proceso transversal y continuo que no tiene como punto de inicio el final de la etapa de la generación de datos, sino un proceso que es llevado a cabo de manera simultánea a la misma, aunque ciertamente adquiere su máxima eficiencia una vez que se dispone de todo el material de análisis. Desde un punto de vista metodológico, la preparación y el abordaje de los datos sujetos a análisis se han producido así de manera concomitante a los encuentros conversacionales con las participantes que han tomado parte de esta tesis doctoral (Berenguera et al., 2014; Flick, 2004).

La primera etapa del proceso de análisis de los datos ha consistido, en este sentido, en la preparación del corpus textual a analizar (Arantzamendi et al., 2012). En ella se han transcrito literalmente las audiograbaciones de las entrevistas<sup>19</sup>; enmascarado y

---

<sup>19</sup> La transcripción de las entrevistas se ha llevado a cabo en el mismo idioma en el que ha sido realizada. No obstante, para la redacción del «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados» (p.165), los fragmentos *verbatim* escogidos para ilustrar los hallazgos han sido traducidos al español.

anonimizado los datos susceptibles de revelar la identidad de las participantes; maquetado los documentos de transcripción añadiendo una numeración de las líneas del texto; atribuido un nombre ficticio y un código alfanumérico<sup>20</sup> a cada una de las participantes y; finalmente, diseñado un documento en el que han sido recogidos, de manera exhaustiva, los datos generados por cada una de las participantes<sup>21</sup>.

La segunda etapa del proceso de análisis de los datos ha consistido en el abordaje de los datos generados. Este ha resultado en los hallazgos que son presentados en el próximo capítulo de esta tesis doctoral. Esta etapa ha sido llevada a cabo siguiendo las recomendaciones que Pope et al. (2000) proponen en torno a la aproximación a los datos cualitativos por medio de un recorrido sistemático a través de cinco fases:

---

<sup>20</sup> La atribución de un código alfanumérico a cada una de las participantes ha pretendido permitir la rápida contextualización de las participantes en el marco de la ilustración de los hallazgos en el «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados» (p. 165). Las enfermeras asistenciales, las enfermeras en mandos de gestión intermedia y las enfermeras en mandos de gestión directiva han sido identificadas como *EApX*, *EResX* y *ECdApX* en el ámbito de la atención primaria o como *EAEX*, *ECorX* y *ECdAeX* en el ámbito de la atención especializada respectivamente. La enfermera procedente del ámbito de la atención sociosanitaria ha sido identificada como *ERX*. Las enfermeras en cargos políticos, colegiales y sindicales han sido identificadas como *ECpX*, *ECcX* y *ESinX*, respectivamente. Las enfermeras en posiciones mixtas han sido identificadas como *EMX*. Los médicos asistenciales han sido identificados como *MApX* o *MAeX* según su procedencia fuese del ámbito de la atención primaria o de la atención especializada respectivamente. El gerente ha sido identificado como *GAeX*. La *X* que figura en cada uno de los códigos alfanuméricos presentados se ve remplazada en la presentación del análisis de los resultados con el número de voz que ha sido atribuido aleatoriamente a cada una de las participantes. El «Anexo II. Guía para el reconocimiento del rol de las participantes» (p. 539) incluye una tabla que, en el marco de la lectura del «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados» (p. 165), facilita la comprensión de quién está hablando en los fragmentos *verbatim* escogidos para ilustrar los resultados del proceso del análisis de los datos.

<sup>21</sup> Este documento ha permitido recoger una descripción general de los resultados que se han desprendido del texto, su asociación a un código y a una subcategoría de análisis, una referencia a la ubicación de cada uno de ellos en el texto y un conjunto de anotaciones reflexivas dirigidas a la discusión de los resultados obtenidos.

- ∴ La fase preliminar o de familiarización, una fase de descubrimiento que consiste en la lectura repetida del corpus textual generado y en la escucha reiterada de las audiograbaciones de las entrevistas con el objetivo de realizar una inmersión en los datos que permita iniciar la reflexión sobre una serie de intuiciones preanalíticas o de ideas clave generales en relación con ellos.
- ∴ La fase de identificación, una fase descriptiva que consiste en la identificación de temáticas y conceptos a través de los cuales los datos pueden ser explorados y referenciados con el objetivo final de desarrollar un índice de datos que permita su manejo.
- ∴ La fase de indexación, una fase que consiste en la codificación de los datos por medio de estrategias de razonamiento inductivas y deductivas que resultan en la obtención de códigos que, en tanto que elementos cercanos a los datos, cubren su significado, así como en la identificación en los textos de fragmentos *verbatim* que permiten visualizar patrones explicativos en relación al fenómeno de estudio.
- ∴ La fase de conexión, una fase que consiste en la agrupación de los códigos que se desprenden de la fase precedente en subcategorías y estas últimas en categorías en base a criterios de significación similar con el objetivo de empezar a dar respuesta a los objetivos planteados en la investigación a partir de su conexión e interrelación.
- ∴ La fase de interpretación, una fase que consiste en la puesta en diálogo de las conexiones establecidas entre los códigos, las subcategorías y las categorías de análisis de los datos con el marco teórico y con la revisión de la literatura que acompañan a la investigación para darles explicación y significado buscando diferencias y similitudes, elementos concurrentes y emergentes, silencios, contradicciones, conflictos y resistencias entre ellos.

#### **4.7. Las estrategias de rigor metodológico**

La cuestión del rigor en la investigación cualitativa continúa siendo a día de hoy una temática sujeta a debate. Juzgada como menos valiosa desde un punto de vista estrecho y reduccionista con relación a aquello considerado como ciencia, la investigación cualitativa se enfrenta al reto de consolidar su legitimidad manteniéndose fiel a su espíritu y evitando caer en la rigidez e inflexibilidad de los criterios de rigor de la investigación

cuantitativa (Krefting, 1991; Sandelowski, 1986, 1993). El marco de rigor metodológico al que más frecuentemente se recurre en el campo de la investigación cualitativa se corresponde con el modelo de confiabilidad desarrollado por Guba y Lincoln (1989).

Los criterios de credibilidad, de transferibilidad, de fiabilidad y de confirmabilidad que constituyen dicho modelo han sido formulados en contraposición a los criterios de validez interna, de validez externa, de veracidad y de objetividad propios a la evaluación que se hace del rigor en el campo de la investigación cuantitativa. Esta formulación ha sido interpretada como una respuesta a una necesidad creada e impuesta alrededor del ajuste a la premisa de que toda investigación debe basarse en el cumplimiento de una noción única de rigor que no hace más que apoyar la atribución de una legitimidad diferencial a las distintas metodologías de investigación.

Los intentos de definición de nuevos criterios de rigor en la investigación cualitativa que se contraponen a los ya establecidos en la investigación cuantitativa se convierten, entonces, en un mecanismo que sirve para reproducir el estatus quo en la esfera de la investigación. Morse (2015) se manifiesta en línea con estas reflexiones criticando la aplicación indiscriminada de los criterios desarrollados por Guba y Lincoln (1989). Propone en respuesta a ello un modelo de evaluación del rigor en la investigación cualitativa —al que esta tesis doctoral se ha adherido— formado por tres dimensiones alternativas: la validez, la fiabilidad y el potencial de generalización.

La validez de una investigación, primera dimensión de este modelo, se define como el grado en el que las inferencias hechas con relación a los resultados de un estudio son precisas y están bien fundamentadas (Morse, 2015) o como la correspondencia existente entre las perspectivas, visiones e ideas que las participantes de un estudio han querido transmitir y la representación que la investigadora del estudio hace de ellas (Tobin & Begley, 2004). Esta permite preguntarse, entonces, si las explicaciones ofrecidas por las participantes se corresponden con las descripciones realizadas por la investigadora y, a la inversa, si las participantes o potenciales participantes se reconocen en ellas.

La validez de esta investigación ha tratado de ser garantizada mediante la aplicación de técnicas de *member checking* no convencionales como la exposición de resúmenes frecuentes de las aportaciones de las participantes en el transcurso de las entrevistas para obtener su confirmación explícita de que dicho resumen recoge aquello que han querido

transmitir; la transcripción literal y sistemática de las entrevistas audiograbadas; el no descarte de los denominados casos negativos o extremos durante el proceso de análisis; y la ejemplificación de los códigos emergidos en el análisis de los datos a través del uso de fragmentos *verbatim*.

La fiabilidad de una investigación, segunda dimensión de este modelo, se refiere a la replicabilidad del proceso de generación, interpretación y/o análisis de los datos que se desprenden de un estudio, es decir, a la propiedad según la cual de repetirse el estudio se obtendrían los mismos resultados (Morse, 2015). Las investigaciones cualitativas no pretenden, en realidad, ser replicables, sino que son contextuales y dependientes de la propia investigadora y del contexto en el que han sido desarrollados (Malterud, 2001; Sandelowski, 1986, 1993). La transparencia del proceso investigador no debería, sin embargo y por ello, ser eludida.

La fiabilidad entendida como la transparencia del proceso investigador ha tratado de ser garantizada en esta investigación por medio del despliegue de un ejercicio transversal de reflexividad que, manifestado de un modo u otro en cada uno de los capítulos que han integrado esta tesis doctoral, no ha permitido eliminar los sesgos de la investigadora en ella, pero sí reconocer su existencia inevitable (Bover, 2013); por medio de la descripción en detalle de sus consideraciones metodológicas; y, finalmente, por medio de la exposición cuidadosa del marco teórico que ha sido escogido como lente desde la que interpretar los resultados obtenidos.

El potencial de generalización de los resultados, tercera dimensión de este modelo, se refiere, finalmente, a la propiedad de transferibilidad de los resultados, es decir, a la propiedad según la cual los resultados de una determinada investigación son extensibles a otros individuos, a otros contextos, a otros tiempos y a otras instituciones que difieren de los que han sido directamente estudiados (Polit & Beck, 2010). La literatura distingue dos modalidades de transferencia a tomar en consideración en el transcurso de su evaluación, siendo estas la transferibilidad interna y la transferibilidad externa (Maxwell & Chmiel, 2014).

La transferibilidad interna responde, por una parte, a la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos en una investigación dentro del contexto, de la institución o de los casos estudiados a las personas que no han sido directamente representadas en los



datos porque no han formado parte de la muestra final participantes; mientras que, por otra parte, la transferibilidad externa responde a la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos más allá de los casos específicamente estudiados, es decir, a otras personas, a otros contextos e, incluso, a otros eventos (Maxwell & Chmiel, 2014).

Las estrategias que, en este sentido, han tratado de asegurar la transferibilidad interna y la transferibilidad externa de los resultados que se han desprendido de la presente tesis doctoral se encuentran imbricadas en las consideraciones metodológicas en base a las que esta ha sido llevada a cabo. Estas han incluido cuestiones como la descripción detallada del perfil de las voces participantes para que puedan ser comparadas con los individuos que comparten o no comparten contexto con ellas; la alusión a las cuestiones que hacen particular el contexto en el que la investigación se ha desarrollado; la formulación de criterios de inclusión amplios con el objetivo de asegurar la representación de la máxima diversidad de perspectivas existentes sobre el fenómeno de estudio; la identificación de voces referenciales en el marco de los relatos de las participantes con el fin de contrastar si la visión del fenómeno que transmiten configura la norma o aquello habitual en su organización o si creen que sus pares tienen una opinión que concuerda o discrepa con la suya; la inclusión entre las participantes de los casos extremos; la continuidad del proceso de análisis de los datos hasta el final de la investigación con el fin de no concluirlo de una manera prematura y antes de alcanzar la saturación de los datos; y la no imposición de una coherencia artificial a los datos sustentando el análisis de los mismos en un marco teórico dotado de conceptos normativos.

#### **4.8. Las consideraciones éticas**

Esta tesis doctoral ha sido guiada por un conjunto de consideraciones éticas que han constituido un marco sistemático de procesos formales para garantizar la ética durante el proceso investigador. Las consideraciones éticas contempladas han sido inspiradas en el marco sistemático desarrollado a tal propósito por Emanuel, Wendler y Grady (2000). La adecuación de este marco a la presente investigación se basa en la posición de acuerdo que mantenemos con el reconocimiento de que la obtención de la aprobación ética por parte de organismos competentes y del consentimiento informado de los participantes no representan criterios suficientes para asegurar la ética en la investigación.

La ética en la investigación depende, por el contrario, de la aplicación consistente y transversal de criterios únicos y predeterminados y de estrategias múltiples y adaptables a cada investigación mientras esta perdura en el tiempo. Los diferentes criterios y estrategias que han sido considerados en el contexto de esta tesis doctoral han sido, en este sentido, los siguientes:

- ∴ El valor social. Esta investigación ha presentado el potencial de contribuir a la generación de nuevo conocimiento orientado hacia la construcción de un marco de justicia social y político en las organizaciones públicas de salud que garantice a las enfermeras su condición de pares en ellas, pero también hacia la teorización y la practicidad de un sentido de agencia política enfermera. Estas dos temáticas han supuesto implicaciones situadas más allá de los muros de las organizaciones de salud para impactar sobre la sociedad en su conjunto.
- ∴ La validez científica. El diseño cualitativo en el que esta tesis doctoral se inscribe ha sido escogido como el más adecuado para responder a la pregunta general en torno a la que orbita, una pregunta cuya respuesta ha sido alcanzada respetando premisas metodológicas rigurosas, factibles y válidas. El uso de la metodología cualitativa, pese a las constricciones a las que se enfrenta para ser reconocida como una forma de investigación legítima de *ser* (Eakin, 2016; Holmes et al., 2006; Morse, 2006), no ha restado valor a la presente tesis doctoral.
- ∴ La justicia en la selección de participantes. La toma de decisión en torno a quién ha podido ser incluido como participante en esta investigación se ha apoyado en el respeto a una serie de criterios de inclusión conocidos y transparentes cuya amplitud no restrictiva ha permitido asegurar la máxima representatividad y la mínima exclusión de perfiles de participantes (Barrio-Cantalejo & Simón-Lorda, 2006). Ninguno de los criterios de inclusión elaborados ha creado dinámicas de privilegio o de discriminación en relación con la participación en la investigación. La selección de la muestra final de participantes ha contemplado los valores relacionados con la representatividad de los sexos en los diferentes perfiles de participantes siendo esta fragmentada y balanceada por sexo atendiendo a los datos sociodemográficos publicados por el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de les Illes Balears y el Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears. La transferencia del conocimiento generado y el beneficio del

mismo para otros sujetos dotados de características semejantes a las de las participantes incluidas en esta investigación ha sido posible gracias al uso de un marco teórico sólido fundamentado en principios normativos.

- ∴ La no maleficencia. La participación en esta tesis doctoral no ha comportado daños para las participantes, sino que, al contrario, ha supuesto para ellas una oportunidad para expresarse libremente y compartir experiencias que quizás no hubieran osado compartir en otras esferas o que solamente hubieran compartido en una esfera privada. La posibilidad de que las participantes puedan sentirse afectadas por el proceso de inducción a la reflexión desencadenado en las entrevistas, pese a no haber sido dada, ha sido contemplada.
- ∴ La ausencia de intereses ocultos. Ni la candidata a Doctora ni sus codirectoras de tesis doctoral han presentado intereses personales en el desarrollo de la investigación, más allá de su compromiso por generar nuevo conocimiento alrededor de su objetivo general.
- ∴ El consentimiento informado. Las participantes que han tomado parte en esta investigación han recibido información detallada sobre la misma tanto de forma verbal, a través de una llamada telefónica, como de forma escrita, a través del envío de documentación por medios telemáticos. Las participantes han podido, asimismo, plantear dudas en cualquier momento sobre su participación en la investigación, la cual ha sido voluntaria, no coaccionada y sujeta a revocación. La hoja de información y de consentimiento informado que ha sido entregada a las participantes de forma previa a la generación de los datos puede ser consultada en el «Anexo XII. Hoja de información y consentimiento informado» (p. 559).
- ∴ El respeto a las participantes potenciales y a las participantes que han configurado la muestra de voces incluidas en la investigación. Los profesionales que han accedido a participar en esta tesis doctoral, pero también los que finalmente han declinado la invitación a unirse a ella han sido tratados atendiendo a principios de respeto, de confidencialidad y de anonimidad. El agradecimiento sincero a todos aquellos profesionales que han mostrado interés en la investigación, la identificación de las participantes incluidas en ella haciendo uso de un nombre ficticio y de un código alfanumérico, la restricción de acceso a los datos a todo aquel que no ha formado parte del equipo

investigador, la anonimización de los resultados susceptibles de ser reconocidos durante el proceso de transcripción de las entrevistas y la previsión de la difusión de los resultados de la investigación de una manera accesible para las participantes —siendo este un reclamo explícito por su parte— han sido las estrategias desplegadas con relación al principio de respeto.

Esta tesis doctoral, además de haber contado con el compromiso ético intrínseco de las investigadoras implicadas en ella, ha sido sometida y aprobada formalmente por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares (CEI-IB) con fecha del 7 de octubre de 2019. El informe favorable emitido por parte de este organismo se encuentra disponible en el «Anexo XIII. Aprobación del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares» (p. 563).

## **CAPÍTULO V. PRESENTACIÓN DEL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

«Escucho tu voz entre todos los ruidos del mundo»

Paul Éluard (1895-1952)

El quinto capítulo de esta tesis doctoral tiene como propósito presentar el árbol de codificación que ha resultado de un largo y complejo proceso de análisis de datos mediante el que hemos formulado, desarrollado y puesto en diálogo un entramado de hallazgos que, en forma de códigos, subcategorías y categorías, nos han permitido ofrecer una posible respuesta al objetivo general de esta investigación. El reto de este proceso ha sido el de ser capaces de abrazar la integridad de los datos generados, realzar su riqueza intrínseca y desenredar toda su complejidad en un camino que, no libre de obstáculos, ha logrado finalmente ponerlos a nuestro alcance para su posterior discusión.

La mirada analítica proyectada sobre el conjunto de los datos generados ha sugerido, en este sentido, la fragmentación estratégica del contenido temático de este capítulo en tres partes. Cada una de ellas se corresponde con una de las tres grandes categorías de resultados que encabezan el árbol de codificación diseñado. En su interior se albergan, de forma sistemática, tres secciones subcategoriales —una sección preambular, una sección central y una sección de impacto y de transición— el fluir narrativo de las cuales representa un reflejo transparente del propio del proceso de análisis en el que nos hemos encontrado inmersas.

La sección subcategorial preambular representa, en primer lugar, el espacio en el que capturamos aquellos resultados que, situados a un nivel de análisis centrado en el discurso entendido como texto, aportan información de suma relevancia para comprender la postura y la actitud que las participantes adoptan en sus actos del habla al aproximarse a las diferentes temáticas que se incluyen en cada una de las categorías de análisis. Esta sección pretende, así pues, funcionar como un índice de cuestiones de naturaleza textual que, desglosadas en forma de códigos, deben ser recordadas cada vez que se procede a la lectura de un fragmento *verbatim* ilustrativo.

La sección subcategorial central representa, en segundo lugar, el espacio en el que agrupamos aquellos resultados que, situados a un nivel de análisis centrado en el discurso entendido como práctica discursiva, responden directa y explícitamente al contenido de las aportaciones que las voces centrales hacen a la temática general sobre la que versa la subcategoría en la que se ubican. Esta sección se caracteriza, así pues, por presentar un carácter simple, llano y descriptivo, así como por permanecer en todo momento adherida,

de manera intrínseca, a los datos generados en el transcurso de los encuentros de las participantes con la investigadora.

La sección subcategorial de impacto y de transición representa, en tercer y último lugar, el espacio en el que recogemos aquellos resultados que, situados a un nivel de análisis centrado en el discurso entendido como práctica discursiva y social, se desprenden de manera tácita de los presentados en la sección subcategorial central. Esta sección se caracteriza, así pues, por presentar un carácter complejo, estriado y más interpretativo, así como por mantenerse, en cierto modo, abstraída de los datos directamente generados buscando, entonces, no solamente revelar los efectos discursivos de la sección precedente, sino funcionar como nexo e impase hacia la siguiente categoría de datos y, en el caso de la tercera categoría de datos, como nexo e impase hacia la discusión de los resultados.

La estructura organizativa que acaba de ser descrita puede generar la impresión en el lector de ser rígida y estanca y de no permitir la comunicación entre las diferentes categorías, subcategorías y códigos que han emergido en el transcurso del proceso de análisis de los datos generados. No obstante, y al contrario de estas primeras apariencias, esta ha resultado ser la estructura que hemos considerado más idónea para, precisamente, desenredar la complejidad de los datos y poner en evidencia tanto la relación dialógica como la permeabilidad existente entre ellos, propiedades que, progresivamente, les han ido dando forma y significado.

Este capítulo se encuentra escindido en tres partes. El título atribuido a cada una de ellas hace alusión, de forma intencionada, a los diferentes elementos que, ya sea centrados en el sujeto, en el contexto o en las prácticas transformadoras emprendidas por los sujetos en un contexto dado, construyen la definición de agencia política que hemos presentado en el «Capítulo II. Revisión de la literatura». Una tabla resumen del contenido de cada una de las categorías de análisis de los datos se encuentra disponible en el «Anexo XIV. Primera categoría del árbol de codificación de los datos» (p. 565), en el «Anexo XV. Segunda categoría del árbol de codificación de los datos» (p. 566) y en el «Anexo XVI. Tercera categoría del árbol de codificación de los datos» (p. 567).

**PARTE I. LAS FORMAS DE PENSARSE: UN BAGAJE DE SOCIALIZACIÓN QUE  
PRECEDE, SE NUTRE E IMPACTA EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD**



La mirada que como enfermeras e investigadoras proyectamos sobre la noción de agencia política en el marco de esta tesis doctoral sitúa al sujeto en el centro del proceso de análisis de los datos. La consideración acerca de cómo el sujeto se concibe a sí mismo en la matriz sociopolítica en la que se encuentra inmerso en términos de quién considera ser y de qué objetivos pretende alcanzar en el interior de la misma deviene, en este sentido, la compleja y reveladora entidad hacia la que se orientan y sobre la que descansan los hallazgos que dan forma a la primera parte de este «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados».

«Las formas de pensarse: un bagaje de socialización que precede, se nutre e impacta en las organizaciones de salud» representa, así pues, el resultado de la inmersión de las voces centrales en un proceso reflexivo mediante el que, desde un relato que podríamos etiquetar de casi autobiográfico, han accedido a abrir las puertas de su ser para dejarnos entrever los elementos que conforman sus identidades individuales y colectivas en tanto que enfermeras, elementos sobre los que manifiestan no haber tenido la oportunidad de expresarse en voz propia y de no haber sentido que tengan peso en el mundo y que merezcan ser escuchados y comprendidos por el *otro*<sup>22</sup>.

El proceso de acompañamiento de las voces centrales en el curso de su presentación al *otro* y al mundo ha liberado, en este sentido, un vasto, heterogéneo y entrelazado agregado de hallazgos vinculado a la temática que ocupa ahora nuestra atención. Un esfuerzo analítico (de) y (re)constructivo se ha revelado, de este modo, necesario para desenredarlo y para otorgarle una forma que respete la riqueza de los significados que alberga a la vez que facilite la comprensión de su complejidad. El ejercicio de fragmentación de los mismos en tres secciones subcategoriales ha resultado de sumo provecho para alcanzar dichos propósitos.

---

<sup>22</sup> Las entrevistas semiestructuradas suponen para las voces centrales algo que se revela como siendo poco frecuente en las organizaciones de salud: ser consideradas como agentes dotados de una voz propia y expresar a través de ella aquello que son y aquello que piensan. Este representa pues, de manera indirecta, un primer signo del potencial emancipador y transformador de las entrevistas llevadas a cabo en el marco de esta tesis doctoral.

La sección subcategorial preambular de la presente categoría de análisis de datos ha tenido, en primer lugar, el propósito de presentar los resultados que, desde una perspectiva sociolingüística, nos permiten comprender cómo las voces centrales se conciben y se construyen como sujetos frente al *otro* y en el mundo. La persona gramatical, el número, el género, el tiempo y el espacio desde el que las participantes articulan sus actos de habla son las temáticas que hemos analizado en el interior de los diferentes códigos que integran la única subcategoría de esta sección que hemos acuñado «La construcción de un *yo-enfermer\**: sobre las subjetividades en el lenguaje»<sup>23</sup>.

La sección subcategorial central de la presente categoría de análisis de los datos ha tenido, en segundo lugar, la finalidad de compilar los resultados que, desde una perspectiva más descriptiva, nos permiten comprender cómo las voces centrales, en una tentativa por definirse como profesionales, proyectan su mirada sobre el significado más personal que la profesión enfermera ha tenido y tiene para si mismas. «*Ser y expresarse como enfermer\* en el mundo*», «*Estar y actuar como enfermer\* en el mundo*» y «*Obtener y retener un retorno como enfermer\* en el mundo*» se consolidan como las tres subcategorías que configuran esta sección.

La sección subcategorial de impacto y de transición de la presente categoría de análisis de los datos ha tenido, en tercer lugar y finalmente, el propósito de reunir los resultados que, desde una perspectiva más interpretativa, permiten entender cuáles son los efectos discursivos que se desprenden de la sección precedente y que afectan al despliegue de la agencia política de las enfermeras y al rol de estas últimas en la construcción de un marco de justicia social y política en las organizaciones de salud. «Los corolarios de la identidad enfermera bajo lupa», «Los límites simbólicos del mundo de las enfermeras» y «Los efectos insospechados de las formas de retorno» se consolidan

---

<sup>23</sup> La denominación «*yo-enfermer\**» cobra su pleno sentido en el transcurso de la presentación de esta primera sección subcategorial preambular. El símbolo ortográfico «\*» permite representar gráficamente la idea de que el *yo* gramatical articulado por las voces centrales adopta múltiples formas según las terminaciones añadidas a la raíz *enfermer-*, terminaciones entre las que se encuentran *-a* o *-as*, *-o* u *-os* y *-ía* que dan lugar, respectivamente, a los vocablos *enfermera*, *enfermeras*, *enfermero*, *enfermeros* y *enfermería*.

como las tres subcategorías que hemos elaborado para configurar esta sección y para vehicular el paso hacia la segunda categoría de análisis de datos.

Las secciones subcategoriales preambular, central y de impacto y de transición descritas escuetamente en los apuntes anteriores se desarrollan a continuación en su plena amplitud con el fin de crear una imagen sólida de las formas de pensarse que las voces centrales sostienen en tanto que *enfermer\** en el mundo.

### **5.1. La construcción de un *yo-enfermer\**: sobre las subjetividades en el lenguaje**

La comprensión de cómo las voces centrales construyen su *yo-enfermer\** representa la subcategoría que marca el punto de partida de un proceso de análisis que trata de explorar cómo las enfermeras se hacen presentes, se hacen visibles y toman posición en el mundo como agentes. Moldear esta primera subcategoría simboliza poder dedicar un lapso de tiempo al reconocimiento de las voces desde las que las participantes han decidido hablar sobre si mismas, proyectar sus miradas sobre el contexto sociopolítico en el que se sienten inmersas y emprender movimientos en dirección a la construcción de un marco de justicia social y política en las organizaciones de salud desde el que su emancipación sea posible.

La voz que las enfermeras participantes despliegan, en este sentido, para expresarse muestra tener un carácter que nada tiene que ver con cualidades de homogeneidad, de permanencia o de inmutabilidad, sino que tiene que ver, más bien, con cualidades de heterogeneidad, de temporalidad, de flexibilidad y de cambio. Las voces centrales no adoptan, entonces, una voz única en sus relatos, sino que asumen voces plurales y dinámicas a través de las que, permitiéndose fluir sobre una matriz multidimensional de posibilidades, muestran al mundo diferentes *yo-enfermer\** según la intencionalidad del acto de habla en el que se encuentran involucradas.

El *yo-enfermer\** se ha revelado así, en el proceso de análisis de los datos, como un sujeto transeúnte, es decir, como un sujeto que circula sin reposo a través de las diferentes posibilidades que cada una de las dimensiones que constituyen la matriz anunciada le ofrecen para articular su voz como el sujeto agente de las construcciones sintácticas que integran en su relato. Metamorfoseándose, de este modo, mediante un engranaje de giros, oscilaciones o variaciones en aquello que concierne a la persona gramatical, al número,

al género, al tiempo y al espacio, las voces centrales asumen, de forma no premeditada, una identidad que lejos de ser estática, es dinámica y fluida.

Las enfermeras participantes se encuentran y se expresan, entonces, tras y bajo un *yo-enfermer\** que protagoniza tensiones discursivas oscilantes entre un *yo-hablante* y un *yo-sobre el que se habla*; entre un *yo-singular* y un *yo-plural*; entre un *yo-femenino* y un *yo-masculino*; entre un *yo-pasado*, un *yo-presente* y un *yo-futuro*; y entre un *yo-altitudinal*, un *yo-latitudinal* y un *yo-longitudinal*. Los giros del *yo-enfermer\**, imbricados de forma involuntaria en una toma de decisión con implicaciones identitarias, revelan hallazgos que se sitúan más allá del discurso como texto y que atañen al discurso como práctica discursiva y como práctica social.

El recorrido de los giros que el *yo-enfermer\** realiza en las diferentes dimensiones anunciadas deviene el proceso que guía el curso de la presentación de los resultados a explorar en esta primera subcategoría de análisis de los datos generados. Las cinco dimensiones de la matriz son, asimismo, las que dan nombre a los cinco códigos que integran la presente sección, una sección que, en definitiva, pretende explorar los marcadores de subjetividad manifestados en el uso que las voces centrales hacen del lenguaje<sup>24</sup>.

### **5.1.1. La persona gramatical: la metamorfosis entre el yo y el yo-ideal**

La *voz narrativa* es definida por Genette (1972, p. 1) como «el aspecto, dice Vendryès, de la acción verbal considerada en sus relaciones con el sujeto, no siendo el sujeto solamente quién realiza o sufre la acción, sino también quién la reporta, y eventualmente todo aquel que participa, incluso pasivamente, en la actividad narrativa». El narrador, señala Genette (1972), deja rastro de su presencia en el relato y adquiere en él un estatus particular según la posición desde la que (re)produce el discurso narrativo,

---

<sup>24</sup> La presentación de los hallazgos que se ubican en esta primera subcategoría ha requerido a la investigadora encontrar apoyo en una de las obras más renombradas del lingüista francés Émile Benveniste (1902-1976) como es «Problèmes de linguistique générale» (1966). Benveniste consideró la subjetividad como la capacidad que, en tanto que locutores, tenemos para posarnos como sujetos.

siendo dos las modalidades de relato que se discernen en base a ella: el relato en primera persona o *homodiegético* y el relato en tercera persona o *heterodiegético*.

Las enfermeras que han participado en esta tesis doctoral habitan, en este sentido, los espacios dialógicos brindados por los encuentros con la investigadora desplegando en ellos una voz narrativa que traza de forma irreflexiva movimientos de vaivén continuos entre la primera y la tercera persona gramatical. La búsqueda de una identidad narrativa mediante la que poder ejercer la capacidad de ser ellas mismas y de contar una historia en la que se (re)conozcan individualmente, envuelve a las voces centrales en una oscilación involuntaria de persona gramatical cuyos efectos —veremos— se extienden más allá del lenguaje<sup>25</sup>.

El habla en primera persona, materializada en el uso de los pronombres personales *yo* y *nosotras/os*, representa la voz narrativa que de forma natural las enfermeras asumen en el transcurso de sus relatos. Al expresarse a través de ella deciden dar un paso al frente, presentar al *otro* aquello que son, hacen, piensan y creen y compartir el orden y el contenido de sus realidades. «Yo soy enfermera» o «nosotras/os somos enfermeras/os» son, así pues, las expresiones con las que establecen, de manera instantánea, una conexión reflexiva y contemplativa consigo mismas y con el mundo que las rodea con el fin último de poder proyectarla y hacerla visible y palpable al *otro*.

El uso de la primera persona gramatical muestra, no obstante, tener en las voces centrales un alcance limitado en su función de ejercer como punto de anclaje desde el que estas logran posicionarse como agentes que pesan en el mundo. Este hallazgo se hace

---

<sup>25</sup> El *yo-hablante* y el *yo-sobre el que se habla* se corresponden respectivamente con el uso que las voces centrales hacen de la primera y de la tercera persona gramatical cuando se expresan sobre si mismas. El uso de la segunda persona gramatical —que podría corresponderse con un *yo-destinatario*, omitido aquí, pero muy frecuente asimismo entre las voces centrales— es abordado en la sección subcategorial preambular de la segunda parte de este «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados» en el interior de un código que hemos acuñado «El uso de la segunda persona gramatical: el tú como espejo y como medio para afectar el *otro*» (p. 246). El motivo que justifica que hayamos decidido posponer su presentación se relaciona con el hecho de que este cumple en el texto funciones completamente distintas a las del uso de la primera y de la tercera persona gramatical.

evidente en sus relatos en la advertencia del progresivo reemplazo de la voz narrativa en primera persona a favor de la voz narrativa en tercera persona, circunstancia que crea en nosotras —como destinatarias de sus actos de habla— la necesidad de (re)adaptar la interpretación crítica de sus relatos desde una nueva óptica de análisis que reconozca la emergencia en ellos de un sujeto completamente diferente al precedente.

El habla en tercera persona, materializada en el uso de los pronombres personales *ella/él* y *ellas/os*, representa, así pues, la voz narrativa que de forma puntual las voces centrales asumen con la intención de convertirse en *sujeto-objeto*, es decir, en un sujeto ajeno a construir discursivamente para ofrecer al *otro* una definición de si mismas en la que, pese a su divergencia con la realidad vivida, su *ethos* aparezca paradójicamente más representado y simbolizado. Las expresiones «yo soy enfermera» o «nosotras/os somos enfermeras/os» son permutadas, de este modo, por las expresiones «la enfermera es», «la profesión enfermera es» o «la enfermería es».

Las voces centrales escogen, pues, hablar de si mismas en algunas ocasiones no como las enfermeras que son, sino como las aspiraciones a la enfermera a la que quisieran o a la que piensan que deberían asemejarse. Los pronombres personales *yo* y *nosotras/os* encuentran así en los pronombres personales *ella/él* y *ellas/os* sus homólogos ideales. Estos contribuyen a crear un vínculo de acceso, de diálogo y de posterior fusión entre las identidades individuales y particulares de cada una de las enfermeras participantes y una identidad común y universal a todas ellas que encarna la que consideran como la única enfermera legítima de *ser*.

Las enfermeras participantes no solamente intentan, de este modo, ofrecer al *otro* la interpretación de si más favorable, sino que, a su vez, se esfuerzan continuamente para proyectar, por medio de aquello que dicen que *son* y que *hacen*, aquello que se corresponde con la aspiración de si que han decidido construir para mostrar al *otro*. El tono aclaratorio con el que Víctor [EM1] y Martina [EAe8] expresan, respectivamente, «Ser es enfermera es... Bueno... (dirige su mirada hacia arriba) Yo tengo el ideal de que la enfermera es (...)» y «Yo te hablo de mi enfermera ideal...», ambas produciendo giros entre la primera y la tercera persona gramatical, devienen muestras delatadoras de ello.

El giro desde la primera hacia la tercera persona gramatical en los relatos de las voces centrales responde pues, en cierto modo, a un reflejo instintivo de distanciamiento de si

y de evasión del mundo<sup>26</sup> como reacción a tener que describir una realidad que no se alinea con su *ethos* individual y con la que, por ende, viven en desacuerdo. Esconder su *yo* o su *nosotras/os* real tras un *ella/él* o un *ellas/os* ideal les permite, en este sentido, protegerse, evitar mostrarse al *otro* como sujetos vulnerables, poder recuperar momentáneamente, aunque sea aludiendo a una versión utópica de sí, su capacidad agencial en el mundo transformándolo, aunque sea ficticiamente, en un mundo más justo para ellas.

La persona gramatical que encabeza las construcciones sintácticas que las voces centrales formulan en el transcurso de sus relatos se revela en definitiva como un rasgo textual que no es anodino. Más allá de cumplir una función oracional vacía de significado, tendría el potencial de hacer emerger indirecta y simultáneamente algunas facetas de la relación que las enfermeras mantienen consigo mismas y con el mundo que las rodea y, con ellas, la expresión u omisión de ciertas formas de agentividad, de ciertas formas de *ser*, de *pensarse*, de *actuar* y de tomar posición en las organizaciones de salud.

### **5.1.2. El número: entre la identidad individual y la identidad colectiva**

El *número* es definido en el campo de la lingüística como «la categoría gramatical que en el nombre y en el pronombre expresa la referencia a una o a varias entidades, y que en otra clase de palabras se manifiesta a través de la concordancia» (Real Academia Española, número, definición 11). El número permite expresar, concretamente, una oposición manifiesta entre el singular y el plural de las palabras. Percibida a priori como simple, esta oposición se revela como especialmente compleja en el marco de su aplicación sobre los pronombres personales puesto que es capaz de hacer trascender una simple identidad lingüística en una compleja identidad individual e identidad colectiva.

Las enfermeras que han tomado parte en esta tesis doctoral se expresan, en este sentido, sobre sí mismas en el marco de las entrevistas y frente a la investigadora

---

<sup>26</sup> La comunicación no verbal que acompaña este giro resulta ser ampliamente informativa. La dirección ocasional hacia arriba de las miradas de las voces centrales, como si estuvieran buscando o imaginando la noción de la enfermera ideal, puede ser considerada como una manifestación del distanciamiento de sí y de la evasión del mundo a los que hacemos referencia.

balanceando su persona de forma continuada entre una entidad restringida, concreta y, entonces, singular, y una entidad abierta, amplificada y, entonces, plural. Es así como en el transcurso de los relatos de las voces centrales un *yo-singular* —portavoz de la identidad individual y particular de cada una de ellas— y un *yo-plural* —portavoz de la identidad colectiva y genérica a todas ellas— emergen, se erigen y concurren de forma espontánea en la definición de su *yo-enfermer*\*<sup>27</sup>.

El habla en primera persona gramatical del singular, reflejada a nivel sintáctico en el uso del pronombre personal singular *yo*, representa la forma a través de la que las voces centrales dejan surgir su identidad individual como enfermeras, es decir, la flexión de número por medio de la que escogen inicialmente asumirse frente al *otro* como sujetos. El *yo*, es pues, el pronombre que manifiesta cómo cada una de las enfermeras se siente interpelada como sujeto particular y singular entre el resto y como dueño de reflexiones y de experiencias que, expectantes de ser tomadas en consideración, cuentan entre las de los demás a los ojos del *otro*.

El *yo-singular* representa el punto de anclaje por excelencia sobre el que las voces centrales hacen pivotar todo su relato y el modo por el que, de forma simultánea, se implican directa y personalmente en el discurso como productoras y emisoras del mismo. Cada una de sus enunciaciones termina, pues, remitiendo y volviendo siempre hacia su *yo-hablante* singular, lo cual significa que mediante el uso de esta flexión de número las enfermeras se instalan indirectamente en el espacio discursivo como las responsables de sus actos del habla. El *yo* es quién «cree que», «piensa que», «considera que», «supone que», «asegura que» y «defiende que».

El análisis en profundidad de los relatos de las voces centrales revela, no obstante, como había sido anunciado anteriormente, que, muy a menudo, el pronombre personal singular *yo* comparte espacio con y se deja invadir por su forma plural *nosotras/os*. En el

---

<sup>27</sup> En el transcurso del presente código hacemos referencia de forma exclusiva a las flexiones de número ejercidas sobre la primera persona gramatical. Nuestra atención aparece, pues, focalizada sobre los giros acaecidos entre el *yo* y el *nosotras/os*. No obstante, los resultados aquí expuestos pueden ser transferidos sin modificación alguna sobre las flexiones de número ejercidas sobre la tercera persona gramatical, es decir, sobre los giros acaecidos entre el *ella/él* y el *ellas/os*.



marco de su relación con la investigadora, las enfermeras participantes se sienten, así pues, movilizadas no solamente como individuos particulares y singulares, sino también y de forma creciente, conforme progresa la consideración reflexiva de su posición en tanto que colectivo dentro de las organizaciones de salud, como miembros de una comunidad más amplia y plural.

El habla en primera persona gramatical del plural, reflejada a nivel sintáctico en el uso del pronombre personal plural *nosotras/os*, representa la forma a través de la que las voces centrales expresan su identidad colectiva como enfermeras, es decir, la flexión de número por medio de la que escogen asumirse frente al *otro* como una colectividad. El *nosotras/os* es, así pues, el pronombre que, en el transcurso de sus relatos, manifiesta cómo cada una de las enfermeras participantes se siente parte de una noción más amplia de sí misma, noción que resulta ser portadora de un *ethos* que reúne y reconcilia la multitud de aquellas que son —y se hacen llamar— *enfermeras* en las organizaciones de salud.

El *nosotras/os* de las voces centrales no se comporta, pues, como el plural —en un sentido estricto— del *yo-singular*, sino como un plural que encarna un *yo* dilatado, amplificado, integrador e, incluso, asociativo. Las enfermeras escogen, de este modo, mediante el uso de la primera persona del plural permanecer presentes en el discurso que ellas mismas producen y emiten, pero, arropadas por sus semejantes, acortando la distancia que las separa de otras enfermeras e inscribiéndose en una colectividad que habita y vive la realidad evocada de forma sumamente semblante. Devienen, así pues, en cierto modo, portavoces de la comunidad de la que se sienten parte.

El análisis en profundidad de los relatos de las voces centrales revela a este respecto que no es en una única comunidad que las enfermeras deciden fundir su *yo* en sus actos de habla para asumir una identidad colectiva. El reflejo de sí mismas, proyectado por el espejo de las reflexiones en torno a aquello que consideran ser, es por el contrario capaz de hacer emerger un *yo-plural* que —valga la redundancia— es plural en sí mismo, es decir, un *nosotras/os* marcado por su adscripción simultánea a una comunidad microcontextual, concreta, emplazada, circunscrita y excluyente, y a una comunidad macrocontextual, abstracta, deslocalizada, difusa y más inclusiva.

La comunidad microcontextual con la que las voces centrales confluyen simboliza así, por una parte, la identidad colectiva que, situada a un nivel de representación más restringido, las enfermeras adoptan al pensarse en su relación a un *otro* específico que ubican en las inmediaciones de sí. Aquí sí, el *nosotras/os* —escogido casi por modestia— es tangible, visible, material. Remite, de forma inmediata, a las enfermeras con nombre y rostro conocidos junto a las que el *yo-hablante* ejerce su rol profesional día tras día en una organización de salud determinada, delimitada y dotada de una cierta cultura a la se siente especialmente arraigada/o.

La comunidad macrocontextual con la que las voces centrales confluyen simboliza, por otra parte, la identidad colectiva que, situada a un nivel de representación más amplio, las enfermeras adoptan al pensarse en su relación a un *otro* abstracto que ubican en un marco sociopolítico y cultural que trasciende las paredes de las organizaciones de salud en las que ejercen como profesionales. Aquí, el *nosotras/os* —escogido en una lógica anclada en la sororidad— es intangible, invisible, inmaterial. Remite, de forma lejana, a un *ethos profesional (supra)identitario* —metadiscursivo— al que cada enfermera se siente unida por medio redes etéreas de solidaridad.

La flexión de número sobre la que las voces centrales deciden apoyarse en el transcurso de sus relatos se revela, en definitiva, como otro de los rasgos textuales a través de los que construyen su *yo-enfermer\**. Los giros del *yo* al *nosotras/os* alcanzan, en este sentido, implicaciones situadas más allá de las meramente gramaticales. Permiten a las participantes asumir, simultáneamente, una identidad individual y colectiva, que —veremos— las conduce a una toma de consciencia sobre la matriz sociopolítica en la que se encuentran inmersas, una toma de consciencia previa necesaria para poder ejercer sobre ella una influencia conservadora o transformadora.

### **5.1.3. El (alter)género: entre lo femenino y lo masculino**

El *género* se define en el campo de las ciencias sociales como el constructo social que alude a «las características de las mujeres, de los hombres, de las niñas, de los niños y de las personas no binarias que son construidas socialmente, entre las que se incluyen las normas, los comportamientos y los roles asociados a cada una/o de ellas/os y las relaciones que entre ellas/os establecen» (OMS, 2018). La identidad de género representa pues, en consecuencia, la vivencia interna que cada persona hace del propio género —

que puede corresponderse o no con el sexo asignado al nacer— y el reflejo simbólico que de ella decide expresar y trasladar al ámbito público (ONU, 2021).

Las enfermeras que han tomado parte en este proyecto de tesis doctoral se refieren, se piensan y se posicionan a sí mismas en el mundo haciendo uso, en este sentido, de una alternancia discursiva no reflexiva entre una identidad de género femenina y una identidad de género masculina<sup>28</sup>. Escogen, así pues, construirse de forma binaria y prácticamente simultánea como *enfermeras* y como *enfermeros* haciendo emerger un *yo* que, lejos de ser hermético, constante y estable en relación al género, es permeable, dinámico y susceptible de agrietarse para hacer visible —aquello que hemos decidido nombrar— su (*alter*)género, su cambio ocasional de posición con relación al género.

Las oscilaciones apreciadas en los relatos de las voces centrales entre el *yo-femenino* y el *yo-masculino* no han sido advertidas de forma inmediata en el curso de los encuentros con la investigadora ni tampoco de forma posterior en el curso de las aproximaciones analíticas iniciales sobre los textos conformados por las transcripciones de las entrevistas. El análisis en profundidad del relato de Javier [EAp5] ha sido el que ha hecho reparar en este detalle. La rapidez y la cercanía en la que se producen estos giros en él han hecho retroceder en el proceso de análisis iniciado para focalizar la mirada sobre el uso que las voces centrales hacen de la categoría género para construir su *yo-enfermer\**.

Las voces centrales producen y emiten inicialmente sus relatos desde la posición de género que les es atribuida socialmente. Las enfermeras, en tanto que mujeres, se expresan desde un *yo-femenino*; los enfermeros, en tanto que hombres, lo hacen desde un *yo-masculino*. El proceso de análisis de los datos revela, no obstante, que las enfermeras y los enfermeros se evaden por momentos de su posición de género previsible dejándose fluir asiduamente a través de las brechas discursivas del género. No es, pues, infrecuente

---

<sup>28</sup> Los giros de género premeditados o deliberados que se manifiestan en los relatos de las voces centrales son materia concreta de análisis de la tercera parte de este «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados». Concebidos como actos simbólicos vehiculados a través del lenguaje, se constituyen en sí mismos como formas agenciales que, en un sentido u otro, contribuyen a la transformación de la estructura sociopolítica y cultural en la que las enfermeras habitan.

observar a las enfermeras, en tanto que mujeres, expresarse desde un *yo-masculino*, y a los enfermeros, en tanto que hombres, hacerlo desde un *yo-femenino*.

Las mujeres que han integrado los diferentes perfiles de voces centrales despliegan, en este sentido y de forma esperable, un *yo-femenino* singular y plural dominante para mostrarse al mundo como la mujer y las mujeres enfermeras que son y que piensan ser. La emergencia puntual y accidental en sus actos de habla de un *yo-masculino* —y, pues, de su (*alter*)género— pone en evidencia que esta posición de género, asumida desde el comienzo de sus relatos, presenta, no obstante, límites en su capacidad para invadir en plenitud cada una de las esferas que conforman sus formas de *ser* y de *pensarse* en las organizaciones de salud.

La migración temporal del *yo-femenino* al *yo-masculino* en las enfermeras tiende así a producirse de forma espontánea cuando intentan proyectarse frente al *otro* como estando dotadas de cualidades socialmente atribuidas al género masculino. Las enfermeras se asumen pues como enfermeros cuando se refieren a si mismas como profesionales con altas capacidades técnicas, sólidos caracteres disciplinados, elevadas responsabilidades y amplios conocimientos que guían una práctica profesional con fundamento científico, alcanzando, de este modo, aunque sea de forma simbólica, un cierto estatus profesional al que consideran tener acceso vetado en tanto que mujeres<sup>29</sup>.

Los varones que han integrado los diferentes perfiles de voces centrales despliegan, por su parte y de forma esperable, un *yo-masculino* para mostrarse al mundo en tanto que enfermeros. Se asumen individualmente así como los hombres que son y que piensan ser. El uso de la flexión de género masculina en ellos se reduce, no obstante, a su tarjeta de presentación inicial como profesionales y a la proyección de rasgos vinculados social y tradicionalmente al género masculino, siendo la flexión de género femenina la dominante

---

<sup>29</sup> A un nivel de análisis estrictamente textual, el *yo-masculino* de las voces centrales femeninas se caracteriza por emerger rodeado de términos que remiten a ideas socialmente vinculadas al género masculino. Entre ellas pueden mencionarse las capacidades técnicas, la evidencia científica, las urgencias, la gravedad, la disciplina o la responsabilidad.

en sus relatos y, entonces, su (*alter*)género —el *yo-femenino*— la forma que articulan por defecto para expresarse sobre si mismos en las organizaciones de salud.

La migración del *yo-masculino* al *yo-femenino* en los enfermeros tiende, de este modo, a producirse de forma temprana y espontánea cuando cada uno de ellos intenta proyectarse al mundo en tanto que profesional de la salud dedicado al cuidado del *otro* —atendiendo al hecho de que este es un rol socialmente atribuido y atribuible a las mujeres—; en tanto que profesional que se esfuerza por encarnar un ideal de enfermera; pero también cuando, entendiéndose como parte de un colectivo, intenta proyectarse al mundo en tanto que hombre que, desde una posición privilegiada, integra una profesión feminizada y profundamente marcada por raíces histórico-patriarcales<sup>30</sup>.

La posición de género desde la que las voces centrales se sitúan como sujetos en el transcurso de sus relatos se erige, así pues, como el tercer rasgo textual que marca sus subjetividades en el lenguaje. Los giros que realizan a través de las flexiones de género albergan, en este sentido, un significado amplio y es que, aludiendo a una dimensión identitaria, histórica, cultural e, incluso, simbólica, estos contribuyen a (re)producir los roles de género que, presentes en la sociedad, invaden las organizaciones de salud e influyen en la dinámica de relaciones ideológicas que —veremos— guía la orientación de los movimientos transformadores que las participantes emprenden.

#### **5.1.4. El tiempo: entre el pasado, el presente y el futuro**

El *tiempo* se define en el campo de la lingüística como «la categoría gramatical deíctica que permite localizar la acción, el proceso o el estado denotados por un verbo a partir de su relación con el momento del habla o con otro punto temporal» (Real Academia Española, tiempo, definición 14). La función principal del tiempo es pues establecer las coordenadas temporales de aquello que está siendo relatado. En términos generales, pueden distinguirse tres momentos temporales en su relación con el sujeto: un

---

<sup>30</sup> A un nivel de análisis estrictamente textual, el *yo-femenino* de las voces centrales masculinas se caracteriza por emerger rodeado de términos que remiten a ideas socialmente vinculadas al género femenino. Entre ellas pueden mencionarse el cuidado, el acompañamiento, la educación y promoción de la salud o la empatía.

tiempo presente en el que se sitúa y vive, un tiempo pasado del que procede y un tiempo futuro al que se dirige.

Las enfermeras que han tomado parte en esta tesis doctoral se sitúan, en este sentido, en la dimensión temporal haciendo oscilar su *yo-enfermer\** en una trilogía temporal compuesta por un momento presente, un momento pasado y un momento futuro. Construyen, así pues, un *yo-presente*, un *yo-pasado* y un *yo-futuro* que cobran vida mediante un marco de elementos textuales integrado por tiempos verbales e indicadores temporales —adverbios, locuciones adverbiales o complementos— que remiten a fechas concretas o a eventos históricos significativos— y que permiten su ubicación y la de la investigadora dentro y fuera del texto.

Las voces centrales se posicionan así inicialmente en el momento presente para mostrar al mundo aquello que son y aquello que hacen en las organizaciones de salud. Es a través de verbos conjugados en presente y de adverbios y locuciones adverbiales como «actualmente», «ahora» u «hoy en día» que las enfermeras se enmarcan, de forma específica, en el momento existente, en el momento vigente. Este no constituye para ellas, sin embargo, el momento más idóneo que habitar para transmitir, de forma completa, quiénes son, por qué son como son y por qué hacen aquello que hacen como enfermeras. Un giro en el tiempo verbal se les hace necesario para este propósito.

Las enfermeras tienden, en este sentido, a protagonizar retrocesos temporales —analepsis— para expresarse sobre las cuestiones precedentes. Escogen, de este modo, reflexionar sobre su *yo-presente* haciendo emerger un *yo-pasado* al que se refieren mediante el uso de verbos conjugados en pasado y de adverbios y locuciones adverbiales como «antes», «antiguamente», «hace años» o de expresiones como «cuando éramos ATS» que actúan como un lugar de anclaje cronológico al que, más tarde, deciden dar continuidad en el presente desde un «todavía», un «aún» o un «siempre ha sido así».

El tiempo pasado se convierte, de este modo, en los relatos de las voces centrales, en el momento que las participantes habitan de forma más insistente con el fin de expresar sus subjetividades. Esta mirada, orientada considerablemente sobre un pasado que, en escasas ocasiones, es presenciado o vivido personalmente, pero que, siempre y de forma generalizada, es sentido como propio, se ha revelado como marcando profundamente la identidad de las enfermeras. Las continuas referencias al tiempo pasado a través de las

que buscan razones justificativas y explicativas sobre ellas mismas crean, de forma simultánea, un escenario que parece dejar poco espacio para la emergencia de un *yo-futuro*.

El futuro se consolida, así pues, como el momento más infrecuente desde el que las voces centrales se posicionan para hablar de si mismas en el transcurso de sus relatos. Es de una forma muy tímida y a menudo restringida a ofrecer una respuesta al interés de la investigadora por llevar sus miradas hacia sus respectivos *yo-futuro*, que este se deja emerger. La escasez de referencias a este momento se traduce, de este modo, en la construcción de un *yo-enfermer\** —veremos— con escasos anhelos y aspiraciones, abundantes sentimientos de inquietud y de incertidumbre y limitadas esperanzas en torno a un futuro mejor.

El tiempo desde el que las voces centrales se sitúan para producir y emitir sus relatos deviene, así pues, el cuarto rasgo textual que marca la posición que las enfermeras toman en el mundo en su relación a si mismas. Los giros producidos entre el momento presente, el momento pasado y el momento futuro, tan frecuentes en sus actos de habla, determinan, en este sentido, no solamente su ubicación como sujetos en el tiempo, sino también la construcción de un *yo-enfermer\** que, a menudo incómodo con su *yo-presente*, busca continuamente explicaciones de si en su *yo-pasado* y ve limitado, en consecuencia, el despliegue y la proyección de si hacia su *yo-futuro*.

#### **5.1.5. El espacio: entre coordenadas de altitud, latitud y longitud**

El *espacio* es definido como «el medio físico en el que aparecen situados los cuerpos y los movimientos que estos producen» (Oxford, espacio, definición 1). El medio físico puede ser concebido, en cierto modo, como estando dividido en tres ejes —un eje de altitud, un eje de latitud y un eje de longitud— que permiten conocer el punto exacto en el que dichos cuerpos se ubican y la dirección precisa de los vectores que estos trazan al moverse. Conocer la forma en la que los cuerpos son percibidos y representados en el espacio físico posibilita el entendimiento de la relación que estos mantienen consigo mismos y con el mundo que los rodea.

Las enfermeras que han tomado parte en esta tesis doctoral ocupan, en este sentido, la dimensión física del espacio dejándose oscilar a lo largo de las posibles disposiciones

que cada uno de los tres ejes mencionados anteriormente les ofrece. No lo hacen de una forma explícita, sino de una forma más bien implícita y desplegando en el transcurso de sus relatos un marco textual de pronombres demostrativos y de adverbios de lugar a través del que se distribuyen y toman posición con respecto a los individuos y a los fenómenos particulares que conforman las organizaciones de salud en las que ejercen como profesionales.

Las voces centrales parecen requerir de un proceso de imaginación de sí en el interior de las organizaciones para poder describir a la investigadora la disposición que en ellas adoptan. Es así como, en el contexto de las entrevistas, se transportan de forma ficticia hasta el interior de las mismas iniciando sus reflexiones mediante un «aquí», con el que tienden a mostrar un sentimiento de arraigo a ellas, o mediante un «allí», con el que tienden a mostrar un sentimiento de adversidad frente a ellas. Una vez situadas en su interior, ya sea desde un «aquí» o un «allí», proceden a delinear en ellas ejes de altitud, latitud y longitud y a asumir sobre ellos una posición concreta.

El eje altitudinal responde, en este sentido, al primer eje que las voces centrales deciden trazar en las organizaciones de salud. Es a través de un entramado de adverbios de lugar, cuyo significado marca una determinada posición vertical en el espacio, que se ubican en el nivel inferior de las organizaciones. Esta localización emerge en sus actos de habla al transmitir que se sienten situadas «por debajo» de altos cargos, de profesionales de otras disciplinas —fundamentalmente de los médicos—, de otras enfermeras, pero también «bajo» otras estructuras u otros elementos que orbitan a su alrededor como las «órdenes médicas», las «presiones», las «responsabilidades» o las «cargas de trabajo».

El predominio de los «por debajo» y de los «bajo» en los relatos de las voces centrales parecen convertir el eje de altitud en el que ejerce mayor peso sobre la forma en la que se perciben con relación al espacio que ocupan. La posición de las enfermeras en el nivel inferior de las organizaciones, dotada en sí misma de significado, revela simultáneamente la existencia en su imaginario de otros niveles situados «por encima» o «sobre» de ellas. Son al menos dos otros niveles —uno intermedio y uno superior— los que permiten a las voces centrales permanecer tocando de pies al suelo a la vez que se desprenden de su posición en el nivel inferior de las organizaciones.



Las enfermeras logran, en este sentido, elevar su posición en las organizaciones de salud situándose, por una parte, en el nivel intermedio del eje de altitud que en ellas trazan. Lo hacen mediante el uso recurrente del adverbio «en medio» y de la preposición «entre» en sus relatos. Se ubican concretamente a través de ellos en el «centro» de las organizaciones asumiendo en él una disposición que, en cierto modo, las convierte en nexos de enlace inmóviles, entre los diferentes profesionales con los que (co)habitan y para los pacientes y las familias que atienden a diario, con el fin último —veremos— de responder a las necesidades particulares de cada uno de ellos.

El abandono de las voces centrales de este nivel intermedio para acceder al que consideran como el nivel superior de las organizaciones de salud es, no obstante, percibido de manera muy infrecuente en sus relatos. Las enfermeras parecen mostrarse, así pues, reticentes a pensarse como posicionadas «arriba» en las organizaciones —puesto que refieren no ocupar posiciones de poder en ellas o, simplemente, no estar ejerciendo ningún tipo de poder en ellas o desde ellas— o «por encima» de otros profesionales, siendo únicamente a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y al personal de limpieza a los que, en escasas ocasiones, sitúan «por debajo» de sí.

El eje longitudinal responde al segundo eje que las voces centrales deciden trazar en las organizaciones de salud. Es a través de un entramado de adverbios de lugar, cuyo significado marca esta vez una determinada posición horizontal en el espacio, que las enfermeras proceden a pensarse como dispuestas «al lado» de las enfermeras con las que trabajan a diario, pero sobre todo «al lado» de la población, del paciente y de las familias. Es a todos ellos, ubicados en el ámbito asistencial, a quienes escogen ubicar «cerca» y «próximos» de sí, considerando «lejos» de sí —y, por ende, «fuera» de su campo de acción— otros ámbitos como el de la política, el de la gestión o el de la investigación.

El eje latitudinal responde, finalmente, al tercer eje que las voces centrales deciden trazar en las organizaciones de salud. Es sobre él que las enfermeras se piensan en los espacios en los que se desempeñan como profesionales posicionadas «delante» y «enfrente» del paciente —sintiéndose a ojos de este la cara visible de las organizaciones—, «detrás» de otros profesionales a los que consideran posicionados «delante» de sí —aproximación muy similar a la ofrecida en el eje altitudinal— y «tras» una gran cantidad de procesos considerados como invisibles para los demás.

El espacio desde el que las voces centrales se expresan en el transcurso de sus relatos constituye el quinto y último rasgo textual que marca sus subjetividades en el lenguaje. Los giros que en las participantes se producen a través de los ejes de altitud, de latitud y de longitud determinan, en definitiva, no solamente su disposición en el espacio físico de las organizaciones de salud, sino también —y sobre todo— su disposición abstracta en la estructura intangible que las precede y en la que participan, pero que, en cualquier caso, rige el orden institucional a mantener en su interior.

∴

La sección subcategorial preambular nos ha permitido comprender que, en tanto que investigadoras, nos encontramos situadas frente a sujetos que ocupan el espacio brindado por las entrevistas dejando oscilar su *yo-enfermer\** entre aquello que son y que aspiran ser, amparándose de una identidad individual y colectiva, encarnándose en un género femenino y masculino, proyectándose en un tiempo pasado, presente y futuro, y adoptando una determinada posición altitudinal, latitudinal y longitudinal en las organizaciones de salud en las que desempeñan sus roles profesionales.

Una vez presentados los hallazgos que integran la sección subcategorial preambular de la presente categoría de análisis de los datos, y sin olvidar su complejidad teórica y práctica, damos paso a continuación a la presentación de la sección subcategorial central de la misma. La formulación y el desarrollo de la próxima sección nos permite, de forma específica, comprender en profundidad la construcción identitaria de las voces centrales en tanto que enfermeras analizando sus reflexiones más personales sobre el significado que en el pasado atribuyeron y que en el presente atribuyen al hecho de dedicar la faceta profesional de sus vidas a la profesión enfermera.

Las diferentes subcategorías que hemos incluido en la próxima sección se encuentran articuladas en torno a los verbos «ser» y «expresar», «estar» y «actuar», y «obtener» y «retener». Son estos los verbos escogidos por las enfermeras para construir su relación con una profesión que no suelen considerar como un simple trabajo más, sino como un trabajo que contribuye de forma bidireccional a crear, integrar y marcar sus identidades individuales y colectivas. Lo hacen mediante el establecimiento de un diálogo entre las cuestiones de quiénes consideran ser, de qué consideran hacer y de qué es aquello que experimentan como resultado de la conjunción de las dos primeras formas de experiencia.

## 5.2. *Ser y expresarse como enfermer\** en el mundo

Las voces centrales que han tomado parte en esta tesis doctoral contemplan la profesión que ejercen como una forma particular de *ser* y de *expresarse* como sujetos en el mundo. Las participantes, ancladas de este modo en reflexiones situadas a un nivel que podría ser etiquetado como más bien teórico, empiezan a través de sus relatos a dibujar, a colorear y a dar vida a la profesión que ejercen permaneciendo centradas en proyectar al *otro* la mirada más reflexiva y más personal que sostienen acerca de lo que para ellas, en esencia, representa ser enfermeras.

El análisis de los relatos de las voces centrales revela, en este sentido, que las participantes emiten tentativas de definirse en tanto que profesionales de la salud entre pausas reflexivas y manifestaciones de ligera incomodidad acompañadas de expresiones del estilo de «qué pregunta tan difícil», como en Lara [EAe7], de «sabía que me ibas a hacer esta pregunta», como en Javier [EAp5], de «buena pregunta, esta es la pregunta (pone el énfasis de su voz sobre el vocablo *la*, suspira y piensa), me tendría que haber estudiado las respuestas...», como en Gemma [ECdAe1], o de «incluso siendo enfermero me cuesta explicarlo», como en Pablo [EAp1].

Las reflexiones que siguen sus reacciones más inmediatas y espontáneas de las voces centrales dejan entrever cómo transmiten a la investigadora que ser enfermeras significa poseer una determinada consciencia articulada a partir de un serie de valores concretos; observar el *otro*, el mundo en el que ambos se encuentran inmersos y los fenómenos que lo conforman a través de una lente singular y propia; y transferir en el interior de las organizaciones de salud los anhelos de sus historias de vida individuales, pero también la herencia de la historia colectiva que comparten en común junto a otras enfermeras.

Los códigos «La consciencia de las enfermeras», «La mirada holística de las enfermeras» y «Las historias de las enfermeras y las enfermeras en la historia» que se presentan a continuación permiten comprender, entonces, cómo las voces centrales dan sentido a la profesión que ejercen como una forma de *ser* y de *expresarse* en el mundo.

### 5.2.1. La consciencia de las enfermeras

Las voces centrales se enfrentan en los primeros momentos de sus encuentros con la investigadora a su inmersión en un profundo ejercicio de introspección por medio del que ponen al descubierto la existencia, en cada una de ellas, de un mundo interior en el que reside una llamada *consciencia enfermera*. Esta las define de una manera distintiva en tanto que tales y lo hace no solamente en la relación que establecen y mantienen consigo mismas, sino también, y sobre todo, en la relación que establecen y mantienen con el *otro* en el mundo que constituye el interior y el exterior de las organizaciones de salud en las que se ubican.

Las participantes manifiestan, en este sentido, aunque de una forma imbricada entre las líneas de sus relatos, que la esencia de esta consciencia enfermera responde a la disposición incondicional de un *otro* muy concreto —el paciente al que brindan sus cuidados— en el centro de los mapas cognitivos mediante los que comprenden quiénes son y cuál es su razón de ser individual y colectiva. «Nosotras (las enfermeras) tenemos muy claro cuál es nuestro centro de atención, que es el paciente», declara Ingrid [EAe4] en nombre de todas las enfermeras, asumiendo una identidad colectiva mediante el uso de la primera persona del plural.

Las enfermeras participantes explican, entonces, en palabras de Olivia [EM2], que «para mí ser enfermera es poder conectar con las personas de una manera muy especial», movilizando, mientras esta conexión intersubjetiva se prolonga en el tiempo, «la consciencia enfermera de que todo lo que yo pueda hacer pueda generar beneficios para las personas, es decir, más que para mí, para las personas», clarifica Víctor [EM1], una consciencia enfermera que, desde la mirada particular de Claudia [ECp2], funciona como si se tratara de «un chip que (las enfermeras) siempre llevamos y que siempre tenemos activado».

La centralidad que las voces centrales otorgan a los pacientes a los que cuidan en el marco de la definición de quiénes son se encuentra asociada, de manera inevitable, a un entramado de valores, «implícitos al ser humano», recalca Ingrid [EAe4], de los que se sienten colectivamente portadoras y que no hacen sino que expresar, en palabras de Lara [EAe7], una «preocupación de verdad para ser útil a una persona», la búsqueda, en

palabras de Javier [EAp5], «de cómo podemos ayudar a estar mejor en la sociedad mirando cómo está el de al lado y de qué es aquello que podemos darle».

El humanismo, al que Silvia [ERes1] se refiere como «ese sentimiento que tú como enfermero tienes y que se tiene o no se tiene», y al que, de manera generalizada, las participantes se remiten por medio de la expresión de su preocupación por el bienestar del *otro*, se acompaña de valores sociales que piensan encarnar, valores que, dotados de una carga ética y relacionados con las ideas de justicia, de equidad, de tolerancia, de solidaridad, de integridad, de compromiso, de empatía y de entrega y sacrificio, tratan de transmitir, discreta y anónimamente al *otro*, pero también a la sociedad en su conjunto, acercándoles la valía inestimable de la salud.

Ser enfermera es ser una persona que se preocupa por la salud del que tiene al lado (expresa segura de si misma) · Ruth [ESin2]

Nosotras (las enfermeras) somos esas personas que están en medio, anónimas, y que hacemos muchas cosas para ti (expresa refiriéndose al paciente) · Víctor [EM1]

Yo creo que (ser enfermera) es una manera de pensar o de acercar la salud, (piensa) lo que es la salud (aclara), de poner en valor la salud... · Ingrid [EAe4]

Yo creo que ser enfermero puede aportar muchos valores a la sociedad · Diego [EAe3]

El proceso de análisis de los relatos de las voces centrales descubre que, si bien la consciencia de las enfermeras se alberga en el mundo interior de cada una de ellas, se expresa, de un modo que parece escapar de su propio intelecto, hacia el exterior de si mismas adoptando una forma que deviene perceptible a los ojos del *otro* y en el mundo. «(Aquellos que te rodean) te hacen el comentario: «Se nota que eres enfermera». No sabes muy bien por qué te lo dicen, pero lo dicen», reporta, en este sentido, Ángela [ECp1]. «Me dicen que se nota que soy enfermera. No lo sé...», continúa aportando, sorprendida, Claudia [ECp2].

Las voces centrales comprenden, al fin y al cabo, que ser enfermera es, en primer lugar, estar en posesión de una forma particular de consciencia y expresarla hacia el

exterior de sí para ejercer una influencia sobre el *otro* y sobre el mundo, una influencia de la que no afloran sus frutos si no es proyectada a través de una lente, dicese «holística y no situada al alcance de todos los profesionales de salud», en palabras de Diego [EAe3], con la que cada una de ellas observa el *otro* y el mundo que a ambos los rodea. La consciencia enfermera y la que deviene la mirada enfermera se integran para continuar dando luz sobre el significado atribuido al hecho de ser enfermera.

### 5.2.2. La mirada de las enfermeras

Las voces centrales expresan en el transcurso de sus relatos presentar un sentido agudo de la observación materializado en una mirada particular a través de la que logran movilizar su consciencia enfermera —y los diferentes valores que le asocian— con el propósito de contemplar el *otro* en el mundo y responderle de una manera que se adapte a su singularidad. La mirada particular en cuestión subyace, como si de un sistema de razonamiento se tratase, a todas y a cada una de sus prácticas y emerge, como si de una lente multiteórica se tratase, caracterizada por ser abierta, analítica, pero sobre todo por ser holística.

Ser enfermera te da una cierta visión del universo · Paula [ECdAe3]

Las enfermeras tenemos una capacidad de apertura, de analizar y de entender todo lo que implica la persona... (expresa adoptando un tono de voz de fascinación) · Víctor [EM1]

(Las enfermeras) tenemos una visión muy holística · Ángela [ECp1]

Las participantes reivindican en sus actos de habla esta mirada holística como una mirada que les permite yuxtaponer diferentes perspectivas procedentes —veremos— de distintos campos de conocimiento para, de una manera no sistemática, sino más bien individualizada, comprender cada uno de los factores que determinan las vivencias que los pacientes hacen de su bienestar y de sus procesos de salud, pero también para, de una forma exploratoria, ser capaces de comprender las estructuras en base a las que se sostiene el funcionamiento de las organizaciones de salud en las que tratan de *ser* y de *expresarse* en tanto que enfermer\*.

Las enfermeras tenemos una visión holística, integral (aclara), una visión completa de la persona y de todas las esferas que la componen · Elena [EA<sub>p3</sub>]

Las enfermeras aportamos una visión diferente y desde la que, además, siempre individualizamos, porque las necesidades de este paciente y de esta familia no son las mismas que las de este otro paciente y esta otra familia (expresa con un tono de voz defensivo) · Ingrid [EA<sub>e4</sub>]

Esta visión tan holística creo que aporta muchísimo a la mejora de la salud de las personas y al sistema de salud · Carolina [EC<sub>c1</sub>]

La mirada holística de la enfermera te aporta un gran conocimiento sobre el contexto, sobre de la arena... (expresa refiriéndose a las organizaciones de salud) · Paula [EC<sub>dAe3</sub>]

El proceso de análisis de los datos generados revela, de manera específica, que las voces centrales reivindican esta mirada holística como el elemento que las distingue como profesionales, que las hacen ser ellas y no otras. «La visión enfermera es muy diferente a la de otro tipo de profesión», explica, en esta dirección, Claudia [EC<sub>p2</sub>]. «Te diría que una cosa que es propia nuestra (de las enfermeras) y de nadie más es esa mirada holística que tenemos a la hora de analizar y de observar las realidades, el mundo, y lo que les ocurre a los pacientes», defiende y continúa aportando en este mismo sentido Daniel [EC<sub>dAp1</sub>].

La mirada holística que las voces centrales defienden poseer y que, a través de sus relatos, reportan poner en acción en el día a día para acercarse a la comprensión del *otro* al que brindan sus cuidados, pero también del mundo en el que ambos se hallan inmersos, constituye, junto a la conciencia enfermera, un elemento clave en la construcción discursiva de la profesión enfermera como un modo de *ser* y de *expresarse* en el mundo, un elemento al que, finalmente, se le añade la expresión de la historia individual de cada una de las participantes y de la historia colectiva que las une y que las vincula a la profesión enfermera en tanto que ente.

### 5.2.3. Las historias de las enfermeras y las enfermeras en la historia

Las voces centrales encarnan y expresan una historia individual que les es propia en tanto que enfermeras a la vez que representan y transmiten una historia colectiva que, simbolizada en el marco de una memoria histórica, comparten junto a las enfermeras que sitúan en la escena profesional (re)creada y delimitada a su alrededor. Las historias individuales de cada una de ellas y la historia colectiva que las une se entrelazan, de este modo en el transcurso de sus relatos, dotando a la dimensión histórica de una importancia clave para comprender la forma que tienen de pensarse en el interior de las organizaciones de salud.

Las participantes manifiestan, en este sentido, desde el inicio de sus encuentros con la investigadora, un interés particular en transmitirle quiénes fueron y quiénes son, qué motivaciones las acompañaron en sus procesos de devenir enfermeras, pero también qué coyunturas las han llevado a construirse como las enfermeras que son en el presente y que aspiran a ser en el futuro. La emergencia paulatina de estas cuestiones hace tomar a los textos analizados la apariencia de relatos orales de vida que permiten conocer los detalles biográficos que marcan la identidad personal y profesional, pero también individual y colectiva, de cada una de las voces centrales.

Los relatos orales de vida de las enfermeras participantes se dan comienzo, en este sentido, sobre la base de una mirada que, nostálgica y melancólica, se orienta hacia el conjunto de vivencias individuales que constituyen sus *yo(es)-pasado(s)* con el fin de presentar sus *yo(es)-presente(s)* a la investigadora. La (re)memoración, pero también la toma de consciencia vinculada a su (re)identificación y (re)afirmación como enfermeras, devienen, entonces, los procesos de retorno al pasado que, movilizados en el presente y proyectados hacia el futuro, las voces centrales despliegan en sus relatos con el fin de apropiarse de sus identidades.

Las historias individuales de las participantes representan, de manera concreta, las historias de mujeres y de hombres que vieron en la profesión enfermera o bien un anhelo lejano e, incluso, innato y vocacional en su biografía hecho posibilidad y, luego, realidad de ocuparse profesionalmente de la vida del *otro*, o bien un encuentro con un universo profesional que, desprovisto de expectativas y a menudo fortuito, terminó movilizándolo, en un golpe de asombro, su sentido de encantamiento. Los caminos aquí trazados dan



forma, de este modo, a los distintos *parcours* personales de las enfermeras que (co)habitan en las organizaciones de salud.

(Recuerdo) siempre haber querido ser... Bueno, peluquera (se ríe)... Enfermera (retoma su relato, sonrío y verbaliza melancólica). Me costó ser enfermera porque yo no era una estudiante brillante en el instituto, pero sí tenía claro que esto era lo que me apetecía. Sobre todo había una cosa que de jovencita quería conseguir y era estar en mi pueblo, trabajando de enfermera para la gente que conocía de cerca · Julia [EAe1]

Tenía casi doce años cuando dije que quería ser enfermera. Ahora veo que lo que me motivó ya fue el cuidar, ya fue el estar al lado de las personas. Creo que fue eso... · Ana [EAe5]

Yo no te voy a decir lo que seguramente te habrá dicho todo el mundo de «Yo de pequeña quería ser enfermera». (...) El ámbito de la salud, a mí, siempre me había gustado (recuerda nostálgica). Entonces dije: «Voy a probar a ver esto de ser enfermera si me gusta o no». ¡Y me gustó enseguida! Yo no tenía ese concepto de *persona cuidadora* (expresa haciendo uso de un tono de crítica). ¡No, no lo tenía! Lo mío era otra cosa, ¿no? Entonces, entré ahí (en referencia a los estudios de enfermería) y me pareció un contacto alucinante con el mundo de la salud · Paula [ECdAe3]

Yo llegué a la enfermería por un mero problema de nota, con lo cual mi intención ni siquiera era acabar la carrera... Lo que pasa es que empecé el primer año y me fascinó. Me pareció un mundo maravilloso · Clara [EAe6]

La profesión enfermera es contemplada así, en cualquiera de los casos, como una forma de expresión, es decir, como una manera que las participantes tienen de exteriorizar y de transmitir aquello que son y que hacen, pero también que piensan en la esfera más íntima de sus vidas hacia una esfera que, siendo laboral, posee un espectro de actuación más amplio. Cada una de ellas aprovecha, entonces, la oportunidad que la profesión le ofrece para convertir, en palabras de Elena [EAp3], «algo tan natural y humano como el cuidado» en el centro de la actividad a la que dedicar una parte significativa de sus vidas.

(Dedicarme a la profesión enfermera) hace que pueda expresarme (como aquello que soy) en todo momento · Víctor [EM1]

(La profesión enfermera) es una cosa que llevo dentro de mí. Yo soy así... · Julia [EAe1]

¿Qué es para mí ser enfermera? ¿El comodín del público? (se ríe). No lo sé... Es mi profesión. Es... (presenta dificultades para transmitir sus ideas) Hace tiempo te hubiera dicho que era una característica más de mí. Ahora llevo unos años que he hecho la reflexión de que si no me dedicara a la enfermería (hace una mueca)... No sé hacer nada más. Entonces, ya no es otra característica más de mí: es lo único que sé hacer (expresa seguro de si mismo) · Martín [EAe2]

La verdad es que (dedicarme a la profesión enfermera) ha sido mi vida · Claudia [ECp2]

Las voces centrales construyen a partir de entonces un recorrido biográfico por medio del que dan a conocer a la investigadora los detalles más personales de sus vidas profesionales. El contacto inicial con la profesión enfermera en tanto que estudiantes, su incorporación posterior al mundo laboral, los ámbitos de práctica específicos en los que han ejercido sus roles, las categorías de los puestos de trabajo que han ocupado, los eventos a los que se han enfrentado y las anécdotas conservadas de su relación con los pacientes dan vida, de este modo, entre otras múltiples cuestiones, a las historias individuales de las participantes.

Yo solamente he trabajado como enfermera en este hospital. Yo había trabajado de auxiliar en otro hospital durante los veranos, cuando estudiaba enfermería. Luego cuando terminé los estudios, me vine aquí y empecé en obstetricia, recién nacidos, pediatría. Esto es otra cosa que me comenta la gente... «Has pasado del nacer al morir». ¡Y es así! He trabajado (X) años, casi (X) (expresa con énfasis), en pediatría — excepto un periodo de (X) años que fui supervisora de unidad (aclara)—, y después continué mis estudios. Cursé un máster en (X) y empecé a trabajar en una planta de medicina interna porque para mí era importante poder trabajar y estar en contacto con pacientes adultos.

Trabajé un año en una planta de polivalentes y luego ya empecé (en esta unidad de cuidados) · Ana [EAe5]

El relato oral de vida de cada una de las enfermeras participantes se inscribe en un marco histórico que las une, unas con otras, para integrar una comunidad enfermera con la que se identifican y desde la que tratan de descifrar por qué son como son y por qué son situadas y se sitúan en la posición social e institucional que se las hace ocupar y que asumen dentro y fuera de las organizaciones de salud. Las voces centrales elaboran y comparten así, en paralelo a la reconstrucción de sus historias individuales y sin intención explícita de embarcarse en él, un análisis sociohistórico de su construcción identitaria colectiva en tanto que enfermeras.

Las enfermeras devienen, de este modo, capaces de alejarse del enfoque centrado en unas mismas para tomar consciencia y hacer tomar consciencia a la investigadora de hasta qué punto cada una de sus historias individuales forman parte de una historia colectiva compartida con el resto de enfermeras. El *yo* y el *nosotros* de las voces centrales, encarnados respectivamente en cada una de las participantes y en la red de trayectorias sociales que las atraviesan, aparecen, entonces, intrínsecamente unidos revelando cómo el *yo-individual* atestigua su pertenencia a un *yo-colectivo* que logra dar un sentido más completo a sus experiencias.

La historia colectiva de las enfermeras se conforma de cada una de sus historias de vida, de las historias locales de las organizaciones de salud en las que se desempeñan y de la historia más global en la que se inscriben junto a otras enfermeras. Los reportes autobiográficos, las alusiones al entramado de acontecimientos sucedidos en sus espacios concretos de micropráctica y las referencias al legado cedido por sus antepasadas se revelan, a este respecto, durante el proceso de análisis de los datos generados, como una constante, siendo precisamente las últimas aquellas que toman el relevo discursivo en sus relatos.

Todas somos enfermeras y todas cuidamos, pero todas hemos llegado aquí a través de caminos diferentes · Julia [EAe1]

La visión y los valores (que las enfermeras tenemos en este hospital) nos los marcó la directora de enfermería que abrió este hospital. Ella lo

hizo de una manera ejemplar (expresa con orgullo). Esta visión y estos valores aún los tenemos —por lo menos las enfermeras más veteranas— y los vamos transmitiendo (a las nuevas generaciones) · Óscar [ECor2]

(Las enfermeras) venimos de «la enfermera que tiene que estar sumisa a las órdenes médicas» y eso nos continúa marcando, porque, en muchos casos, continuamos siendo «las ayudantes de» · Silvia [ERes1]

La historia colectiva de las enfermeras es entonces, mayoritariamente, la historia de mujeres —los hombres permaneciendo en ella desplazados a los márgenes— portadoras (in)voluntarias de un complejo patrimonio inmaterial que, por momentos defendido, por momentos rechazado, se encuentra marcado por formas de opresión vinculadas, de manera interseccional, a cuestiones económicas, políticas, sociales y culturales que las preceden, pero que también se encargan de (re)producir a través de sus formas de pensar y de actuar, y que, en cualquier caso, acompañan sus identidades en cada uno de los rincones que conforman las organizaciones de salud.

Creo que (las enfermeras) tenemos que ser un poco conscientes de nuestra historia como profesión, de dónde venimos, el punto en el que estamos y hacia dónde tendríamos que dirigirnos. No podemos obviar de dónde venimos, cuál es nuestro histórico... (expresa con un tono de voz prescriptivo) · Daniel [ECdAp1]

La herencia de la que hablamos es fuerte. Creo que la profesión enfermera ha sido muy castigada. ¡Mira tú! Yo soy hombre, pero creo que ha estado muy castigada por el hecho de ser una profesión secundaria, feminizada. (...) (A las enfermeras) nos ha tocado una buena aquí (suspira). Pesa, ¿no? Todo esto pesa... Todavía... Incluso ahora pesa (se lamenta) · Víctor [EM1]

La historia colectiva de las enfermeras emerge, asimismo, en los relatos de las voces periféricas dando luz al peso que la historia tiene en su construcción identitaria, por lo que emerge en ellas con el mismo propósito que lo hace en las voces centrales. «(Las enfermeras) eran ayudantes... Han tenido sus nombres, no hace falta recordarlo», señala Luís [MAp1]. «(Las enfermeras) hace 50 o 60 años eran monjas que no tenían ni

formación. ¡Las representantes de los cuidados eran las monjas! No estamos hablando de hace 300 siglos (se ríe), estamos hablando de 60, 70, 80 años. Eran monjas... Entonces es una profesión relativamente joven para evolucionar...», explica Laia [MAp2].

Las voces centrales y las voces periféricas acompañan, así pues, a la investigadora en un recorrido caracterizado por la presencia de giros históricos por medio de los que iluminan las etapas doméstica, vocacional, preprofesional y profesional de la enfermería, etapas que, si bien no han vivido personalmente, sienten como si fueran propias. Las enfermeras participantes imbrican concretamente en cada una de ellas cuestiones ontológicas y epistemológicas invadidas por determinantes de género, de generación y de disciplina profesional que las sitúan de manera colectiva en una posición que ellas mismas se encargan de etiquetar de subordinada.

### **5.3. *Estar y actuar como enfermer\** en el mundo**

Las voces centrales que han tomado parte en esta tesis doctoral hacen presentes sus formas de *ser* y de *expresarse* como enfermer\* en el mundo en cada uno de los rincones de los lugares que habitan. Las hacen perceptibles y palpables al *otro* traduciéndolas en su interior en formas particulares de *estar* y de *actuar* como enfermer\*, formas mediante las que cada una de ellas aspira a tejer lazos armoniosos entre un *saber-ser* y un *saber-hacer* cuya confluencia simbólica define y da vida a una *praxis* capaz de transformar todo aquel espacio que las enfermeras ocupan y en el que se ocupan en entornos de cuidados.

El análisis de los relatos de las voces centrales revela, en este sentido, que en ellas se alberga una búsqueda incesante por transmitir, de una forma juzgada como no etérea e inteligible, la influencia que, en tanto que enfermeras, ejercen sobre el *otro* y en el mundo. Es alrededor de las cuestiones de «qué consideran hacer», pero también «con relación a quién lo consideran hacer» que encuentran aquello que buscan. La imagen que las enfermeras proyectan de sí mismas es, entonces, la imagen de un individuo —pero también de una colectividad— que, en el marco de las organizaciones de salud, *es* y *hace*, pero sobre todo que *es* porque *hace*.

Las enfermeras participantes devienen así *bricoleuses*. Se disponen en el centro de las organizaciones ocupando un espacio desde el que permanecen abiertas a las necesidades del *otro*. Las acogen y las asimilan como si fueran propias. Las trabajan

(re)produciendo formas muy heterogéneas de saber y de conocimiento. Hacen con aquello que tienen a mano e, incluso, con aquello que no tienen. Logran, de este modo, devolverlas resueltas a quien las había emitido, desempeñando, finalmente, un rol profesional específico que sienten y defienden como propio. Sus formas de *estar* y de *actuar* devienen, entonces, prácticas de bricolaje<sup>31</sup>.

Los códigos «Habitar (en) las organizaciones de salud», «Comprender (en) las organizaciones de salud» y «Cuidar (en) las organizaciones de salud»<sup>32</sup> que presentamos a continuación constituyen el espacio de reflexión a partir del que recorreremos, una a una, las que configuran las distintas formas a través de las que las voces centrales están y actúan en tanto que enfermer\* en las organizaciones de salud.

### **5.3.1. Habitar (en) las organizaciones de salud**

Las voces centrales revelan que ser enfermera representa una forma particular de habitar el interior de las organizaciones de salud. *Habitar* se aleja en el marco del presente código de su significado más tradicional: el de ocupar físicamente un espacio para vivir en él de una manera (casi)permanente. Simboliza, más allá de ello, el desarrollo por parte de las participantes de su capacidad para adoptar y apropiarse de una disposición teórica en un espacio con el fin existir en él, haciendo presentes y visibles sus tácitas formas de *ser* y de *expresarse*, a la vez que se concretan las formas de participación que las hacen devenir y sentirse útiles en él en sus relaciones con el *otro* y en el mundo.

El análisis de los relatos de las participantes informa, en este sentido, que es el verbo «estar» el elegido por unanimidad para expresar la forma mediante la que permanecen, pero sobre todo mediante la que *hacen* o se ocupan en las organizaciones. Se muestran

---

<sup>31</sup> La comprensión de las enfermeras como *bricoleuses* y de sus prácticas como actividades de bricolaje representa un guiño a la consideración de las/os investigadoras/es cualitativas/os como *bricoleurs* y de sus aproximaciones teóricas y metodológicas como prácticas de bricolaje (Kincheloe et al., 2011).

<sup>32</sup> La forma a través de la expresamos el enunciado que nombra los tres códigos que integran la presente sección subcategorial central sobresale por la repetición de un «(en)». Con él hemos querido manifestar que las voces centrales no solamente habitan, conocen y cuidan en las organizaciones de salud, sino que también las habitan, las conocen y cuidan de ellas.

así, incluso a través del uso del lenguaje, como sujetos que no ejercen, que no trabajan, en las organizaciones, sino que, sencillamente, se mantienen y están en su interior. «El tiempo que estuve», «he estado» o «hace poco que estoy en esta área-servicio-unidad» devienen así enunciados comunes en sus relatos y expresiones desde las que su *saber-ser*, su *saber-hacer* y —ahora también— su *saber-estar* se entrelazan.

*Estar* se convierte, entonces, en el marco de las entrevistas, en la forma mediante la que las voces centrales reconocen habitar (en) las organizaciones de salud y empiezan a darse un sentido —juzgado como más práctico— en tanto que enfermeras; a dar sentido al rol que, entre otros profesionales, consideran desempeñar; y a dar sentido a la relación que establecen con los que entienden como los destinatarios fundamentales de sus acciones. La tesis sostenida anteriormente según la cual «las enfermeras *son* y *hacen*, pero sobre todo *son* porque *hacen*», obtiene así su continuidad en un «y aquello que *hacen* es estar ahí para el *otro*».

(Ser enfermero) es estar. (...) Siempre lo digo: lo más importante es estar, estar ahí para el paciente (expresa adoptando un tono de voz que denota un intento de convencer a la investigadora) · Javier [EAp5]

Las voces centrales adoptan, así pues, una disposición teórica en las organizaciones de salud que les permite, en definitiva y en congruencia con el contenido de los resultados presentados en la subcategoría precedente, estar ahí para un *otro* muy concreto que no es *otro* que el paciente y, por extensión, el círculo familiar que orbita alrededor de este último. «Nosotras (las enfermeras) tenemos muy claro cuál es nuestro centro de atención, que es el paciente, ¡por y para el paciente!», defendía, de forma ilustrativa, Ingrid [EAe4] haciendo ahora alusión, además, a un enunciado extendido entre las enfermeras y recurrido comúnmente en la literatura.

La esencia de este enunciado contribuye a nutrir los lazos que las voces centrales tejen con los pacientes y las familias en las organizaciones de salud. Los consolida, en este sentido, forjando una amplia red de relaciones en su interior que logra invadir cada uno de sus rincones desprendiendo de sí los valores que dominan las formas de *ser* y de *expresarse* de las enfermeras participantes. Es pues de este modo, también, que las voces centrales proceden a habitar (en) las organizaciones de salud transformándolas, de manera

paulatina través de su *hacer*, en espacios que pueden ser finalmente etiquetados como entornos de cuidados.

Las voces centrales se embarcan mediante sus relatos en un proceso de abstracción desde el lugar en el que transcurre el encuentro con la investigadora hacia el interior de los espacios que ocupan para dar a conocer, precisamente, cómo su disposición teórica en ellos les permite crear y articular esa red de relaciones que les confiere la posibilidad práctica de «estar ahí por y para el paciente». Las participantes se retratan, en este sentido, como figuras que, posicionadas en un lugar abstracto, pero fijo y predeterminado, actúan como canalizadoras —y, más tarde, como remediadoras— de las necesidades que en el *otro* identifican o que el *otro* arroja sobre ellas de forma incesante.

(Las enfermeras) estamos (situadas) en un punto que nos permite recibir  
y detectar necesidades · Ingrid [EAe4]

Las enfermeras se posicionan, entonces, como siendo los principales instrumentos de sus actos de bricolaje. Considerándose dotadas de una amplia capacidad de mimetización que les permite amoldarse y responder a la diversidad e imprevisibilidad del entorno cambiante que las envuelve y del *otro* fluctuante que orbita a su alrededor, permanecen en las organizaciones estando ahí, omnipresentes y siempre disponibles para emprender acciones orientadas a remediar —o, en su defecto, paliar— necesidades heterogéneas de cuyo abordaje se sienten responsables en el instante mismo en el que son conocedoras de su existencia.

Creo que nosotras (las enfermeras) somos personas que facilitamos, en todo momento, encontrar soluciones a necesidades o (que), sencillamente, cuando (estas) no tienen solución o cuando no las has podido arreglar —porque hay cosas que no tienen solución— estar ahí para poder acompañar... · Ana [EAe5]

Las enfermeras no se piensan, sin embargo, como simples elementos de paso de las necesidades del *otro*, sino, por el contrario, como reservorios temporales de las mismas. Las retienen momentáneamente en ellas el tiempo que movilizan un entramado plural de saberes y de conocimientos para, al fin y al cabo y sin ningún tipo de artificio, tal y como comunica Sergio [ECdAe2], «poder dar a la gente aquello que necesita». Estar y actuar



como enfermer\* en el mundo no es, entonces, únicamente sinónimo de habitar (en) él, sino también de comprender (en) él haciendo algo concreto con aquello que de él capturan.

### 5.3.2. Comprender (en) las organizaciones de salud

Las voces centrales movilizan en el interior de las organizaciones de salud en las que se desempeñan como enfermeras un ensamblaje de formas de saber y de conocimiento<sup>33</sup> que, consideradas como parte de sus herramientas epistemológicas de *praxis*, ponen al uso «agudizando el (su) ingenio», en palabras de Pablo [EA<sub>p</sub>1], para ofrecer una respuesta —siempre la más beneficiosa— a las necesidades del *otro*. «(Las enfermeras) tenemos una barbaridad de herramientas (entendidas como conocimientos) para llevar a cabo nuestro abordaje desde muchísimos ángulos diferentes», declara, en esta dirección, Diego [EA<sub>e</sub>3].

El proceso de análisis de los datos generados informa, a este respecto, que las voces centrales recurren de forma constante a un marco epistemológico conformado por una multitud de elementos, conceptos e, incluso, teorías que, procedentes de distintos campos de conocimiento, las dota de la capacidad para hacer frente de manera holística al proceso de atención a la salud del binomio paciente-familia con el que se sienten comprometidas. Es así como las participantes hacen migrar, progresivamente, el contenido de sus narrativas desde la descripción de su disposición teórica en las organizaciones hacia la presentación del rol profesional que en ellas creen desempeñar.

(Para mí la profesión enfermera representa) el acto de cuidar de los demás aportando toda una serie de conocimientos científicos, humanísticos, ¡filosóficos!, de las ciencias sociales y de las ciencias de

---

<sup>33</sup> El ensamblaje de formas de saber y de conocimiento que configura el marco epistemológico enfermero emerge de forma dispersa en los relatos de las voces centrales. La presentación de los hallazgos incluidos en el presente código responde, entonces, al resultado de un esfuerzo analítico dirigido a la búsqueda activa de trazas del mismo en la manera en que las enfermeras participantes dicen aproximarse a la detección y al abordaje de las necesidades del *otro*.

la salud —lógicamente— con vistas, precisamente, a la profesionalización del cuidado · Daniel [ECdAp1]

Las voces centrales entrelazan, de este modo, saberes y conocimientos de naturaleza heterogénea. Lo hacen de una manera especialmente contextual. Juegan a sobreponerlos, como si de piezas de un rompecabezas se trataran, amoldándose a las vivencias que los pacientes hacen de la condición particular de salud que subyace a la relación que los une a ellas. No los despliegan, pues, de manera automática e indiscriminada, sino de manera reflexiva e individualizada, aun cuando existen puntos de confluencia entre casos, puesto que, así como lo expresa Ingrid [EAe4], «no todos los pacientes son iguales y (las enfermeras) nos adaptamos a cada situación, a cada familia, a cada entorno».

Los conocimientos que las participantes dicen poner al uso en las organizaciones son de entrada, como señala Paula [ECdAe3], «conocimientos técnicos, fundamentales en la práctica», que terminan considerándose como meras «habilidades técnicas» que dependen, como anuncia Sergio [ECdAe2], «del cumplimiento disciplinado de una serie de protocolos estipulados». No obstante, desde la perspectiva de las voces centrales, el despliegue de la práctica enfermera implica «saber muchas más cosas», como defiende concretamente Clara [EAe6], porque en realidad, añade Emma [ECdAp2], «las técnicas las podría hacer cualquier persona».

Las voces centrales declaran, así, poner también al uso conocimientos que perciben como alejados de ese lado de la práctica enfermera juzgado como más técnico y que, como expresa Diego [EAe3], no se encuentran «al alcance de todo el mundo» porque dependen de la experiencia que, en tanto que enfermeras, hacen con el *otro* y en el mundo. «La experiencia, sobre todo la experiencia porque (...) cuando estás en la asistencial (refiriéndose al ámbito de desempeño profesional del perfil de voces asistenciales en ejercicio clínico), vale la experiencia, es decir, el día a día (...) Te vas cultivando con ello», argumenta, en esta dirección, Javier [EAp5].

Los conocimientos que las voces centrales dicen reproducir en las organizaciones de salud responden, en este sentido, a los aprendizajes que van acumulando a raíz de sus vivencias individuales, de las vivencias que otras enfermeras hacen y comparten con ellas, de las observaciones sistemáticas que realizan en el entorno que las rodea o de la lectura de las evidencias en materia de cuidado, aprendizajes que revelan, finalmente, una esencia

que podríamos considerar mística y mediante la que se sienten capaces de ver más allá de aquello visible, de escuchar más allá de aquello audible, de apreciar en la mirada del *otro* aquello que se oculta tras sus palabras.

Las voces centrales no se sitúan únicamente inmersas, sin embargo, en un proceso de reproducción de aquellos conocimientos que ya forman parte del marco epistemológico enfermero. Se sitúan, paralelamente, sumidas en un proceso de producción instantánea de aquellos otros conocimientos que, pese a no haber sido aún desarrollados teóricamente, requieren para ofrecer una respuesta ajustada a las necesidades del *otro*. Considerados como nuevas herramientas de *praxis*, los nuevos conocimientos generados terminan por agregarse a su marco epistemológico originando, a la par, nuevas formas de *hacer* en las organizaciones de salud.

Muchas de estas cosas (refiriéndose a los fundamentos teóricos que subyacen a su práctica) no están escritas. No están aportadas. Esto me ha hecho crear cosas nuevas, descubrirlas e ir haciéndolas · Víctor  
[EM1]

Las voces centrales (re)producen, así, las formas de saber y de conocimiento que en cada momento requieren para abordar las necesidades que, desde su disposición teórica en las organizaciones, detectan en el *otro* y en el mundo. Esta segunda etapa del proceso de bricolaje en el que, en tanto que enfermeras, se ven envueltas se traduce, de forma específica, en el desempeño de un rol profesional que consideran como propio y que se corresponde, en definitiva, con la acción de cuidar. Estar y actuar como enfermer\* en el mundo no es entonces simplemente habitar y comprender (en) las organizaciones de salud, sino también, y sobre todo, cuidar (en) ellas.

### **5.3.3. Cuidar (en) las organizaciones de salud**

Las voces centrales sitúan, de manera instintiva, el acto de cuidar en el foco de sus reflexiones en torno a la determinación del rol profesional que, en tanto que enfermeras, sienten desempeñar en el interior de las organizaciones de salud que habitan. «Ser enfermera es ejercer una profesión que se basa en los cuidados. (Piensa) Es cuidar a los pacientes (anuncia tomando un tono de voz mediante el que transmite una sensación de

simplicidad). Somos —y soy (especifica adoptando un tono de voz aclaratorio)— profesionales del cuidado», expresa reivindicativo, seguro de si mismo, Martín [EAe2].

*Cuidar* se asienta, entonces, como el verbo escogido por las voces centrales para estructurar la presentación de su rol profesional frente al *otro* y en el mundo. Este se deja iterativamente emerger, una vez tras otra en sus relatos, no apareciendo, sin embargo, vinculado de manera directa a una definición que permite comprender el significado que le atribuyen, el cual es sistemáticamente obviado. Las participantes parecen asumir que, dada la inteligibilidad del término y la relación que por herencia sociohistórica mantiene con el colectivo enfermero, no es preciso hacer constar su acepción. «Las enfermeras cuidan», afirma sin más Nadia [EAp2].

El proceso de análisis de los datos generados muestra, no obstante, que es de manera indirecta que los relatos de las voces centrales permiten acceder a la significación que en ellas toma el verbo «cuidar». Las participantes, comprometidas en sus narrativas con la elaboración y el despliegue de una estrategia argumental, construyen inadvertidamente, en este sentido, un entramado de prácticas que, orbitando alrededor del término *cuidar* y creando con él relaciones de sinonimia que posibilitan su inmediato reemplazo, busca precisamente hacer más apreciable, más palpable, para el *otro* el que defienden como su rol profesional.

El entramado de prácticas que las voces centrales extienden incluye no solamente, desde una perspectiva reduccionista, aquellas acciones a las que llaman «técnicas» y que tienen que ver con la ejecución delegada de procedimientos más o menos invasivos y con la realización autónoma de curas, sino también y sobre todo, desde una perspectiva más amplia, «aquellas pequeñas cosas que (las enfermeras) hacen», en voz de Julia [EAe1], y que tienen que ver con una forma de presencia fundamentada que, sin un inicio ni un fin planeado, contribuyen a mejorar la condición de los pacientes y de las familias que atienden.

(Las enfermeras) integramos en el cuidar desde aquello más técnico a aquello más básico, poniendo ambas cosas en valor · Ingrid [EAe4]

La manera —y, entonces, no solamente el fruto— en que las voces centrales sienten que, en tanto que enfermeras, deben cuidar (en) las organizaciones de salud parece

revestirse para ellas, de este modo, de una gran trascendencia. *Cuidar* no responde, a este respecto, a un «*hacer por hacer*», como se encarga de aclarar y de subrallar Diego [EAe3], sino más bien a un *hacer* que requiere de las enfermeras que estén vivas, que sean capaces de transmitir sus formas de *ser* y de *expresarse* en cada una de sus acciones, así como de *hacer* teniendo en cuenta que, en palabras de Martín [EAe2], «no por tener el título de enfermera se es enfermera».

Los cuidados que las voces centrales manifiestan prestar en las organizaciones de salud no se corresponden, así pues, con cualquier modalidad de cuidados, sino con una modalidad de cuidados que, percibida como privada de valor y, entonces, desatendida injustamente, primero nombran y luego defienden como enfermera, es decir, una modalidad de cuidados emprendida específica y profesionalmente por enfermeras, en el marco espaciotemporal en el que el binomio paciente-enfermera se (re)crea y del modo distintivo que, impregnado por sus formas de *ser* y de *expresarse* en tanto que enfermer\*, consideran que les es propio.

Esa parte (refiriéndose a la prestación de cuidados) está... está desatendida en... en medio de una salida muy tecnificada y... Sí, eso... sobre todo son técnicas, diagnósticos y tal. La parte del cuidado o la cubrimos nosotros (las enfermeras) o no la cubre nadie, y, es más, ¡tenemos que cubrirla nosotros! Somos... Eso es a lo que nos dedicamos. (...) Eso es lo que aportamos y lo que somos · Martín [EAe2]

El remediar todo aquel obstáculo que se antepone en la vida de los pacientes que atienden; el acompañarlos en los momentos complicados, pero también en los momentos que, por su encanto natural, restan sujetos a rememoración placentera; el abogar por ellos permitiéndoles vivir de acuerdo con sus valores; el aportarles los conocimientos necesarios para ayudarles a potenciar su autonomía; o el aportarles la información necesaria para que tomen decisiones informadas con relación a sus vidas, se encuentran entre las prácticas que, más frecuentemente, las voces centrales citan en el transcurso de sus relatos como sinónimos del *cuidar*.

Para mí ser enfermera es cuidar a las personas · Ana [EAe5]

acercarles el valor de la salud · Ingrid [EAe4]

estar a su lado · Gemma [ECdAe1]

hacerles sentir que estamos ahí · Ruth [ESin2]

acompañarlas · Martina [EAe8]

—desde que nacen hasta que mueren— · Emma [ECdAp2]

abrazando al máximo sus valores y su manera de vivir · Elena [EAp3]

...

Para mí ser enfermera es cuidar. Es cuidar lo mejor posible a los  
pacientes y a sus familias · Óscar [ECor2]

aportarles conocimientos · Martina [EAe8]

para que puedan manejar su situación de salud · Paula [ECdAe3]

para que se adapten a la situación que están viviendo · Gemma  
[ECdAe1]

para que sean cada vez más independientes · Nadia [EAp2]

para que recuperen su autonomía · Elena [EAp3]

es aportarles información · Julia [EAe1]

para que tomen sus propias decisiones, pero que lo hagan de una  
manera sustentada · Paula [ECdAe3]

...

Para mí esto es ser enfermera · Gemma [ECdAe1]

La presentación de la subcategoría «Estar y actuar como enfermer\* en el mundo» se da ahora por concluida. Los códigos que la han conformado han permitido comprender cómo las voces centrales habitan, comprenden y cuidan (en) las organizaciones de salud. Hasta este momento, los hallazgos presentados han contribuido a construir una relación unidireccional entre las participantes y la profesión enfermera. Las enfermeras han sido las que son, las que expresan, las que están y las que actúan en el mundo. El proceso de análisis de los datos descubre, no obstante, que la relación que las enfermeras mantienen con su profesión es una relación, más bien, bidireccional.

Las voces centrales manifiestan, en este sentido en el transcurso de sus relatos, experimentar la obtención y retención de formas plurales de retorno como resultado de *ser*, *expresarse*, *estar* y *actuar* como enfermer\* en el mundo. La última subcategoría de la presente sección subcategorial central, «Obtener y retener un retorno como enfermer\* en el mundo», en la que nos adentramos a continuación, recoge en el interior de los códigos que la conforman aquellos resultados que, precisamente, dan luz sobre las cuestiones que permiten dotar de propiedades bidireccionales a la relación que las voces centrales mantienen con la profesión enfermera.

#### **5.4. Obtener y retener un retorno como enfermer\* en el mundo**

Las voces centrales se sitúan y se asumen en el mundo como agentes capaces de alcanzar un destinatario plural y de ejercer sobre él una influencia sin tener ninguna pretensión de recibir algo a cambio. El ejercicio de su profesión les brinda, no obstante, la oportunidad de situarse y de asumirse simultáneamente como perceptoras de formas de retroacción por aquello que son y que hacen en las organizaciones de salud, una oportunidad a la que se acogen de forma discreta, pero inmediata, y que se encuentra en el origen del conjunto de hallazgos que convierten la relación que las mantiene unidas a la profesión enfermera en una relación bidireccional.

El proceso de análisis de los datos generados en los encuentros con la investigadora revela, en este sentido, que tanto los individuos con los que las voces centrales (co)habitan como las estructuras económicas, políticas, sociales y culturales que dan forma a sus mundos devienen, a su vez, capaces de ejercer una influencia sobre ellas y sobre las experiencias que hacen de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\*. La permutación de roles que aquí se vislumbra posibilita a las participantes, de este modo, dejar de lado su rol de agente para asumirse como destinatarias de aquello que hemos decidido nombrar *formas de retorno*.

La noción de formas de retorno se corresponde con la expresión que usamos para referirnos a las diferentes modalidades de retroacción que las voces centrales obtienen y retienen en respuesta a sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo. Proyectadas de forma categórica y sin apenas matiz como (con)movedoras o alienantes, según los efectos que sobre las enfermeras generan, las formas de retorno cumplen la función de convertir la relación unidireccional que las une

al mundo y al *otro* en una relación bidireccional o dialógica en la que ambas partes resultan transformadas por el efecto de la acción de la otra.

Las formas de retorno que desarrollamos en el marco de la presente subcategoría se alejan de las concepciones más materiales a las que uno tendería a remitirse al pensar en la idea de retorno<sup>34</sup>. Las voces centrales no se refieren necesariamente, en este sentido, a cuestiones de dicho carácter al reflexionar sobre aquello que obtienen y retienen en respuesta a sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\*. Piensan más bien, por el contrario, en cuestiones de carácter abstracto y, en concreto, en las vivencias que hacen de las respuestas que el mundo y quienes lo conforman proyectan hacia ellas tras haber sido alcanzados y afectados por sus acciones.

Los códigos «Las formas (con)movedoras de retorno» y «Las formas alienantes de retorno», en cuya exploración nos adentramos a continuación, recogen en su interior los resultados que durante los encuentros de la investigadora con las voces centrales han emergido en relación a las respuestas plurales que el *otro* y el mundo ofrecen a las enfermeras<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> El ejemplo paradigmático de aquello que puede considerarse como una forma de retorno material se corresponde con el de la remuneración económica que uno percibe a cambio del trabajo que realiza.

<sup>35</sup> El orden en el que presentamos las formas de retorno que las voces centrales expresan obtener y retener como resultado del ejercicio de la profesión enfermera respeta el orden en el que estas emergen en los relatos de las participantes. La descripción de las formas (con)movedoras de retorno precede, así pues, la descripción de las formas alienantes de retorno. Este detalle, de apariencia secundaria, se encuentra marcado por el interés, común entre las enfermeras, de iluminar los aspectos más positivos de sus vivencias antes de ahondar en los más negativos. La vinculación más directa que este rasgo del lenguaje, identificado durante nuestra aproximación al discurso como texto, mantiene con la forma en que las enfermeras se acercan a la comprensión de los ejes de (in)justicia que atraviesan las organizaciones de salud hace, no obstante, que hayamos decidido abordarlo en el código «La disposición de la trama de los relatos en planos narrativos» (p. 248) de la sección subcategorial preambular de la segunda parte de este «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados».



### 5.4.1. Las formas (con)movedoras de retorno

Las formas (con)movedoras de retorno responden a aquellas formas de retroacción que las voces centrales obtienen y retienen de la conexión particular que cada una de ellas establece y mantiene con su mundo interior y que son capaces, concretamente, de hacer nacer en este último una forma distintiva de sensibilidad, una emoción vinculada a la experiencia de sentimientos de humanidad y de solidaridad, así como de reunir e instilar de manera simultánea la fortaleza, el aliento, la motivación y el coraje que las enfermeras sienten que deben movilizar para perseverar en su *hacer* en las organizaciones de salud que habitan.

Las voces centrales sostienen, en este sentido, que es en el acto —o en la mera intención— de cuidar del *otro* que se dan algo a si mismas. Este sentimiento, *a priori* individual, deviene rápidamente en los encuentros con la investigadora un sentimiento extensivo, un denominador común que las une, las colectiviza y las conduce a defender vivamente que la suya, expresa Julia [EAe1], «no es una profesión cualquiera» y que el suyo no es un trabajo como los otros, sino que la suya es una profesión privilegiada y que el suyo es un trabajo que las hace percibirse, apunta Elena [EAp3], como «estando situadas en una posición de privilegio».

La profesión enfermera es lo mejor que hay (se ríe). Yo creo que estamos en un lugar tan privilegiado que no nos damos cuenta de dónde estamos · Ingrid [EAe4]

La idea de privilegio encarna, así pues, el símbolo por excelencia alrededor del que las participantes parecen haber decidido al unísono poner en órbita sus reflexiones sobre el momento preciso en el que, en tanto que enfermeras, proceden a dejar de ser agentes en la relación que las une a su profesión para convertirse en sus principales destinatarias. «Hoy en día lo que más me llena (como enfermera) creo que es esto: el poder dar alguna cosa, el poder aportar en beneficio del paciente», expone, en esta dirección, Judit [ECor1] ilustrando discretamente el proceso por el que la relación en cuestión deviene una relación dotada de propiedades bidireccionales.

El reconocimiento por parte de las voces centrales de la existencia de esta particular forma de retorno representa, no obstante, el fruto accidental de un acto reflexivo ante el

que se muestran prudencialmente distantes y sensiblemente inquietas. La consideración de sí como individuos privilegiados responde en ellas a una vivencia que, incómoda, precisa ser sistemáticamente justificada ante la preocupación de que pueda ser vinculada a una idea de egoísmo que chocaría drásticamente contra la construcción desinteresada de un *ethos* profesional que no espera ninguna forma de retorno por su *ser* y su *hacer* en las organizaciones de salud.

(Ser enfermera) es algo que haces por las personas, pero... (Pausa su relato y reflexiona) Siempre digo: «Al final, egoístamente, todo lo hacemos por nosotros, ¿no?» O sea, realmente, tú estás cuidando a alguien y quieres que esa persona esté bien, pero tú también estás recibiendo (algo) de alguna manera... (Se muestra pensativa) A ti también te está aportando (concluye afirmando) · Nadia [EAp2]

Las voces centrales logran, sin embargo, desplazar momentáneamente al margen de sus relatos el juicio sobre la moralidad de sus sentimientos para permitirse el despliegue consecutivo de las razones ocultas bajo la mención recurrente de sentirse ocupando una posición de privilegio. Las sensaciones de armonía y de alineación con ellas mismas, los efectos de acercamiento y avenencia con el *otro* y las impresiones de equilibrio y de consonancia con el mundo que la profesión enfermera sería capaz de desencadenar de forma singular en cada una de ellas se encuentran, de este modo, en el epicentro de sus miradas.

La profesión enfermera representa, idealmente, en este sentido, el espacio que les brinda la posibilidad de construirse libre y plenamente como aquello que consideran ser y de ocupar durablemente el lugar que consideran tener como sujetos en el mundo. «Para mí ser enfermera es una manera de expresarme y de poder hacer aquello que quiero hacer», revela Judit [ECor1]. Simboliza, teóricamente, el espacio que les ofrece la oportunidad de alcanzar —o, cuando menos, de sentirse más próximas de— su realización personal y profesional. «Yo tenía claro que me quería dedicar a ayudar a los demás de alguna manera y (la profesión enfermera) me pareció una buena forma de hacerlo», confiesa Daniel [ECdAp1].

Las participantes manifiestan pues, en definitiva, que es por medio del ejercicio de la profesión enfermera que sienten devenir útiles en el mundo, que acceden, por una parte,

a alcanzar el *otro*, generando en él un impacto positivo sobre las esferas que conforman su bienestar, y que acceden, por otra parte, a alcanzar el contexto más amplio en el que la relación que las une al *otro* se encuentra inmersa, generando sobre su forma y naturaleza un efecto transformativo orientado hacia el bien común. «Para mi ser enfermera es sentir que soy capaz de ayudar a las personas y, en general, de contribuir a crear una sociedad mejor», expresa, de forma esclarecedora, Julia [EAe1].

La experiencia de devenir útiles en las organizaciones de salud se encuentra en las voces centrales en el origen mismo de la experiencia de sentirse bien al considerarse capaces de estar y de actuar en ellas para, esencialmente, cuidar del *otro*. «Quizás ser enfermera es darte cuenta de que, ayudando a los demás, tú te sientes bien», sugiere Silvia [ERes1]. «El hecho de cuidar a alguien te hace sentir bien indirectamente a ti misma y, supongo que, lo que te hace sentir bien, te anima a continuar a hacer esas cosas que hacen sentir bien a las otras personas», vaticina, de manera concluyente, Ingrid [EAe4].

Este sentimiento de bienestar, motor de su *hacer* en las organizaciones, resulta ser dependiente en las voces centrales de que sus acciones sean percibidas por el *otro* como valiosas y, por ende, como merecedoras de muestras de gratitud. El agradecimiento de los pacientes y familias se posiciona, entonces, como la forma de retorno máspreciada para las enfermeras. Expresado a través del habla oral o escrita, proyectado a través de la mirada o gesticulado a través de la sonrisa es por medio de la satisfacción que este genera que las participantes toman consciencia de su capacidad de acción corroborando, en palabras de Julia [EAe1], que «estas pequeñas cosas que yo hago funcionan con el paciente».

Lo que más valoro de la enfermería es entender que he sido buen profesional con otras personas cuando estas me transmiten gratitud por aquello que he hecho, cuando estas me expresan que se han sentido bien cuando las he cuidado, cuando las he atendido. (...) (Ese momento) es cuando tú dices: «¡Ostras, soy enfermero!», ¿no? (verbaliza con orgullo) (...) Me siento muy...¿Cómo dije antes? ¡Privilegiado! (pronunciamos a la vez) · Diego [EAe3]

(Me siento especialmente bien cuando recibo) el agradecimiento de los pacientes y de las familias. (Silencio) Ayer nos trajeron esta caja de

bombones. Y... ¿Sabes? Era un agradecimiento muy sincero. Cuando la familia nos miraba, se emocionaba. Esto me hizo pensar: «Realmente, he hecho mucho bien aquí» · Ana [EAe5]

(Verbaliza adoptando un tono de resignación) Si es que, al final, lo único que te queda (como enfermera) es la sonrisa del paciente. Es lo que (el paciente) te devuelve y... ¡(Cuando esto ocurre) te quedas tan a gusto! (...) A mí con lo que me vas a llenar es con una sonrisa (emite en un suspiro y concluye) · Nadia [EAp2]

Las muestras de agradecimiento de los pacientes y familias continúan contribuyendo, por su parte, a nutrir el vínculo, tan estrecho y tan preciado, que junto a las voces centrales estos forjan y preservan. «Los pacientes se convierten en (baja el tono de voz) no sé si esto es correcto, pero yo te diría, como en parte de la familia», apunta dudoso, en esta dirección, Pablo [EAp1]. «Creas (con los pacientes) pequeñas familias», corrobora Ingrid [EAe4]. «Formas parte del entorno de la persona y de su familia. Eres una persona más que los acompaña durante todo el ciclo vital y esto para mí es un lujo», declara, finalmente, Elena [EAp3].

Las voces centrales reconocen, a este respecto, que el acortamiento de la distancia que las separa de los pacientes y las familias supone el privilegio de poder tener acceso a conocer y a experimentar realidades vinculadas a procesos vitales únicos, pero a la vez universales, (casi)indisponibles y/o afrontados con escasos recursos personales por parte de la población general. El acto de cuidar del *otro* en una multitud dispar de circunstancias les permite, así, entrar en contacto con un universo desconocido, considerado a menudo como hostil por los demás, pero asumido por ellas como una oportunidad que, pese a repetirse, resta siempre, paradójicamente, inédita.

El paciente te permite vivir situaciones que no podrías vivir de otra manera. Te permite acercarte a situaciones que no son tuyas, pero que te ayudan a verte en el espejo, a comprender cómo reaccionarías tú delante de esas situaciones. (Estas) te hacen madurar, te hacen pensar y te hacen ponerte en contacto con... (pausa su relato, se crea un silencio y continúa) Hay personas que nunca han tenido una experiencia cercana a la muerte —a la pérdida de una persona a la que quiere—, o que nunca han tenido una experiencia próxima al sufrimiento. ¡Mira qué suerte!

(Todas ellas) son situaciones vitales que son un privilegio tenerlas al lado · Martina [EAe8]

La exposición a tales situaciones desencadena como corolario en las voces centrales la experimentación de cambios en sus subjetividades y, concretamente, en la relación que mantienen consigo mismas en tanto que, ya no enfermeras, sino sujetos en el mundo. Estos cambios se materializan en las participantes en vivencias que, rodeadas por un cierto misticismo, denotan, como expresa Martina [EAe8], «un crecimiento personal, espiritual, muy importante». Quizás una manera de dar sentido a este hallazgo es la de comprenderlo desde la posibilidad de acceso que la profesión enfermera ofrece a una transformación biográfica.

(La enfermería) es un trabajo que cambia tu manera de vivir. (...) Todos los trabajos tienen lo suyo, ¿vale? Yo no digo que los demás trabajos no sean difíciles, complicados (se justifica), pero yo creo que la enfermería sí que te puede llegar a cambiar. Vives muchas situaciones que, aunque no quieras que te afecten, a la larga sí que te afectan, o por lo menos en mi caso particular sí que me han afectado (se justifica). Yo he cambiado mi forma de ver las cosas y de sentirlas. La forma de pensar me ha cambiado a raíz de estar trabajando de enfermera (reformula y concluye) · Lara [EAe7]

Las formas de retorno presentadas en el transcurso de este código muestran la mirada más idílica y armoniosa que las voces centrales proyectan sobre la relación que establecen consigo mismas como resultado de *ser*, *expresarse*, *estar* y *actuar* como enfermer\* en el mundo. Esta mirada, sólida en apariencia, revela, de una forma tímida, pero rápidamente asumida y dominante, su carácter más frágil. Se agrieta para dejar entrever otras formas de retorno, esta vez opacas y discordantes, que sitúan por inercia a las voces centrales en medio del abismo de vulnerabilidad del que habían pretendido protegerse inicialmente manteniendo oculta su existencia a la investigadora.

#### **5.4.2. Las formas alienantes de retorno**

Las formas alienantes de retorno responden a aquellas formas de retroacción que las voces centrales obtienen y retienen de la ineludible confluencia entre sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* y el contexto económico, político,

social y cultural más amplio en el que se encuentran colectivamente inmersas, siendo este encuentro el causante de hacer emerger en ellas una sensación de ruptura del equilibrio que, encarnada en un sentimiento de desconcierto y de desencanto, es capaz de desarmar el ímpetu, el entusiasmo, el ánimo y el impulso con los que afrontaban su *hacer* en las organizaciones de salud.

Las voces centrales se expresan concretamente sobre las formas alienantes de retorno como si se tratasen de las caras oculta(da)s de las experiencias que, en tanto que enfermeras, hacen de sus realidades. «Ocultas» porque son apenas perceptibles por los sentidos y apenas cognoscibles por el intelecto si no es con el interés deliberado de ser puestas al descubierto. «Ocultadas» porque buscan ser escondidas al *otro* tras un énfasis discursivo que, dispuesto intencionalmente sobre las formas (con)movedoras de retorno, fracasa, finalmente, en su propósito de proteger la relación idealizada que las enfermeras quisieran mantener con su profesión.

(Después de reflexionar sobre las formas (con)movedoras de retorno que obtiene y retiene como resultado del ejercicio de su profesión, la participante sugiere adoptando un tono de voz desesperanzador) Pero todo lo que rodea... Todo lo que hay alrededor de la enfermera y todo lo que tiene que ver con cómo se nos mira o con cómo se nos cuida entre comillas desde las organizaciones... (suspira) Eso deja mucho que desear (coloca el acento sobre «eso» adoptando sobre él una entonación despectiva) · Lara [EAe7]

El proceso de análisis de los relatos de las voces centrales sugiere, en este sentido, que «todo lo que hay alrededor de la enfermera» toma en sus miradas la forma de una estructura que reviste cada uno de los rincones de las organizaciones de salud que habitan y que cumple la función de permitir el acceso y la reproducción en su interior de aquellos discursos económicos, políticos, sociales y culturales —dominantes y emergentes— que se (re)producen fuera de ellas. «(Las organizaciones de salud) no son nada más que un reflejo de lo que es la sociedad en general», apunta, en este sentido, indirectamente, Elena [EAp3].

Las formas de *ser* y de *expresarse* que las voces centrales encarnan y que, por medio de sus formas de *estar* y de *actuar*, difunden en las organizaciones de salud funcionan en

este contexto como mensajes, primero teóricos y luego prácticos, que se proyectan sin cesar hacia la estructura que en sus miradas se refleja. Cuando la alcanzan, no se entrelazan ni dialogan con ella de manera armoniosa, sino que, pese a sus expectativas, impactan sobre ella, chocan contra ella, emitiendo una forma de retorno que, porteada específicamente por el *otro* y por el mundo, desestabiliza de manera inesperada el mundo interior de cada una de ellas.

Las enfermeras participantes se retratan frente a la investigadora atrapadas, en este sentido, en una continua contradicción entre la certeza de representar y de ejercer una profesión juzgada esencial para el *otro* y para el mundo y la percepción de obtener de ellos una respuesta que no sostiene la consideración que ellas esperan recibir. Las voces centrales explican, entonces, sentir que no se sitúan, ni individual ni colectivamente, en el lugar simbólico que piensan que merecen ocupar tanto en el esquema microsociedad de las organizaciones de salud en las que se desempeñan como en el esquema macrosociedad del contexto más amplio en el que aparecen inmersas.

(Las enfermeras) no tenemos el estatus que, probablemente, merecemos

· Ángela [ECp1]

La posición de privilegio en la que las voces centrales se concebían dispuestas individualmente parece enfrentarse pues, dado el ascenso discursivo de las formas alienantes de retorno, a ciertas dificultades para lograr ser defendida como la experiencia que mejor define la vivencia colectiva que, en tanto que enfermeras, hacen de sus realidades en las organizaciones. El análisis de sus relatos revela así que, en realidad, dicha posición es ocupada paradójicamente sin ninguna clase palpable de privilegio. Frágil, se quiebra y se desploma para disponerlas frente al *otro* y en el mundo en una posición de vulnerabilidad.

Somos (expresa en el sentido de encarnar) una profesión vulnerable ·

Martín [EAe2]

(Las enfermeras) nos sentimos absolutamente vulnerables · Paula

[ECdAe3]

Las voces centrales observan, entonces, como «todo aquello que rodea a la enfermera», recurriendo de nuevo a las palabras de Lara [EAe7], pone en peligro la

estabilidad de todo aquello que integra su *ethos* profesional. Las formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* de las enfermeras corren así el riesgo de degradarse al entrar en contacto con un *otro* y con un mundo que alcanzan su máxima expresión en una estructura que posee tantas caras como maneras de manifestarse<sup>36</sup> y que deja, desde la mirada de las participantes, poco espacio para ser (re)pensada. El contacto con la estructura deviene pues, más bien, un choque de carácter inesperado.

Hay un desequilibrio importante entre lo que (las enfermeras) somos y aportamos y lo que se ve y llega (de nosotras). ¡Y esto me parece injusto, muy injusto! (expresa con un tono de voz de sobresalto) · Emma [ECdAp2]

El *otro* y el mundo, integrados en la estructura contra la que, en el transcurso de sus relatos, las voces centrales reportan chocar reciben, en este sentido, sus mensajes, pero parecen recibirlos, atendiendo a los discursos económicos, políticos, sociales y culturales que subyacen a las respuestas que les ofrecen, en un lenguaje extranjero, en un lenguaje que no comprenden o, más aún, que no quieren comprender. El *otro* y el mundo retornan a las enfermeras, a fin de cuentas, que sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* deberían ser otras si pretenden alinearse con el orden institucional que impera fuera de sus mundos interiores.

(Aquello que las enfermeras tratamos de transmitir) no cuaja, no cuaja · Martín [EAe2]

El cuidado conlleva una preocupación por el *otro*, el pensar en el *otro*, el establecer unos valores de confianza, de seguridad, de responsabilidad, de compromiso... Eso, en los tiempos en donde estamos ahora mismo, en la sociedad occidental, pues no es lo que se

---

<sup>36</sup> Las caras de la estructura contra la que las formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* de las voces centrales chocan se mantienen en relación estrecha con la división interna de la sección subcategorial central de la segunda categoría de análisis de datos en la que hemos decidido presentar los hallazgos vinculados a los ejes de (in)justicia que las participantes trazan en el interior de las organizaciones de salud. Los resultados aquí presentados devienen, de este modo, una primera aproximación a los diferentes hallazgos que son tratados en ella.



lleva (se lamenta). Lo que se lleva es el individualismo, el no pensar en el *otro*. «Mi beneficio, mi economía y mi situación» (expresa con énfasis poniendo el acento sobre los «mi»), y no se piensa en el *otro*. La sociedad vive en la paradoja democrática del individualismo con lo cual, evidentemente, los valores del cuidar no son los que están de moda ni los que se llevan a nivel social · Clara [EAe6]

Las voces centrales perciben que su mensaje choca, en este sentido, contra un *otro* y un mundo dominados por discursos cuya orientación parece abatir sistemáticamente el ideal de cuidado sobre el que, de un modo u otro, construyen quiénes son y qué hacen en tanto que enfermer\* en el interior de las organizaciones de salud. «En la logística del mundo sanitario (verbaliza decidida tras una pausa reflexiva) siguen prevaleciendo toda una serie de intereses frente a lo que es la salud, (asume un tono de voz aclaratorio y defiende seguidamente) que debería ser un derecho universal de las personas», lamenta, en este sentido, Clara [EAe6].

Las participantes buscan acceder en el encuentro con el *otro* y con el mundo a una conexión auténtica, individual y pausada, pero ser respondidas con exigencias implícitas de desprendimiento, de estandarización y de rapidez en sus acciones; a elevar el valor de los cuidados más básicos, pero ser respondidas con el reclamo de centrarse en los más técnicos y calculables; a movilizar cuanto recurso sea necesario en cada uno de ellos, pero ser respondidas con demandas tácitas de racionalización y de optimización; a defender la calidad de sus acciones, pero ser respondidas con peticiones que priman su cantidad con miras a la productividad, la eficacia y la eficiencia del sistema organizacional.

A mí lo que me hace sentir realizada es poder conectar con las personas, poder tener ese tiempo... (Pausa su relato) El tiempo suficiente para poder escucharlas y hablar con ellas sobre todo lo que necesiten · Valeria [EAp6]

Luego ves que, en la práctica, todo se va al traste porque... Pese a lo que yo crea y lo que yo defienda, al final te conviertes en un técnico · Martín [EAe2]

Se establece cómo tienes que actuar en todo aquello que haces · Pablo [EAp1]

Las enfermeras nos dedicamos a cuidar y es imposible contabilizar eso de alguna manera real · Lara [EAe7]

Para el sistema público el éxito es «no gastar dinero», o sea, «no pasarte del presupuesto» y no que el paciente esté bien cuidado o que el paciente esté contento · Óscar [ECor2]

La vivencia que las voces centrales hacen de la realidad descrita es, a este respecto, la de estar dedicándose a una labor profesional que, si bien para ellas representa «mi (sus) vida (vidas)», en palabras de Claudia [ECp2], es en los ojos del *otro* y del mundo «si estamos estrictamente atentos a lo que estamos diciendo, simplemente una transacción, una vez más, económica: yo le ofrezco a la sociedad un trabajo por el cual me pagan, nada más», expresa, en esta dirección, Clara [EAe6], vivencia que produce, en la voz de Julia [EAe1], «el sentimiento generalizado» de estar desplegando «una práctica deshumanizada».

Las voces centrales perciben que su mensaje choca, asimismo, contra un *otro* y un mundo que, inmersos en un entramado de ideas preconcebidas sobre la figura enfermera y privados, entonces, de una aproximación a ella no mediada por estas, (re)interpretan libre y continuamente sus identidades y sus prácticas sin lograr anteponer sus voces a ello. Las formas de *ser* y de *expresarse* de las enfermeras son, de este modo, (re)definidas, a la vez que sus formas de *estar* y de *actuar* son (re)orientadas hacia direcciones distintas a las pretendidas. Las enfermeras no se sienten, en definitiva, (re)conocidas ni individual ni colectivamente de la manera y en la medida en las que desearían serlo.

Las participantes reportan proyectarse en el encuentro con el *otro* y con el mundo como profesionales formados en la prestación de cuidados holísticos que encarnan un entramado de valores vinculados a un compromiso con el bienestar de los demás y con la quietud del entorno que las rodea, pero ser respondidas con miradas estereotipadas que, desde el asombro, pero también desde la indiferencia y el menosprecio, las reifican, las instrumentalizan y simplifican drásticamente sus acciones y las bases teóricas sobre las que se asientan comprendiéndolas como meros recursos implicados en prácticas de escaso valor formal.

Cuando a la gente le dices que eres enfermera de entrada sonrío. Es un poco el «¡oh!», como diciendo, «cuidas»... · Silvia [ERes1]

Cuando dices que eres enfermera hay como un «¡ah!», como diciendo, «¡ay, qué mono!», como si fuese una cosa agradable. Y ya está. No veo mucha más reacción. O esto o nada... · Gemma [ECdAe1]

La idea de las enfermeras es muy estereotipada. (La gente piensa) en los típicos roles de género, en la subordinación al médico, en que ponemos inyecciones y hacemos técnicas y en poca cosa más... Esta es la imagen que creo que muchas personas tienen · Elena [EAp3]

Algunas veces he sentido que se ridiculizaba mi profesión... Ser enfermera no es esto (refiriéndose a la proyección de imágenes que cosifican a las enfermera), ¿sabes? · Julia [EAe1]

La gente no nos valora tanto, tanto, tanto, como a mí me gustaría que nos valorasen (...) o por las cosas que me gustaría que nos valorasen · Diego [EAe3]

Los pacientes nos valoran porque «me ha acompañado», «me ha escuchado», «es muy amable», es decir, por características más personales, ¿no? · Ángela [ECp1]

La vivencia que las voces centrales hacen de la realidad descrita es, a este respecto, la de estar representando una profesión que es para el *otro* y para el mundo, en palabras de Martín [EAe2], una «perfecta desconocida» y, en palabras de Lara [EAe7], una profesión «completamente invisible». El desconocimiento y la invisibilidad exceden las fronteras de la profesión para imbricarse en las experiencias de sí que cada una de sus integrantes hace y es que, como señala Martina [EAe8], «aunque (las enfermeras) seamos (sean) la mayoría (de los profesionales que conforman el sistema de salud) somos (son) desconocidas e invisibles».

Las voces centrales perciben que su mensaje choca, finalmente, contra un *otro* y un mundo que las sitúa, de forma automática y sin oportunidades reales de apelación, en una posición marginal entre los diferentes agentes que (co)habitan los espacios de interacción social y política existentes en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud. Las enfermeras y las acciones que emprenden en su práctica diaria se ven, así pues y en cierto modo, denegadas el acceso a poder contar, respectivamente, en tanto que legítimos

profesionales y que legítimas contribuciones en las distintas esferas participativas en las que esperarían poder contar.

Las participantes reportan buscar en el encuentro con el *otro* y con el mundo ser escuchadas, pero ser respondidas y, de forma más precisa, no ser respondidas, cayendo sus voces en el oído de quien no quiere escucharlas; defender una voz autónoma, pero ser respondidas con señales que las relegan a una condición de subordinación a otros agentes y/o a otras estructuras que impiden una toma de decisiones independiente sobre ellas mismas; esperar poder tener representación en espacios decisionales públicos, pero ser respondidas con la anteposición de una barrera que las trata como no suficientemente válidas para ello.

Con la enfermería pasa un poco como con las mujeres. Se la ha visibilizado, se ha hecho un intento de empoderarla, pero las enfermeras son meras marionetas de las gerencias. No tienen ninguna capacidad de autonomía, tienen un proceso de subordinación todavía importante, el sistema sanitario tiene una estructura de ideología patriarcal profunda y... No... (Interrumpe su relato) Es verdad que ha conseguido... que tiene un cuerpo de conocimientos teórico muy importante, que lo ha ordenado y lo ha... Algo que había sido basado en la experiencia de nuestras antepasadas se ha conseguido poner de forma científica, ¿vale? Pero a la hora de la práctica, seguimos prácticamente en el mismo punto. No le ponemos la bata al médico, efectivamente, ni le llevamos el café —gracias a Dios—, pero no tenemos un peso importante y autónomo dentro de lo que es el sistema público sanitario, (...) no tenemos voz ni política ni de gestión. Que va... para nada. (...) Tú solamente eres enfermera · Clara [EAe6]

La vivencia que las voces centrales hacen de la realidad descrita es, a este respecto, la de sujetos que, con relación a si mismos y a las prácticas que emprenden, se sienten, de manera sistemática, excluidos de su plena participación en las organizaciones de salud. Las enfermeras y sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* parecen ser, así pues, desplazadas del centro en el que las acciones vinculadas a los procesos de atención a la salud transcurren. Lo son sin motivos aparentes de peso, pero, a su vez, de una forma

que, emanando poder, evita ofrecerles aunque sea una sola oportunidad de cuestionar la estructura sobre la que esta condición se (re)produce.

Los cuidados molestan. Es como si fuesen pseudoterapia... (...) Incomodan. Es como si les estuvieras dando pseudociencia... Me refiero a que cuidar es sentarse y escuchar. Sentarse y escuchar no es productivo. No forma parte de una técnica. No estás haciendo nada. Entonces, molestas · Martín [EAe2]

Las enfermeras nos dedicamos a cuidar y el cuidado siempre ha estado infravalorado porque siempre ha estado relacionado con el sexo femenino, sexo que siempre ha estado infravalorado, y eso es complicado de cambiar · Claudia [ECp2]

La mirada que las voces centrales proyectan sobre las formas alienantes de retorno destaca, a diferencia de la proyectada sobre las (con)movedoras y a modo de conclusión, por comunicar una vivencia más colectiva que individual. Las participantes no suelen expresarse sobre ellas, así, haciéndolo únicamente en nombre propio, sino también, y sobre todo, en nombre de todas las demás. Este hallazgo de apariencia trivial contribuye, de manera paulatina, a vislumbrar la existencia de una serie de elementos que hacen asumir sistemáticamente a las enfermeras un determinado estatus como grupo social en las organizaciones de salud.

La magnitud de las implicaciones que se desprenden de esta última consideración sobrepasa los límites teóricos del presente código de análisis de los datos. Los trasciende para dar luz sobre las distintas formas de injusticia en las que las propias voces centrales, en tanto que enfermeras, se reconocen individual y colectivamente inmersas, siendo esta la base temática sobre la que descansan los resultados que configuran la sección subcategorial central de la segunda categoría de análisis de los datos presentada en la segunda parte de este «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados».

La presentación de la subcategoría «Obtener y retener un retorno como enfermer\* en el mundo» se muestra, así pues ahora, como habiendo llegado a su fin. Los códigos que la han integrado han permitido, en términos generales, comprender cómo las voces centrales no solamente se asumen como agentes en la relación que las une a la profesión enfermera, sino también, y al mismo nivel de relevancia, como destinatarias de la misma.

Los diferentes resultados explorados en ella representan, asimismo, por su parte, los hallazgos que ponen fin a la sección subcategorial central de la presente categoría de análisis de los datos.

∴

La sección subcategorial central nos ha permitido comprender cómo las voces centrales ven en la profesión enfermera una forma de *ser* y de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo, pero también una forma de obtener y de retener de ella formas plurales de retorno. El recorrido realizado en torno a estas cuestiones se ha enmarcado en una lógica descriptiva, estrechamente unida a los datos generados y de los que el proceso de análisis apenas se ha abstraído. Esta aproximación ha desvelado de forma directa, clara y evidente el entramado de hallazgos proyectados en los diferentes códigos que, uno a uno, han dado forma a la sección central de la primera categoría de análisis de los datos.

La sección subcategorial de impacto y de transición en la que, de ahora en adelante, orientamos el foco de nuestra atención tiene como propósito comprender, desde una mirada más interpretativa y reflexiva, los efectos que las subcategorías y los códigos que han integrado la sección precedente generan sobre las voces centrales y, de forma más específica, sobre su construcción identitaria en tanto que enfermeras, sobre el que consideran como el escenario de acción enfermera, pero también sobre el significado más amplio de las formas de retorno que obtienen y retienen a cambio del despliegue de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo.

Las subcategorías «Los corolarios de la identidad enfermera bajo lupa», «Los límites simbólicos del mundo de las enfermeras» y «Los efectos insospechados de las formas de retorno» integran, en este sentido, los diferentes códigos alrededor de los que hemos decidido estructurar los hallazgos que se incluyen en esta sección. La presentación de los mismos cumple, de forma concreta, un triple cometido: dar continuidad a la sección subcategorial central, mediar el paso inmediato del análisis hacia la segunda categoría y vehicular la transferencia diferida de este hacia la tercera categoría.

∴

## **5.5. Los corolarios de la identidad enfermera bajo lupa**

Las voces centrales dejan emerger en el transcurso de sus tentativas por definirse en tanto que profesionales de la salud una serie de elementos que, al unirse los unos con los otros, conforman sus rasgos identitarios más salientes. La colocación de dichos rasgos bajo la lupa de la investigadora detecta que bajo los mismos se esconden una serie de corolarios de los que las enfermeras no parecen ser plenamente conscientes, pero que muestran jugar un rol fundamental en aquello que concierne a su vulnerabilidad frente a la injusticia en las organizaciones de salud, a la conceptualización que harán de ella y a la orientación de las acciones transformativas que desplegarán sobre ella.

Los corolarios a los que el análisis de los relatos de las voces centrales apunta tienen que ver, concretamente, con la construcción que las enfermeras participantes hacen de sí mismas no como sujetos autónomos, sino como sujetos que permanecen vinculados a un *otro* que es el paciente; con el potencial de que sus rasgos identitarios más salientes se transformen en exigencias emitidas sobre ellas por su parte, pero también por parte de los demás; y, finalmente, con la posición refleja en un segundo plano que asumen, de forma automática, al disponer al paciente en el centro de sus mapas cognitivos.

Los códigos «Las enfermeras como sujetos relacionales», «La transformación de los rasgos en exigencias» y «La disposición de las enfermeras en un segundo plano» recogen aquellos hallazgos que permiten comprender cómo la construcción identitaria de las enfermeras expresa sus corolarios.

### **5.5.1. Las enfermeras como sujetos relacionales**

Las voces centrales presentan a la investigadora sus formas particulares de *ser* y de *expresarse* en tanto que enfermer\* en el mundo proyectándose a través de ellas como sujetos que, inexorablemente vinculados a un *otro*, no son y no se expresan si no son y no se expresan en relación a un *otro* muy concreto que no es sino el paciente al que brindan sus cuidados. La esencia relacional de las enfermeras se revela, en este sentido y en el marco de sus relatos, como una constante de la que se desprenden implicaciones sobre el marco de justicia social y política que aspiran a construir en las organizaciones de salud que habitan.

Las participantes ofrecen, entonces, definiciones de si mismas que no elaboran desde la mirada que proyectan sobre quiénes son en tanto que sujetos autónomos, sino desde la mirada que proyectan sobre quiénes son en tanto que sujetos en relación a un *otro*. Este no resulta un hallazgo extraño atendiendo al hecho de que el mensaje que tratan de transmitir al *otro* y al mundo se encuentra cargado de valores cuya naturaleza es en si misma relacional, cuya experiencia es en si misma intersubjetiva y cuyo sentido es dependiente en si mismo de que dichos valores sean sentidos y reconocidos por el *otro*. Las enfermeras no son ni se expresan si no son capaces de afectar al *otro*.

Cuidar es hacer sentir (al otro) que tú estás ahí y que estarás ahí para él  
(refiriéndose al paciente) · Ruth [ESin2]

El proceso de análisis de los relatos de las voces centrales revela que, procedan del perfil profesional que procedan, las participantes comprenden que ser enfermera es ser enfermera asistencial en ejercicio clínico. Las voces centrales se proyectan raramente, así pues, frente al *otro* y en el mundo, como profesionales que disponen de otros espacios de materialización de sus formas de *ser* y de *expresarse* distintos de aquellos vinculados al acto directo de cuidar. Los espacios de práctica vinculados a la gestión, la política, la investigación o la docencia son, en este sentido, escasamente aludidos en sus relatos y cuando lo son se acompañan de una necesidad de justificación debido a la supuesta desvinculación que, en tanto que enfermeras no asistenciales, tienen del paciente.

Me gustaría decir que es cierto que dedicándome a la gestión en el ámbito en el que me encuentro ahora, no tengo contacto directo con los enfermos, pero es cierto que somos criaturas sociales, que vivimos en una sociedad y que tenemos contacto constantemente con personas que son usuarias del sistema, sea de una forma o de otra. Entonces, es difícil perder del todo el contacto con la realidad en este sentido · Daniel [ECdAp1]

A medida que te alejas (se refiere al ámbito asistencial) también te dicen: «Estás en las alturas». Y yo digo: «No, estoy en la lejanía». (...) Yo mido los espacios de dirección en relación a la distancia que los separa del paciente. Entonces, una supervisora puede influir mucho todavía sobre el paciente. Una supervisora de área ya menos. Una subdirectora, casi nada. Una directora menos. El gerente todavía menos.



Los directores generales nada y yo ni llego, ¿no? Entonces, claro, no son las alturas, es la lejanía la que te hace perder ese liderazgo transformacional que es capaz de incidir en lo que afecta directamente a las personas, ¿no? · Ángela [ECp1]

Las definiciones que las participantes que no forman parte del perfil de enfermeras asistenciales en ejercicio clínico ofrecen a la pregunta de «qué es ser enfermera» resultan ampliamente ilustrativas de este hallazgo y es que, aprovechando las palabras de Pablo [EAp1], no reflejan «el abanico tan amplio que las enfermeras ocupan». El «yo creo que la enfermera es un profesional que acompaña a las personas desde el nacimiento hasta la muerte», de Ángela [ECp1], en un cargo político, o el «ser enfermera es poder ayudar, poder cuidar, poder acompañar al paciente», de Judit [ECor1], en un mando de gestión intermedia, hacen muestra de ello, entre otros ejemplos.

Las voces centrales consideran, en definitiva, que su disposición como enfermer\* en el mundo se encuentra al lado del paciente. «Una enfermera debería o debe dedicarse a lo que es el cuidado del paciente», declara, en este sentido, Silvia [ERes1]. «El sector asistencial es el terreno de juego en el que las enfermeras se desarrollan», continúa aportando, en esta misma dirección, Gemma [ECdAe1]. La escasa referencia de las participantes a perfiles de enfermeras distintos del asistencial supone su contribución a la invisibilización en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud de quiénes son y quiénes pueden ser las enfermeras.

La mirada analítica que la investigadora proyecta sobre los datos generados percibe, asimismo, cómo las participantes situadas en perfiles distintos al asistencial no solamente no se definen a sí mismas como las enfermeras que son —es decir, como enfermeras no asistenciales—, sino que se expresan sobre las enfermeras en general como si ellas mismas fuesen voces periféricas, es decir, como si no formaran parte del colectivo profesional y como si lo observaran desde el exterior porque ellas, en realidad, no forman parte de él. Las enfermeras entran, así pues, en una dinámica de inclusión/exclusión que también afecta —veremos— al quién del marco de justicia social y política que construyen.

Las voces centrales permiten comprender a través de la concepción de las enfermeras como sujetos relacionales cómo las enfermeras asistenciales encarnan la representación

por excelencia de lo que es y, más allá de ello, de lo que debe ser «la enfermera», una enfermera que, en tanto que sujeto singular, es portadora de una serie de rasgos que si bien le son propios y definitorios, se convierten rápidamente en exigencias que el *otro* y el mundo se permiten proyectar de una manera indiscriminada hacia cada una de ellas y a las que, por su parte, cada una de ellas se siente, en cierto modo, obligada moralmente a responder.

### **5.5.2. La transformación de los rasgos en exigencias**

Las voces centrales presentan sus formas particulares de *ser* y de *expresarse* en tanto que enfermer\* en el mundo ancladas a una serie de rasgos que, caracterizándolas de manera individual, pero también de manera colectiva, se entrelazan para consolidar su *ethos* profesional. La presentación de dichos rasgos al *otro* y al mundo representa no solamente una forma de pensarse, sino simultáneamente una forma por medio de la que el *otro* procede a pensarlas. Los rasgos de las enfermeras devienen, así pues, susceptibles de convertirse en exigencias que el *otro* y el mundo proyectan sobre ellas.

Las participantes se construyen, en este sentido, como sujetos que deben mostrar en todo momento la empatía, el compromiso, la disponibilidad, el sentido de entrega y de sacrificio que los caracterizan contribuyendo, de este modo, a ser construidas de esta forma por los demás. El proceso bidireccional por medio del que el *otro* aprovecha la oportunidad para apropiarse de los rasgos que las voces centrales defienden supone, no obstante, una oportunidad para su descontextualización, su reinterpretación y su transferencia desde el marco de su relación con el paciente hacia nuevas direcciones que se alejan de sus roles profesionales y que alcanzan, asimismo, sus relaciones con otros *otros* que no son los pacientes.

La enfermera es la que lo arregla todo. (Los pacientes) te ven y «¡la enfermera, ay sí!» (expresa con un tono de imitación) y te preguntan cosas que a lo mejor no tienen nada que ver (con tu trabajo)... Llegan aquí y se preocupan de «es que tenía una cita pendiente con el endocrino y todavía no me ha llamado», «es que yo estoy tomando no sé qué y no me lo han puesto en la tarjeta». Y claro... dices «bueno, yo desde aquí... se lo voy a mirar y le voy a reclamar la cita», «tiene que ir al médico de cabecera para que le ponga esto en la tarjeta». Eres la chacha

de todo. (...) Para todo vales. Al médico lo llaman para unas cosas y la familia sabe por qué tiene que llamar al médico, pero a la enfermera la llaman para cualquier cosa · Lara [EAe7]

Es verdad que te saturas, a veces, y te dices: «Es que soy una chica para todo». (...) Es como que tienes que estar en todo y, a veces, hay cosas en las que tú no deberías intervenir, pero bueno... · Silvia [ERes1]

La enfermera es como que tiene mucho en brazos y llega un poquito a todo · Cecilia [EAp4]

La interacción dialógica que se (re)produce, entonces, entre los rasgos que las voces centrales emiten y las exigencias que dicen percibir ilumina el lugar desde el que dejan de *ser* y de *expresarse* libremente como las enfermeras que son para verse envueltas en la obligación de *ser* y de *expresarse* de la precisa forma que ellas mismas predefinen. Las formas de pensarse de las participantes funcionan, de este modo, como compromisos de fidelidad que establecen, aunque de una manera no pretendida, con los demás. El deber se convierte, en este sentido, en la norma implícita que gobierna sus relaciones con el *otro* y con el mundo.

Las enfermeras tienen un alto grado de compromiso con las personas y, también, con la organización (recalca). Yo estando de guardia en el hospital, pues, muchas veces llamabas a una enfermera a su casa, que tenía libre, y venía a trabajar y te decía: «Lo hago por ti...». Y decías: «Bueno, hazlo por quien quieras, pero hazlo», ¿no? Y... claro te das cuenta de que «lo hago por ti» o «lo hago por el paciente» o «lo hago para que los compañeros no se queden solos», pero lo hago... Normalmente, la actitud que te encuentras siempre o casi siempre es... es positiva · Ángela [ECp1]

El proceso de análisis de los datos generados en los encuentros con la investigadora desvela que las voces centrales contribuyen, de este modo, mediante la defensa de sus formas particulares de *ser* y de *expresarse*, a dar vida a un perfil de la que debería ser contemplada normativamente como una «buena enfermera», siendo esta aquella que cumple de manera estricta con los rasgos perfilados por si mismas, pero también a un perfil de la que debería ser contemplada normativamente como una «mala enfermera»,

siendo esta aquella que, desviada, quebranta las exigencias trazadas por si mismas y por el *otro*.

Tienes que tener una condición de persona muy... (busca las palabras adecuadas) para decir: «No, no, yo no voy a asumir más trabajo. No voy a hacer esto. No voy a hacer lo otro». Yo qué sé... pues si te tienes que quedar un poco más, te quedas... Simplemente a veces por compañerismo... ¿Qué puedes hacer? Pues no hacerlo y decir: «Es mi hora, me voy y ya está», pero claro tampoco eso... Cuando te gusta la profesión te gusta y cuando eres buen compañero eres buen compañero. Tampoco vas a dejar a tu compañera con... ¿Entiendes? O yo no lo haría... · Pablo [EAp1]

La transformación de los rasgos en exigencias produce, en conclusión y a la luz de los hallazgos presentados, implicaciones que —veremos— tienen que ver, de forma inmediata, con la exposición de las voces centrales a formas de injusticia vinculadas a las relaciones que las mantienen unidas a los diferentes agentes que dan forma a la estructura social de las organizaciones de salud, agentes que emitirán ciertas exigencias actitudinales hacia ellas, pero también, de forma diferida, con la orientación que tomará el proyecto por medio del que pretenderán iniciar el camino hacia su emancipación colectiva en tanto que enfermeras.

### **5.5.3. La disposición de las enfermeras en segundo plano**

Las voces centrales sitúan a los pacientes a los que cuidan en las organizaciones de salud en el centro de sus mapas cognitivos atribuyéndoles una posición de privilegio en la relación que las une a ellos, pero también en la relación que las une a otros agentes. Los pacientes toman, así pues, un emplazamiento discursivo en el primer plano de la que se va conformando, de forma paulatina, como la realidad de las enfermeras. Mientras tanto, ellas se ven asumir, de forma refleja y en coherencia con la proposición según la cual cada una de ellas «está ahí por y para el paciente», un emplazamiento en segundo plano.

Mi condición de enfermera determina mi forma de concebir el rol que tengo aquí. (...) El paciente es lo primero. (...) Pongo al paciente antes

que todo lo demás. Esa es mi condición, ¿vale? ¡El paciente va por delante de todo, por delante! (expresa con énfasis) · Paula [ECdAe3]

Las enfermeras, por nuestra condición, siempre nos dejamos para lo último (expresa haciendo uso de un tono de voz que denota obviedad) · Claudia [ECp2]

Las participantes adoptan, entonces, en el marco de las reflexiones que comparten con la investigadora, la posición de sujetos que restan habitualmente a la sombra de un *otro* que —veremos— no solamente se encuentra representado por el paciente, sino que también lo hace por el resto de agentes con los que (co)habitan las organizaciones de salud. Las voces centrales no parecen admitirse, así pues, como protagonistas de sus propias realidades, sino como personajes secundarios de las mismas que escogen, de manera constante, esfumarse del escenario para dedicar cada uno de sus sentidos al que sitúan a su vera.

(Las enfermeras) tenemos que olvidarlo todo y centrarnos solo en ese momento y en esa persona (refiriéndose al paciente o a cualquier otro) · Javier [EAp5]

El análisis de los datos generados revela, de este modo, cómo las voces centrales, a través de sus actos de habla, se construyen implícitamente como sujetos que, en su relación al *otro*, no presentan necesidades propias. «(Las enfermeras) aquí no tenemos necesidades (expresa resignada a la vez que se ríe). ¡Es verdad! Nosotras (las enfermeras) nos dejamos siempre para el final. Primero es el paciente (afirma segura de si misma) (...) Nuestras necesidades quedan... (muestra dificultades para expresar sus ideas). No hay necesidades de enfermería», clarifica, de forma ilustrativa, Ingrid [EAe4].

Las voces centrales reportan, en este sentido, que «cuando tú eliges esta profesión sabes que es para dedicarte a los demás, que gran parte de tu vida va a ser para dedicarla a los demás», recuerda Javier [EAp5], que «vas a hacer un trabajo que tiene un deber moral hacia los demás», apunta Elena [EAp3], y que ello va a suponer que «siempre tengamos que renunciar a cosas para hacer nuestro trabajo y, como mujeres, normalmente, siempre renunciamos a las nuestras por el bien común», manifiesta Claudia [ECp2]. La dedicación, el deber moral y la priorización de si mismas no emergen, así pues, entre los datos.

El acto de pensar en unas mismas pone al descubierto a través de los relatos de las voces centrales las trazas de su naturaleza antiética. Las participantes se mantienen y sienten que deben mantenerse, en este sentido, fieles al axioma según el cual todo aquello que hacen lo hacen «por y para el *otro*» y, en ningún caso y bajo ningún supuesto, por y para ellas mismas y es que cualquier desviación real o potencial que suponga el paso de las enfermeras al primer plano reservado al *otro* es críticamente tratado como un signo de ombliguismo profesional que, juzgado como egocentrista, debe ser obligatoriamente corregido.

Las enfermeras tienen que dejar de mirarse el ombligo · Paula  
[ECdAe3]

Los hallazgos vinculados a la disposición que las participantes hacen de si mismas en un segundo plano revela tímidamente, en definitiva, implicaciones relacionadas con la disposición refleja que toman asimismo en un segundo plano —veremos— las formas de injusticia que las acechan en las organizaciones de salud que habitan, pero también implicaciones relacionadas con la privación del despliegue de movilizaciones que, en forma de miradas, palabras y acciones concretas, se dirigen hacia la transformación del orden de las cosas en el mundo en el que se hallan inmersas y, por extensión, hacia su emancipación colectiva en tanto que enfermeras.

### **5.6. Los límites simbólicos del mundo de las enfermeras**

Las voces centrales construyen en el transcurso de sus relatos el que reconocen como el mundo de las enfermeras, es decir, el mundo en el que, en tanto que tales, sienten poder transformar sus formas particulares de *ser* y de *expresarse* como enfermer\* en formas particulares de *estar* y de *actuar* en él, y el mundo en el que, en tanto que tales, se asumen y se asientan como agentes capaces de desplegar acciones individuales y colectivas en los distintos espacios de gobernanza que ellas mismas definen, de manera descriptiva, pero también de manera normativa, decidiendo situarlos en el interior o en el exterior de sus parajes.

El mundo de las enfermeras no representa, en este sentido, un mundo sin fronteras, sino, por el contrario, un mundo acordonado por límites simbólicos que, en ocasiones de manera intencional, en ocasiones de manera fortuita, emergen en sus actos habla y que,

en ocasiones de manera explícita, en ocasiones de manera implícita, se operan entre las líneas de sus relatos revelando paulatinamente la orientación de la mirada particular que proyectan sobre la noción de (in)justicia social y política en las organizaciones de salud y sobre la amplitud del alcance del rol agencial que piensan (poder) jugar en relación con ella.

Los códigos «La creación de una esfera reducida, íntima e infranqueable», «La consideración tácita de un *otro* plural» y «La representación restrictiva del rol enfermero» que presentamos a continuación conforman el espacio en el que reunimos aquellos resultados que permiten (re)producir el mundo que las voces centrales consideran que les es propio en tanto que enfermeras.

### **5.6.1. La creación de una esfera reducida, íntima e infranqueable**

Las voces centrales emplazan sus formas de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el fragmento específico del mundo en el que (re)crean la relación privilegiada que las une a cada uno de los pacientes a los que brindan sus cuidados. Lo hacen levantando a su alrededor las fronteras simbólicas que permiten erigirla como una esfera que presume de ser reducida, porque en ella contemplan espacio para dos; de ser íntima, porque en ella descubren la fragilidad del *otro*, pero también la suya propia; y de ser infranqueable, porque en ella se blindan junto al paciente para protegerse y protegerlo de la influencia del universo que los contiene.

Las participantes proyectan, así pues, sus miradas sobre el mundo como si hicieran uso de anteojeras, como si centraran todos sus sentidos en la esfera reducida, íntima e infranqueable en la que sus relaciones con el *otro* se (re)producen, dando, entonces, la impresión de no estar habitando (en) las organizaciones de salud, sino de estar habitando (en) su artefacto, (en) la ficción de este espacio relacional que deviene el suyo y que se postula como el único espacio de gobernanza en el que se sienten capaces y confortables de poder dar continuidad a sus formas de *ser* y de *expresarse* por medio de formas de *estar* y de *actuar* en él.

Me limito bastante a mi ruedo porque como no comparto según qué cosas... prefiero no saberlas · Judit [ECor1]

Las enfermeras construyen, de este modo, un territorio de ajenidad en torno a sí en el que, por acción o por omisión, disponen aquellas cuestiones que, si bien ciertamente afectan a la relación que mantienen con los pacientes, no reconocen como parte integrante de la misma porque, según ellas, no se encuentran vinculadas de manera directa al acto de cuidar. «Mientras yo vea que el trabajo que hago está bien hecho, —que el paciente y la familia están bien atendidos (aclara)— ¡Ya está! Lo demás sobra, no tiene importancia», manifiesta, en este sentido y de una forma especialmente ilustrativa, Ingrid [EAe4].

El límite fronterizo que separa el interior del exterior de la esfera reducida, íntima e infranqueable que las participantes construyen discursivamente permite observar, en este sentido, una clara distinción entre aquello que consideran que las concierne y aquello que consideran que, por el contrario, no las concierne, entre, señala Sergio [ECdAe2], «temas propiamente de enfermería y temas ajenos a la enfermería», entre, apunta Ángela [ECp1], «temas que van y que no van con nosotras (las enfermeras)», entre, alude Pablo [EAp1], «cosas que (las enfermeras) entendemos y cosas que se nos escapan porque en esos temas no entramos».

Los espacios de gobernanza mesoestructural y macroestructural en los que las voces centrales inscriben, respectivamente, sus relaciones con la organización de salud en la que se desempeñan individualmente, así como con la matriz económica, política, social y cultural en la que se sienten inmersas colectivamente caen, así pues, en un abismo de extrañez. Se ubican, por motivos de socialización, en el exterior del que consideran su mundo. Las dinámicas organizacionales y societales que impactan, de manera sigilosa, sobre la relación de cuidado son, de este modo, sistemáticamente desatendidas por parte de las enfermeras.

(Las enfermeras) tendríamos que ser conscientes de que todo lo que hacemos repercute a terceros: repercute en el hospital y repercute en la sociedad · Óscar [ECor2]

En el día a día la enfermera se dedica a su trabajo, pero a lo mejor no se preocupa o bien desatiende otras cuestiones que dice: «Bah, esto yo...»  
· Ruth [ESin2]



La orientación de la noción de (in)justicia social y política que empezará a asomar entre los datos próximamente, así como la amplitud del rol agencial que las participantes contemplarán tener con relación a ella se hallarán, entonces, contruidos desde el interior de la esfera reducida, íntima e infranqueable esbozada, es decir, desde la relación que mantienen con los pacientes que atienden dejando al margen la relación que mantienen consigo mismas, con las organizaciones de salud y con la matriz económica, política, social y cultural que las envuelve y es que cuanto más amplio sea el espacio con el que se relacionarán, más restrictivo será el rol agencial que pensarán poder desplegar en él.

### **5.6.2. La consideración tácita de un *otro* plural**

Las voces centrales, sumidas en la esfera reducida, íntima e infranqueable en la que enmarcan las relaciones que mantienen con los pacientes a los que prestan sus cuidados, reconocen de una manera explícita su *hacer* en las organizaciones de salud como una forma de *estar* en ellas «por y para el paciente» y «por y para nadie más». Los espacios de interpretación presentes y accesibles entre las líneas de sus relatos revelan, no obstante y de una manera quizás algo más implícita, que su *hacer* en las organizaciones de salud, si bien representa una forma de *estar* en ellas por y para un *otro*, no lo es para un *otro* singular, sino para un *otro* plural.

El proceso de análisis de los datos generados en los encuentros con la investigadora descubre, en este sentido, que cuando las enfermeras participantes reportan habitar las organizaciones de salud no solamente se sitúan en ellas a si mismas y al que tratan discursivamente como su *otro* más inmediato —es decir, al paciente—, sino que sitúan en ellas, asimismo, al resto de *otros* con los que se mantienen en relación, *otros* que —veremos— también las sitúan y participan de las experiencias que hacen de las diferentes formas de injusticia social y política que, desde sus miradas, se operan en las organizaciones de salud.

Las voces centrales se piensan, entonces, como estando ahí para el paciente y para muchos *otros*. Los supuestos según los cuales las participantes devienen *bricoleuses* en los espacios que ocupan se transfieren, así pues, de una forma no premeditada, a las relaciones que establecen con sus pares, con los profesionales cuyas formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* difieren de las propias, y con las organizaciones de salud en las que enmarcan sus realidades y es que, en tanto que enfermeras, restan abiertas a

acoger sus necesidades, a asimilarlas, a trabajarlas y a tratar, en definitiva, de ofrecerles una respuesta.

(La práctica enfermera) es una manera de... (Piensa) De ir juntando lo que son las necesidades del paciente con las necesidades de los médicos, de los otros profesionales y, también, de la organización. (Es una manera) de intentar cubrir las necesidades que nos vienen de un lado y de otro · Ingrid [EAe4]

Las participantes se sienten, en este sentido, como puntos de enlace en la relación que las une a los *otros* que orbitan a su alrededor. «(Las enfermeras) estamos en un lugar en el que interaccionamos con un montón de gente y de cosas (...) y creo que somos el nexo de unión de todas ellas», sugiere Ingrid [EAe4]. «Tal vez me considero como un nexo», se plantea, asimismo, Sara [ER1]. «(Las enfermeras) estamos en medio (de la organización de salud) y lo que hacemos es canalizar necesidades. Todas las necesidades pasan por la enfermera porque es la que está en medio de todo», constata, finalmente, Lara [EAe7].

Las voces centrales empiezan a construirse, de este modo, lenta y progresivamente, como los instrumentos que permiten a *otros* alcanzar sus propósitos profesionales y organizacionales, como los *yo-terapéuticos* de los que *otros* se sirven para traspasar la esfera reducida, íntima e infranqueable que ellas construyen alrededor de si y de los pacientes con el fin de protegerse y protegerlo, precisamente, de esos *otros* y del mundo. Las participantes defienden tácitamente, en definitiva, que cuidar de los pacientes implica, asimismo, cuidar de los profesionales con los que (co)habitan y de las organizaciones de salud en las que se desempeñan.

### **5.6.3. La representación restrictiva del rol enfermero**

Las voces centrales reconocen de manera explícita, aunque con algunas reticencias, que el rol profesional por medio del que cada una de ellas alcanza la materialización de sus formas particulares de *ser* y de *expresarse* en formas particulares de *estar* y de *actuar* en las organizaciones de salud se corresponde, exclusivamente, con el rol de cuidar del *otro*. Este rol es comprendido desde una perspectiva relacional e interpersonal, un hallazgo que continúa apoyando la premisa según la cual son las enfermeras asistenciales

en ejercicio clínico las que representan el perfil por excelencia de lo que debe o debería ser una enfermera.

Las participantes responden, entonces, de forma unánime, pertenezcan al perfil de voz central que pertenezcan, a la pregunta de «qué es ser enfermera» que «la enfermera es aquella que», en palabras de Lucía [ECor3], «se encuentra al lado del paciente», que «la enfermera es aquella que», en palabras de Claudia [ECp2], «se encuentra a pie de cama». Las voces centrales que integran, de este modo, los perfiles que difieren del asistencial participan activamente en el proceso de invisibilización de los otros roles que las enfermeras pueden desempeñar y, de hecho, desempeñan en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud.

Los patrones en los que las voces centrales muestran ser socializadas determinan, de este modo, que las enfermeras deben cuidar, pero no necesariamente gestionar, gobernar, investigar o enseñar. «Es complejo porque cuando me preguntan qué hago como enfermero no me sé presentar porque resulta que no hago estrictamente una tarea asistencial», declara, en esta dirección, Víctor [EM1]. El silencio discursivo en torno a estos otros roles emite su ruido en muestras de desorientación cuando las participantes se ocupan en un espacio en el que, supuestamente, pierden el contacto con el paciente. «Me costó mucho venir a sentarme en un despacho y me sigue costando ahora porque no me veo en él», explica Claudia [ECp2].

El análisis en profundidad de los datos generados revela, más allá de los hallazgos precedentes, que no solamente es restrictiva la amplitud de la diversidad de los roles que las participantes dicen ocupar, sino que también lo es la amplitud de la noción del rol asistencial que defienden desempeñar y es que no muestran ser plenamente conscientes, a excepción de algunas de ellas, de los «cuidados indirectos», menciona Clara [EAe6], en los que se encuentran implicadas, de las acciones que subyacen al acto de cuidar, que se

ocultan tras la parte visible del mismo y que asumen porque resultan necesarias para cuidar (bien)<sup>37</sup> del *otro*.

(Las enfermeras) hacen mucho trabajo que no se ve. (...) (Las enfermeras) hacemos mucho trabajo invisible que la gente no es capaz de ver o que no es capaz de detectar (se lamenta) · Lara [EAe7]

Las participantes revelan, así pues, de una forma particularmente entrelazada en los datos generados y, por ende, ardua de desenredar, estar y actuar en las organizaciones de salud desplegando acciones que, paralelas al acto de cuidar —y vinculadas a la gestión de asuntos materiales, sociales y políticos, al liderazgo de iniciativas para la mejora de la calidad de los cuidados, a la investigación y la aplicación práctica de sus resultados, y a la docencia en tanto que referentes para *otros*—, no incluyen como parte integrante de los roles profesionales que escogen mostrar al *otro* y al mundo porque las enfermeras lo que hacen es *cuidar*.

La representación restrictiva del rol de las enfermeras por parte de las voces centrales sugiere, en definitiva, que en el transcurso de su práctica en las organizaciones de salud, las enfermeras desempeñan roles y movilizan acciones asociadas a ellos que no solamente logran mantener en funcionamiento los procesos de cuidado que se operan en el interior de la esfera reducida, íntima e infranqueable en la que se envuelven junto al paciente, sino que, a su vez, contribuyen a mantener en funcionamiento los procesos que se operan en el mundo exterior que las rodea, y que de pararse desencadenarían efectos juzgados como trágicos.

### **5.7. Los efectos insospechados de las formas de retorno**

Las voces centrales contemplan los encuentros con la investigadora como un espacio de diálogo que les permite dejar aflorar su reflexividad y su posicionalidad en tanto que enfermer\* en el mundo. Los recorridos por medio de los que las participantes construyen

---

<sup>37</sup> La alusión a «cuidar (bien) del *otro*» debe ser interpretada como el resultado de una tensión semántica. Las enfermeras distinguen en el transcurso de sus relatos el «cuidar» del «cuidar bien de los pacientes», el «cuidar» del «cuidar así como ellas consideran que deben cuidar o desean cuidar».

y transmiten sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar*, pero también las formas de retorno que obtienen y retienen de ellas producen, en este sentido, un movimiento reflejo que sacude sus mundos internos y que las conduce tanto a una forma de engañosa de habitar sus realidades como a una puesta en tela de juicio de sus identidades por parte de si mismas, del *otro* y del mundo.

Las participantes se acogen, en este sentido, a la oportunidad que su participación en esta tesis doctoral les brinda para reflexionar, de forma elemental, sobre quiénes son, qué hacen y qué simboliza para ellas la profesión que representan. Lo hacen manteniendo a una cierta distancia la influencia que el *otro* con el que (co)habitan y que el mundo que las envuelve ejerce sobre ellas. Tratan así de preservar una hermeticidad que se descubre, no obstante y a medida que avanzan las entrevistas, como un simple espejismo y es que sus mundos interiores terminan abriéndose al *otro* y al mundo para desvelar sus experiencias más completas.

Los códigos «El efecto engañoso de las formas (con)movedoras de retorno» y «El efecto de puesta en tela de juicio de las formas alienantes de retorno» que presentamos a continuación conforman el espacio de diálogo en el que reunimos aquellos resultados que representan la expresión simbólica del proceso de apertura del mundo interno de las enfermeras hacia el exterior y la consecuente renovación de la conexión que establecen con ellas mismas, con el *otro* y con el mundo.

### **5.7.1. El efecto engañoso de las formas (con)movedoras de retorno**

Las voces centrales ensalzan las formas (con)movedoras de retorno que obtienen y detienen en respuesta a sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo contemplando la posibilidad de su pleno despliegue en las organizaciones de salud como un momento positivo que, dotado de sentido por si mismo, deviene la principal razón a la que cada una de ellas parece aferrarse para hacer frente a las que, más adelante, se dejan al descubierto como las condiciones de ejercicio profesional en las que se sienten individual y colectivamente inmersas.

La motivación que tenía cuando empecé a ejercer (como enfermera) era el paciente, el ver que todo lo que yo podía hacer para contribuir a la salud de un paciente tenía sus efectos. (La motivación) la sigo teniendo,

pero sí que es verdad que me ha bajado bastante (se ríe). No la pierdo, pero disminuye. Quizás he perdido la ilusión, las ganas de hacer cosas... (...) La vida y la experiencia laboral, la realidad del sistema sanitario... Todo eso se ha ido aposentando y ahora estoy en un momento totalmente diferente, pero si sigo motivada es por el paciente  
· Clara [EAe6]

He tenido muchos altibajos, ¿eh? He tenido momentos difíciles (...), pero nunca se me ha ido la motivación. Nunca, nunca, nunca, nunca. Nunca se me ha pasado por la cabeza dejar de ser enfermera. Nunca, nunca, por la satisfacción que me genera poder hacer algo por el paciente. Es una cosa increíble... · Ana [EAe5]

El proceso de análisis de los datos repara que las formas (con)movedoras de retorno emergen en dos instantes narrativos que guardan entre si una relación circular y es que la expresión de las mismas se presenta como la reflexión que, por una parte, inaugura sus encuentros con la investigadora y que, por otra, los clausura. Las participantes dan inicio a sus relatos, así pues, comunicando la vivencia del momento positivo que sienten al cuidar del *otro* y dan fin a los mismos recuperando el buen sabor de boca que habían perdido después de haberse embarcado en la descripción de las vivencias más crudas que hacen de su apertura al *otro* y al mundo.

(Las injusticias que siento) no están por encima de lo que yo creo de la enfermería. Están ahí, en un lugar importante, pero a mí que me llegue una carta de un familiar diciendo que «no ha entrado un enfermero, sino un Ángel en su domicilio» porque he sabido cuidar de su familiar de maravilla... Eso ya me llena. Eso es lo que me llevo de mi profesión · Javier [EAp5]

El agradecimiento del paciente es lo que compensa todo lo demás (...) porque por lo menos sientes que has hecho algo, porque por lo menos dices: «Todos los quebraderos de cabeza que he tenido o... cuando me voy de aquí así y despoticando... por lo menos han servido para algo»  
· Lara [EAe7]

Las voces centrales revelan precisamente en este segundo instante narrativo el efecto más insospechado de las formas (con)movedoras de retorno que obtienen y detienen del

ejercicio de su profesión. El eterno regreso de los relatos de las participantes hacia el que consideran como un punto de anclaje al que recurrir con el propósito de controlar las experiencias que hacen de sus realidades es, pese a su aparente inocencia, susceptible de desencadenar resultados nefastos sobre la mirada proyectada hacia la (in)justicia en las organizaciones de salud y hacia la percepción de la necesidad o no de (re)pensar el orden institucional en ellas.

Las sensaciones de armonía y de alineación de las enfermeras con ellas mismas, los efectos alentadores de su acercamiento y de su avenencia con el *otro* y las impresiones de equilibrio y de consonancia con el mundo que la profesión enfermera podría ser capaz de desencadenar en ellas muestran, de una forma progresiva y cada vez más evidente, sus facetas más peligrosas. La consideración por parte de las participantes del ejercicio de la profesión enfermera como una experiencia que «no tiene precio», en palabras de Olivia [EM2], funciona, a este respecto, como una coraza protectora del reconocimiento de las formas de injusticia que las acechan y/o como un mecanismo de relativización de las mismas.

No te puedo decir nada negativo. (...) (El ejercicio de la profesión enfermera se traduce para mí en) un crecimiento personal muy importante porque ves situaciones que te hacen tocar con los pies en el suelo. Aprendes a relativizar muchas cosas que no tienen ninguna importancia. Ves aquello que realmente tiene importancia. (...) Te deshaces de cosas que no tienen importancia y lo haces todo más relativo, mucho más · Martina [EAe8]

Las formas (con)movedoras de retorno dejan, de este modo, la puerta abierta a la injusticia permitiéndola circular libremente ante los ojos de las enfermeras. La desplazan hacia los márgenes de sus experiencias. «(Las injusticias que siento) no están por encima de lo que yo creo de la enfermería», señalaba, en este sentido, Javier [EAp5]. La amortiguan. «(Las formas (con)movedoras de retorno) son lo que compensa todo lo demás», apuntaba, en esta dirección, Lara [EAe7]. La permiten mantenerse en vida y, con ello, (re)producir el orden institucional para las enfermeras dentro y fuera de las organizaciones de salud.

### 5.7.2. El efecto de puesta en tela de juicio de las formas alienantes de retorno

Las voces centrales dejan emerger, de una manera que toma cada vez mayor magnitud en sus relatos, las formas alienantes de retorno que obtienen y retienen en respuesta a sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo. El peso que las formas alienantes de retorno terminan ejerciendo por encima de las (con)movedoras se revela, en este sentido, en el reconocimiento de un sentimiento de pérdida de sus referencias identitarias que, por un lado, las fragiliza y, por otro lado, las embarca en un cuestionamiento acerca del sentido que se atribuyen a si mismas y acerca de la necesidad de transformar la relación que mantienen consigo mismas, con el *otro* y con el mundo.

Las participantes describen, a este respecto, cómo el choque experimentado al hacer entrar en contacto sus mundos interiores con el exterior las hace tener la sensación de perder el lugar que pensaban ocupar frente al *otro* y en el mundo. Las integran en una dinámica de sufrimiento y de inseguridad identitaria desde la que se cuestionan y se ven cuestionadas sobre quiénes son y qué hacen, pero también sobre quiénes deberían ser y qué deberían hacer en tanto que enfermer\*. «(Las enfermeras) no tenemos una verdadera identidad profesional. No sabemos quiénes somos y qué hacemos», expresa, en esta dirección, Martín [EAe2]. «En según qué entornos aún tiene... No es que te cuestionen, pero ponen en duda lo que haces como enfermera y eso me sorprende, me sorprende bastante», continúa aportando Ingrid [EAe4].

La identidad profesional de las enfermeras se retrata, así pues, como una identidad que, malherida, es asumida desde un profundo malestar y que, a la deriva, es contemplada desde la necesidad constante de ser (re)pensada. Las formas de *ser* y de *expresarse* que en ella cobran vida dejan de ser consideradas como pertinentes para justificar las formas de *estar* y de *actuar* que de ella se desprenden. Las participantes se muestran, entonces, atrapadas entre la imposibilidad de desvincularse de una identidad ahora insostenible y la necesidad de redefinirla sin demora para alcanzar una posición de legitimidad frente al *otro* y en el mundo.

Para mí ser enfermera es cuidar a las personas y el cuidar es un término muy amplio, muy debatido y parece ser que problemático para las



enfermeras, pero a mí me gusta mucho usarlo porque es lo que hacemos  
· Emma [ECdAp2]

Yo creo que tenemos una herencia, ¿no? Entonces, esa herencia es  
como que tenemos que quitarla y estar siempre demostrando que somos  
otra..., que no somos aquello, que somos otra cosa · Silvia [ERes1]

Las voces centrales ponen de manifiesto, en este sentido, la existencia en ellas de profundas heridas identitarias que no parecen poder sanar por sí solas, sino que precisan para ello de una alineación de las formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* de las enfermer\* con las formas institucionalizadas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* normativizadas por el *otro* y dominantes en el mundo. El arraigo de las enfermeras a sus raíces identitarias emerge, por este motivo, como un severo hándicap para su plena integración junto al *otro* en el mundo.

La fragilización experimentada por las voces centrales en el marco de este escenario nutre en ellas el desarrollo de un «complejo de inferioridad», en palabras de Elena [EAp3], que se hace visible en expresiones enunciadas desde un profundo sentimiento de culpa que —veremos— no solamente subyace a las reflexiones que proyectan en torno a las formas alienantes de retorno, sino también a las reflexiones que proyectan en torno a la que, próximamente, considerarán como la condición de estatus que asumen en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud en las que están y actúan en tanto que enfermer\*.

(Las enfermeras) no nos damos la importancia que tenemos, pero supongo que con el tiempo nos creeremos más, nos querremos más y nuestra autoestima subirá · Óscar [ECor2]

La relación que las voces centrales establecen así consigo mismas, pero también y sobre todo con el *otro* y con el mundo, se revela como una relación construida desde actitudes defensivas que se adoptan en previsión de un retorno que puede herirlas. Esta nueva forma de relacionarse marca sus experiencias en las organizaciones de salud y es que las enfermeras se incorporan en ellas como sujetos preparados para la que deviene —veremos— una lucha por demostrar que son capaces de habitarlas con las formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* a las que responde su *ethos* profesional.

Es mi lucha diaria · Javier [EAp5]

Es una lucha continua... · Pablo [EAp1]

Tienes que estar luchando constantemente · Nadia [EAp2]

Es como una lucha constante, constante, constante... · Emma [ECdAp2]

Siempre parece que tenemos que estar demostrándolo todo y eso cansa... · Lucía [ECor3]

El simple hecho de existir en tanto que enfermer\* en el mundo deviene entonces para las voces centrales un acto político. Las participantes se muestran a través de los datos como sujetos que simplemente quieren *ser*, *expresarse*, *estar* y *actuar* como las enfermeras que *son* y que *hacen* y este es, en si mismo, un acto político. Las formas alienantes de retorno no encarnan siempre, de este modo, respuestas capaces de paralizar a las enfermeras, sino respuestas que pueden ser aprovechadas como fuerzas impulsivas para adentrarse en la comprensión de los elementos que dan forma a sus realidades y para desplegar su agencia política sobre ellos.

**PARTE II. EL RECONOCIMIENTO DE LOS EJES DE (IN)JUSTICIA: UN PROCESO DE  
TOMA DE CONSCIENCIA SOBRE LA POSICIÓN OCUPADA Y POR OCUPAR EN LAS  
ORGANIZACIONES DE SALUD**

La mirada que como enfermeras e investigadoras proyectamos sobre la noción de agencia política en el marco de esta tesis doctoral no se centra en el sujeto como si de un ente aislado se tratara, sino que toma en consideración la relación que este establece con el entorno que lo rodea. La aproximación a las formas de pensarse de las enfermeras, expuesta en la primera parte del «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados», no representa, pues, la única temática que debe ser abordada para comprender el despliegue que las voces centrales hacen de su agencia política en las organizaciones de salud que habitan.

«El reconocimiento de los ejes de (in)justicia: un proceso de toma de consciencia sobre la posición ocupada y por ocupar en las organizaciones de salud» se consolida como la segunda categoría de análisis de los datos que hemos decidido formular. En ella perseguimos el propósito de reunir aquellos resultados que permiten comprender, esta vez, la mirada analítica que las voces centrales proyectan sobre los diferentes elementos que contribuyen a dar forma a la matriz en la que perciben inmersas sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar*, de *actuar* y de obtener y de retener un retorno como enfermer\* en el mundo.

Las voces centrales se convierten, entonces, en el marco de esta segunda categoría en sujetos que encarnan un observatorio de lo económico, lo político, lo social y lo cultural del entorno que las rodea. El encuentro con la investigadora les ofrece, en este sentido, la posibilidad de abstraerse hasta el interior de las organizaciones de salud que habitan para (re)crear a través de sus relatos el escenario de acción que conforma su realidad diaria. Las reflexiones que proyectan así sobre los diferentes elementos que disponen sobre él constituyen el contenido temático de las secciones subcategoriales que conforman la segunda parte de este capítulo.

La sección subcategorial preambular de la presente categoría ha tenido, en concreto, el propósito de reunir los resultados que, desde una perspectiva sociolingüística, permiten comprender la aproximación que las voces centrales hacen al análisis de los elementos de (in)justicia que perciben en el interior de las organizaciones de salud. Un recorrido a través del uso que las participantes hacen de la segunda persona gramatical, de la disposición narrativa en planos, de los recursos retóricos, de la anécdota y de la

comparación integran la única subcategoría de esta sección que hemos acuñado «La concientización sobre el espacio ocupado: un análisis desde el lenguaje».

La sección subcategorial central ha tenido, por su parte, el objetivo de agrupar los resultados que, desde una perspectiva descriptiva, permiten comprender los elementos de (in)justicia que las voces centrales identifican en las organizaciones de salud y la relación que con cada uno de ellos establecen. «El eje de los elementos materiales de las organizaciones de salud», «El eje de los elementos sociales de las organizaciones de salud» y «El eje de los elementos políticos de las organizaciones de salud» representan las tres subcategorías que integran los diferentes códigos alrededor de los que hemos articulado dichas cuestiones.

La sección subcategorial de impacto y de transición ha tenido como meta, finalmente, compilar los resultados que, desde una perspectiva más interpretativa, permiten entender cómo los hallazgos incluidos en las diferentes subcategorías de la sección subcategorial central desprenden efectos discursivos que atribuyen y hacen asumir a las voces centrales una determinada condición de estatus en tanto que enfermeras. «La definición de una condición de estatus para las enfermeras», «La necesidad de una disociación de si» y «La percepción determinista de una falta de capacidad de acción» representan las tres subcategorías que integran los diferentes códigos que versan sobre dichas cuestiones.

Las secciones subcategoriales preambular, central y de impacto y de transición a las que se dan paso a continuación persiguen, en definitiva, crear una imagen sólida de la matriz económica, política, social y cultural en la que las voces centrales se sienten inmersas en tanto que enfermeras.

### **5.8. La concientización sobre el espacio ocupado: un análisis desde el lenguaje**

Las voces centrales son motivadas en los encuentros con la investigadora a expresar de manera espontánea sus reflexiones más analíticas sobre los elementos que conforman las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan en tanto que enfermeras. La exploración del uso que, en este sentido, las participantes hacen del lenguaje de manera involuntaria en estas reflexiones posibilita el descubrimiento de detalles discursivos que, llenos de significado, resultan útiles para comprender el sentido más global de los

resultados que integran las diferentes secciones de la presente categoría de análisis de los datos.

Los rasgos del lenguaje que acompañan los hallazgos que se siguen se añaden y se adhieren a los rasgos del lenguaje que han acompañado los hallazgos presentados en la sección subcategorial preambular de la primera categoría de análisis de los datos. Estos hacen migrar nuestra atención desde la aproximación que las participantes hacen de sus mundos interiores hacia la aproximación que hacen del mundo exterior que las rodea. El enlace entre ambos conjuntos de rasgos convierte el análisis de los datos generados en un proceso que, si bien resulta cada vez más complejo, deviene a su vez, desde un punto de vista interpretativo, cada vez más rico.

La utilización particular de la segunda persona gramatical, la disposición de la trama de sus relatos en planos, la tendencia a la transformación retórica de sus realidades, el anclaje en la ejemplificación y la recurrencia de la comparación se consolidan, en este sentido, como los rasgos del lenguaje que contribuyen a hacer transparente el proceso por medio del que las voces centrales toman consciencia sobre la posición que, en tanto que enfermeras, ocupan y podrían ocupar en las organizaciones de salud, así como los rasgos del lenguaje en base a los que los códigos que integran la presente sección subcategorial preambular han sido organizados.

#### **5.8.1. El uso de la segunda persona gramatical: el tú como espejo y como medio para afectar el *otro***

Las voces centrales presentan una tendencia particular a asumirse en el transcurso de sus relatos como narradoras en segunda persona del singular. El *yo*, el *nosotros*, el *ella/él* o el *ellas/ellos* hacia los que se habían inclinado inicialmente para conversar sobre sus formas de pensarse en tanto que enfermer\* en el mundo son, de este modo, desplazados ocasionalmente por un *tú* para discutir acerca de los diferentes elementos económicos, políticos, sociales y culturales que, desde las miradas que proyectan sobre el entorno que las rodea, dan forma al orden institucional de las organizaciones de salud.

La expresión de las voces centrales desde la segunda persona gramatical promueve, en este sentido, su oscilación identitaria hacia un *tú* que, en realidad, da continuidad a un *yo* marcadamente autorreflexivo que se acoge a la oportunidad que participar en la

presente tesis doctoral le brinda para dialogar consigo mismo. Los encuentros con la investigadora suponen, así pues para las participantes, espacios de disociación temporal, es decir, instantes de contemplación de si mismas como si fueran *otros*, momentos de observación del reflejo que el espejo simbólico de las entrevistas proyecta de ellas hacia ellas mismas.

El proceso de distanciamiento de si mediante el uso del *tú* se comporta, así, como un recurso que tiende la mano al *yo* más pensativo y analítico de las enfermeras participantes con el fin de que se permita elaborar y comunicar de manera segura, asumida y afirmada, aquellas reflexiones que, con razón de su carácter pronunciadamente personal y crítico, no hubiera osado formular y transmitir con su subjetividad plenamente al descubierto. El *tú* no actúa pues, únicamente, como un reflejo del *yo*, sino como un paraje detrás del que el *yo* puede esconderse —y, de hecho, se esconde más a menudo de lo que a primera vista parece— para desvelar el contenido de su pensamiento al *otro*.

El uso de la segunda persona gramatical precede mayoritariamente, en este sentido, la expresión por parte de las voces centrales de las vivencias individuales y colectivas más controvertidas, delicadas, sensibles, dolorosas y/o incómodas de reconocer que hacen en las organizaciones de salud que habitan, vivencias desde las que se retratan asumiendo la condición de un sujeto alienado y de un colectivo que se siente incapaz de responder a las exigencias de su *ethos* profesional. El reemplazo del *yo* por un *tú* les permite, de esta manera, huir, escapar de la propia identificación en la realidad que narran y que hubieran preferido no tener que narrar.

El proceso de análisis de los datos generados sugiere que el que puede considerarse, entonces, como un fenómeno de deslocalización identitaria sitúa en el foco del *tú* a dos posibles entidades a las que las voces centrales pretenden apelar y afectar de forma concomitante: un *otro* concreto y definido que responde a la investigadora con la que comparten sus experiencias y un *otro* abstracto e inespecífico que, si bien se encuentra ausente en el marco de las entrevistas, responde a cualquier individuo que pueda sentirse identificado con aquello que está siendo narrado.

La construcción sintáctica de las oraciones desde un *tú* como sujeto gramatical revela, así, cómo las voces centrales proceden a reconocer como destinatarios de sus reflexiones a la investigadora y al público que en un futuro pueda entrar en contacto con los resultados

del proceso de análisis de sus relatos. Los atrae, los intercepta, los compromete y los hace partícipes, en este sentido, del contenido de sus narrativas para aproximarlos a las realidades que habitan en tanto que enfermeras ampliando, de este modo, las posibilidades de que tomen junto a ellas consciencia de las mismas y de que, incluso, alcancen a sentir las en su propia piel.

La ruptura de las fronteras entre las voces centrales y los *otros* que este hallazgo sugiere muestra que el uso del *tú* no solamente deviene, entonces, el responsable de un proceso de alejamiento de las participantes de sí mismas. También deviene el responsable de un proceso de acercamiento progresivo de las participantes al *otro* que contribuye a (de)subjetivizar sus experiencias dotándolas de propiedades universales. El marcado interés de las voces centrales en hacer efectivo este último proceso empieza a dar luz así, de manera indirecta, al hecho de que sus vivencias necesitan ser sistemáticamente legitimadas por el *otro* para ser tomadas en consideración.

### **5.8.2. La disposición de la trama de los relatos en planos narrativos**

Las voces centrales se proyectan hacia la investigadora en el transcurso de sus relatos inmersas en una realidad cuya complejidad la hace especialmente ardua de reportar al *otro*. El desafío al que las participantes se enfrentan para capturarla, desenredarla y expresarla se percibe, concretamente, en un corpus textual que, caótico y anárquico, se ordena y se simplifica, paulatinamente, mediante la disposición incidental de los elementos que participan de su trama en dos planos narrativos. El orden de enunciación de esta disposición refleja de manera indirecta y simultánea el moldeamiento del sentido de las experiencias de las participantes.

El primer plano narrativo de los relatos de las voces centrales simboliza el espacio ficticio en el que deciden emplazar aquellos elementos que, tempranos en su aparición y comunes a las realidades de otros profesionales, son quizás más fáciles de hacer constatar y de evidenciar, razón que sugiere su categorización como *elementos de primer orden*. El tiempo disponible, la (sobre)carga de trabajo asumida, los espacios físicos accesibles, los recursos existentes y la remuneración percibida, elementos de naturaleza mayormente



material, representan, a este respecto, los principales candidatos a ocupar una posición en este primer plano<sup>38</sup>.

Las enfermeras participantes se aproximan concretamente a los elementos de primer orden asumiendo en la relación que las une a ellos actitudes de libertad reflexiva y de osadía expresiva. Estas actitudes son motivadas tanto por su carácter juzgado más objetivo, dada su mayor prestación a ser medidos, como por su carácter juzgado poco comprometido, dada la escasa probabilidad de que las reflexiones que se emiten sobre ellos puedan ser interpretadas ante la mirada del *otro* como albergando un interés por desestabilizar de manera radical el orden institucional que impera en las organizaciones de salud.

La expresión reflexiva de las voces centrales sobre los elementos de primer orden se materializa, entonces, en un corpus textual caracterizado por el uso de un lenguaje del que no se desprenden signos de dubitación, sino signos de determinación, de seguridad y de confianza en unas mismas. La convicción en los argumentos empleados y la energía con la que transmiten sus reflexiones al respecto no solamente se dejan emerger entre líneas, sino que se observan explícitamente en construcciones sintácticas que orbitan en torno a núcleos verbales de certitud, tales como el «yo sé», que no dan o dan escaso lugar a que su contenido sea contestado.

La identificación de la existencia de un primer plano narrativo en los relatos de las voces centrales sugiere inevitablemente la existencia refleja y simultánea en ellos de un segundo plano narrativo en el que tienen cabida, por exclusión, todos aquellos elementos que no han logrado encontrar su lugar en el primer plano narrativo. La disposición en adelante que las voces centrales hacen de algunos de los elementos que, desde sus miradas conforman las organizaciones de salud, supone, pues, un movimiento en sentido inverso que destituye a los elementos restantes automáticamente hacia atrás.

---

<sup>38</sup> El análisis de los resultados vinculados a los elementos aquí citados se despliega en la subcategoría «El eje de los elementos materiales de las organizaciones de salud» (p. 260), primera subcategoría de la sección subcategorial central de la presente categoría de análisis de los datos.

El segundo plano narrativo simboliza, en este sentido, el espacio ficticio en el que las voces centrales sitúan aquellos elementos que, tardíos en su aparición y específicos de las realidades de las enfermeras, son quizás más difíciles de definir y de verificar atendiendo a su carácter etéreo, razón que sugiere su categorización como *elementos de segundo orden*. Las relaciones que establecen con los individuos junto a los que (co)habitan en las organizaciones de salud y el eco de sus voces profesionales dentro y fuera de ellas representan, a este respecto, los candidatos principales a ocupar una posición en este segundo plano<sup>39</sup>.

Las enfermeras participantes se aproximan a los elementos de segundo orden asumiendo, esta vez, en la relación que las une a ellos actitudes de incomodidad reflexiva y de represión expresiva ya sea preventiva, denotando contención, o post-crítica, denotando remordimiento. Estas actitudes que son motivadas tanto por su carácter juzgado más subjetivo, dada su mayor susceptibilidad a ser cuestionados, como por su carácter juzgado como más arriesgado, dada la mayor probabilidad de que las reflexiones que se mantienen sobre ellos puedan suponer un efecto transformador profundo en el orden institucional de las organizaciones de salud.

La expresión reflexiva de las voces centrales sobre los elementos de segundo orden se materializa, así, en un corpus textual caracterizado por el uso de un lenguaje del que no se desprenden signos de seguridad ni de serenidad, sino signos de reserva, de recelo y de coraje forzado. La fragilidad de los argumentos empleados y la desesperanza con la que las participantes transmiten sus reflexiones al respecto no solamente se dejan emerger entre líneas, sino que se observan de manera explícita en un entramado de rasgos del lenguaje que ofrecen al *otro* un amplio espacio de cuestionamiento al que ellas mismas se enfrentan con escasos recursos y posibilidades de salir airoas.

Las reflexiones formuladas en torno a núcleos verbales desde los que emanan efectos de dubitación, como pueden ser las iniciadas desde un «yo creo», un «yo pienso» o un

---

<sup>39</sup> El análisis de los resultados vinculados a los elementos aquí citados se despliegan en las subcategorías «El eje de los elementos sociales de las organizaciones de salud» (p. 293) y «El eje de los elementos políticos de las organizaciones de salud» (p. 315), segunda y tercera subcategoría de la sección subcategorial central de la presente categoría de análisis de los datos.

«yo supongo», así como las formuladas en torno a enunciados de apertura desde los que emanan efectos de cautela y de valentía, como pueden ser las encabezadas desde un «te voy a contar algo, pero no tiene que salir de aquí», un «esto no lo escuchará nadie, ¿no?», un «esto no sé si... bueno, ya lo cortarás» o finalizadas con un «esto no sé si te lo tendría que haber contado» se encuentran entre las consideraciones más destacadas respecto a su expresión sobre los elementos de segundo orden.

La minimización de las experiencias propias percibida en el uso de frases de cierre enunciativo, tales como un «pero bueno...», un «pero no pasa nada...» o un «pero hay cosas peores...»; de frases de empujamiento, tales como un «esto es un poco...», un «esto me parece regular...» o un «esto es mejorable»; o de simples diminutivos; así como la emisión incompleta de las reflexiones más críticas, percibida en algunos de los silencios simbolizados en los puntos suspensivos insertados en los fragmentos *verbatim* seleccionados para ilustrar los resultados que integran esta categoría, acompañan las consideraciones precedentes.

Las voces centrales escinden el primer y el segundo plano narrativo en dos subplanos adicionales. Deciden, de este modo, desplegar en primer lugar en cada uno de ellos la faceta más idílica de sus realidades y, entonces, sus reflexiones más favorables y positivas para, seguidamente, dejar emerger en ellos la faceta más desagradable de las mismas y, entonces, sus reflexiones más nefastas y negativas<sup>40</sup>. Esta apreciación, contemplada a menudo en la disposición de la conjunción adversativa «pero» en la frontera entre ambos subplanos, se muestra en las voces centrales como una estrategia de asertividad, pero también de modulación de su discurso<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> La expresión por parte de Martina [EAe8] de que «hoy es un mal día para hacer una entrevista» y por parte de Julia [EAe1] de que «justamente hemos escogido el día de hoy para hacer la entrevista y es que ayer pensaba: ¡Uy! Con todo lo que ha pasado, mañana la entrevista no me saldrá positiva» hacen muestra del interés de las voces centrales por esconder las experiencias más sinceras que hacen de sus realidades en las organizaciones de salud.

<sup>41</sup> Las voces centrales ya habían puesto en marcha esta estrategia en el marco de la exploración de las formas de retorno obtenidas y retenidas como resultado del ejercicio de la profesión enfermera, siendo así las formas (con)movedoras de retorno referidas de forma previa a las alienantes.

Los (sub)planos narrativos sobre los que las voces centrales organizan la descripción de sus realidades revelan, entonces, cuestiones que van más allá de la manera en que se aproximan a los diferentes elementos que dan forma al espacio que ocupan y en el que se ocupan como enfermeras. Informan indirectamente asimismo de la manera en que se sienten legitimadas para exteriorizar sus reflexiones, desvelando, en consecuencia y cada vez más al *otro*, la condición de estatus que asumen en las organizaciones de salud, así como la forma en que, próximamente, divisarán y aprovecharán sus posibilidades de acción transformativa sobre ellas.

### **5.8.3. La transformación de la realidad: el recurso retórico como forma de tratar el objeto considerado**

Las voces centrales tienden a revestir el relato de las experiencias que, en tanto que enfermeras, hacen de sus realidades en el interior de las organizaciones de salud con una coraza que las impide —y que impide, asimismo, a la investigadora— el acceso completo a las mismas. Las transforman a través de sus actos del habla en realidades distintas a las originales para, de una forma más o menos intencionada, protegerse de ellas. Lo hacen poniendo al uso una gran variedad de recursos entre los que la utilización de metáforas, la alusión a entes abstractos y la narración resumida o humorística de los acontecimientos se erigen como los principales.

Las metáforas, entendidas como el recurso literario basado en el uso de palabras o proposiciones para expresar ideas con las que estas guardan una cierta relación de semejanza, devienen, en este sentido, un recurso literario que, pese a cumplir una función estética en los textos, se encuentra muy presente en los relatos de las voces centrales. La importancia de su uso en ellos no radica, sin embargo, en su efecto ornamental, sino en su potencial para permitir a las participantes tratar las realidades en las que se sienten inmersas y para permitir a la investigadora tener acceso, desde una mirada metacognitiva, a la aproximación ontológica, epistemológica y metodológica que ellas hacen de dichas realidades.

La representación metafórica que, en este sentido, las voces centrales emiten sobre las experiencias que hacen en el interior de las organizaciones de salud dota a sus relatos de un carácter ficticio que, si bien las aleja de la descripción y de la transmisión exacta de las mismas, las hace quizás más familiares para un *otro* que, según ellas, no puede

alcanzar a hacerse una idea completa de ellas. Los dominios temáticos de los que con este último propósito las participantes se sirven en sus narrativas se relacionan, de manera específica, con la guerra, el deporte, el teatro, la salud o la física.

Las expresiones como «las enfermeras somos unas luchadoras», «nuestro día a día es una lucha», «trabajamos en la trinchera», «somos una amenaza para los demás», «tenemos que ganar terreno», «ir todos a una», «dar codazos», «conquistar espacios» o «construir parcelas»<sup>42</sup>; «jugamos», «usamos las reglas del juego», «perdemos» o «ganamos»; «estamos en un circo» o «hacemos comedia»; «tenemos un hándicap» o «tenemos un virus»; «vemos la luz» o «tenemos un pasado oscuro», entre otras, constituyen la estampa metafórica sobre la que las voces centrales se mueven para tratar sus realidades.

El análisis de los relatos de las participantes sugiere que las metáforas precedentes fueron usadas puntualmente para organizar y explicar las vivencias que de sus realidades hicieron en el pasado, cristalizando después en parte de su vocabulario. Llegaron para quedarse y dejaron como legado una descripción artificiosa de sus experiencias que, por un lado, bloqueó la necesidad de articular un cuerpo de análisis crítico sobre ellas y que, por otro lado, interrumpió la correspondencia entre su concepción ficticia y su concepción real. Este proceso eludió el uso de un lenguaje que hubiera sido capaz de conceptualizarlas y de describirlas ahora de una forma más directa y más explícita<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> El análisis de los datos generados revela que son las metáforas vinculadas al dominio bélico las más extendidas en los relatos de las voces centrales. La noción de «lucha» ya había hecho emergencia en la sección subcategorial de impacto y de transición de la primera parte de este capítulo, lo hace también en esta segunda parte y lo continuará haciendo en la tercera parte.

<sup>43</sup> Las metáforas procedentes del dominio bélico resultan especialmente útiles para ilustrar los efectos de este proceso. El poder descriptivo que, en este sentido, se desprende de ellas, pese a ser capaz, dada su fuerte connotación emocional, de impactar al *otro*, es sin embargo limitado. Permite aproximarse a las experiencias que las voces centrales hacen de sus realidades, pero impide comprender con exactitud qué es aquello que las hace pensarse como «luchadoras» y que las hace conceptualizar el ejercicio de la profesión enfermera como una «lucha» en un contexto en el que, supuestamente, deberían dominar los ideales de paz, de justicia social, de equidad y de participación.

El que puede considerarse como un (ab)uso de metáforas en el texto deviene, en este sentido, un proceso que permite de nuevo a las voces centrales la evasión de sus realidades y, con ello, la prevención de su inmersión en reflexiones que, profundas, se auguran como dolorosas. Las metáforas se comportan, así, por su efecto de síntesis, como recursos de economía de sentido. No dotan, a pesar de sus pretensiones, de mayor significado a la realidad, sino que enmascaran su amplitud y su crudeza dejando a merced de quién las escucha la tarea de interpretar aquello que se esconde tras el lenguaje artificioso que las acompaña.

Las metáforas no representan, sin embargo, el único recurso con capacidad para revelar la aproximación omisiva que, frente a la investigadora, las voces centrales hacen de sus experiencias en el transcurso de sus relatos. El proceso de análisis de los datos generados sugiere, entonces, que otros recursos se encuentran asimismo implicados en el alcance de este efecto. Estos recursos no actúan, esta vez, transformando conceptualmente las realidades vividas, sino que actúan dejándolas permanecer intactas, sobrevolando su contenido e ignorando sus detalles más sensibles, pero a su vez, más significativos.

El rasgo del lenguaje que, a este respecto, se advierte como preponderante en las narrativas de las participantes se corresponde con la alusión reiterada en ellas de *entes abstractos*. El empleo de entes abstractos hace referencia, concretamente, a la tendencia de las voces centrales a prescindir del quién en sus construcciones sintácticas, sobre todo, pero no solamente, cuando emiten juicios negativos hacia aquellas entidades que, ya sean individuos concretos o figuras generales que ocupan determinadas posiciones en las organizaciones de salud, encarnan las voces que se consideran como periféricas en esta tesis doctoral.

Los entes abstractos se manifiestan así, en los relatos de las voces centrales, a través de enunciados en los que prima el uso de pronombres personales —«(ellos) nos hacen creer», «nos dicen», «nos exigen», «nos miran»—, de entidades generales e inespecíficas —«la organización nos hace creer», «el hospital nos dice», «el sistema nos exige» o «nos

mira»<sup>44</sup>— y de formulaciones impersonales —«se nos hace creer», «se nos dice», «se nos exige», «se nos mira»— que no reemplazan, en realidad, a ningún sujeto en particular, sino que apuntan, más bien, a un quién sin rostro que es poco probable de ser reconocido por la investigadora si esta no pregunta expresamente por él.

El proceso de análisis de los datos generados revela que la utilización de metáforas y la alusión reiterada a entes abstractos siguen sin representar por completo los recursos a los que las enfermeras participantes se acogen para tratar de ordenar y de describir sus realidades. La narración resumida y/o humorística de los acontecimientos vividos se consolida, en este sentido, como otro de los recursos que las voces centrales usan para este fin, un recurso mediante el que logran protegerse de nuevo de los que, en el marco de esta categoría, se descubren como los efectos alienantes que se derivan de sus experiencias en las organizaciones de salud.

La narración resumida de los acontecimientos exhibe, por su parte, la tendencia de las voces centrales a sobrevolar la descripción de la relación que establecen y mantienen con el entramado de elementos que conforman las organizaciones de salud que habitan. Mostrándose selectivas con la información que transmiten a la investigadora, sus relatos corren el riesgo, de este modo, de ser demasiado simplistas, de no ser capaces de poner de manifiesto la complejidad de sus experiencias y de obviar la mención de los detalles que podrían marcar una diferencia en la interpretación que, durante el proceso de análisis, se ejerce sobre las mismas.

La narración humorística de los acontecimientos exhibe finalmente por su parte la tendencia de las voces centrales a banalizar la realidad de las condiciones de ejercicio profesional en las que se sienten inmersas en el interior de las organizaciones de salud. La risa, la ironía o el sarcasmo presentes en sus relatos evitan, a este respecto, un cara a cara de complicado afrontamiento para ellas. Las acotaciones que figuran entre paréntesis

---

<sup>44</sup> Daniel [ECdAp1] se refiere a esta forma particular de manifestación de los entes abstractos al reconocer en su relato que «me cuesta hablar del sistema como una especie de ente abstracto, sin cara ni ojos, que es muy grande, complejo, difícil de mover y de cambiar». Silvia [ERes1] también lo hace al reconocer en su relato que «parece que todo depende de un ente que no existe porque nadie ve y que es la gerencia...».

en los fragmentos *verbatim* seleccionados para ilustrar los hallazgos que integran esta categoría de análisis de los datos, como los frecuentes «(se ríe)» o «(adopta un tono de voz irónico)», hacen muestra de ello.

#### **5.8.4. La inclinación hacia la anécdota: el ejemplo como modo de permanencia en el microespacio**

Las voces centrales despliegan en el transcurso de sus relatos una mirada situacional y contextual sobre las experiencias que, en tanto que enfermeras, hacen de las relaciones que las unen a los elementos económicos, políticos, sociales y culturales que conforman las organizaciones de salud que habitan. Esta mirada las hace permanecer fuertemente ancladas en el espacio microestructural en el que dichas relaciones se (re)producen, es decir, «con los pies en el suelo», en palabras de Martina [EAe8], siendo inusuales en ellas los momentos de abstracción teórica dirigidos a dotarlas de un significado que, conectado a cuestiones macroestructurales, sería más universal<sup>45</sup>.

Las participantes se muestran frente a la investigadora, así pues, con dificultades para describir, explicar y dar sentido teórico a las reflexiones que sostienen. «No sé cómo te lo tengo que explicar», «mira, te voy a poner un ejemplo porque si no, no sé cómo explicártelo» o «te pongo un ejemplo y será más fácil de entender» se convierten, en este sentido, en expresiones que, recurrentes en sus relatos, interrumpen el fluir de los mismos para incorporar después en ellos, de manera selectiva, secuencias narrativas paradigmáticas que, ya sea en forma de caso hipotético o de anécdota, juegan un papel fundamental en el propósito de acercar al *otro* a sus realidades.

---

<sup>45</sup> La orientación de los hallazgos presentados en el marco del código «Los límites simbólicos del mundo de las enfermeras» (p. 230), situado en la sección subcategorial de impacto y de transición de la primera parte de este capítulo, puede considerarse como un precursor de la mirada ampliamente contextual que las voces centrales proyectan sobre el entorno en el que se sienten inmersas. La expresión «tener los pies en el suelo» mantiene así pues, intencionadamente, una relación estrecha con la expresión «estar a pie de cama», ambas aplicadas a las formas de pensamiento y de acción hacia las que las voces centrales se inclinan de forma preferente. Un fragmento *verbatim* muy ilustrativo de esta situación es aquel que se verbaliza en la entrevista de Gemma [ECdAe1] cuando expresa que «la estructura de pensamiento de las enfermeras es muy geográfica».



Los hallazgos presentados en el marco de esta categoría de análisis de los datos proceden, entonces, de porciones de relatos que poseen una orientación que se encuentra lejos de poder ser considerada como teórica y que se encuentra, asimismo, lejos de sugerir la existencia en ellos de procesos lógico-deductivos o lógico-inductivos capaces de iluminar, de un modo u otro, la naturaleza macroestructural escondida detrás de cada uno de los eventos microcontextuales sometidos a exploración crítica y, después, narrados a la investigadora. Los hallazgos presentados proceden así, por el contrario, de porciones de relatos que poseen una orientación esencialmente práctica.

Las voces centrales no hacen referencia explícita, pues, a la existencia de premisas teóricas bajo las cuestiones particulares que describen. Los acontecimientos narrados son, en este sentido, microcontextuales y restan en el microcontexto. Las participantes se ven envueltas, entonces, en aquello que podría considerarse como el bloqueo de un posible proceso de conocimiento inductivo, delegando sobre la investigadora, en consecuencia, la tarea de establecer un diálogo entre las realidades micro y macrocontextuales en las que discursivamente se ven inmersas y de recrear, de manera interpretativa, la conexión existente entre ellas.

La aproximación a las experiencias que las voces centrales hacen en las organizaciones de salud desde la ejemplificación no supone, sin embargo y pese a las apariencias, un obstáculo a superar en el transcurso del proceso de análisis de los datos generados. Esta representa, más bien y paradójicamente, una oportunidad para acercarse a ellas de la manera particular en la que las propias enfermeras participantes lo hacen y, también, una oportunidad para dar luz a una serie de resultados a cuyo conocimiento no se hubiera podido acceder si hubieran sido presentados por ellas de una forma más teórica y menos contextual.

#### **5.8.5. El caso de la comparación: la oposición al *otro* como constante discursiva**

Las voces centrales hacen de la comparación de sí mismas al *otro* una práctica muy habitual para tratar de comprender la condición de estatus que, en tanto que enfermeras, sienten asumir en el interior de las organizaciones de salud que habitan. Situándose en paralelo a un *otro* se evalúan, de este modo, reconociendo, por una parte, los puntos de convergencia que las unen y las equiparan a él y, por otra parte, los puntos de divergencia que las alejan y las diferencian de él en aquello que concierne a la relación que establecen

con los elementos que dan forma a su entorno y que median de manera determinante las experiencias que hacen de él y en él.

El proceso de análisis de los datos generados en los encuentros con la investigadora revela, concretamente, que las enfermeras participantes dirigen sus comparaciones sobre un *otro* tomado como referente y caracterizado por adoptar múltiples formas en función, no solamente de la identidad que asume, sino también y curiosamente, de la dimensión temporal en la que aparece inmerso. Las comparaciones observadas en los relatos de las voces centrales se sirven, así pues, de un *otro* que, plural y fluido, se sitúa en un tiempo pasado, presente o futuro dependiendo del contenido argumental de las declaraciones que lo rodean.

Las comparaciones que las participantes orientan hacia el tiempo pasado se ejercen, de manera específica, sobre un *otro* que no responde sino a ellas mismas, es decir, a su *yo-pasado* individual y colectivo, *yoes* que —hemos visto— no logran dejar atrás por mucho que lo pretendan. «Las enfermeras hemos cambiado» y «el antes y el ahora de las enfermeras no tienen nada que ver» son, en este sentido, las ideas alrededor de las que giran las comparaciones con el *yo-pasado* de las que las voces centrales se sirven para iluminar, en busca de una sensación de alivio, los indicios de progreso que contemplan en su condición como enfermeras.

Las comparaciones que las participantes orientan sobre el tiempo presente se ejercen, de manera concreta, sobre un *otro* que responde a cualquiera de los *otros* con los que (co)habitan en las organizaciones de salud, pero también, aunque de forma más puntual, a cualquier *otro* con el que, si bien no (co)habitan porque es ajeno al ámbito de la salud, representa para ellas un punto de referencia útil para tomar consciencia de su condición actual en el interior de las mismas. Las comparaciones que las voces centrales emiten, en este sentido, ubican al *otro* en un punto de la relación horizontal, vertical descendente o vertical ascendente que las une a él.

La comparación horizontal representa la modalidad específica de comparación que las participantes practican situando a su vera a aquel *otro* con el que sienten compartir más marcadores en común. Las enfermeras que integran el propio perfil y que ejercen sus roles en el mismo equipo intraprofesional, en ubicaciones distintas dentro de la misma organización o en una organización diferente a la propia se erigen como los principales

puntos de referencia desde los que las participantes tratan de comprender su condición en las organizaciones de salud a partir del análisis de los determinantes que (re)crean diferencias entre ellas.

La comparación vertical en sentido descendente representa la modalidad específica de comparación que las participantes practican situando por debajo de sí a aquel *otro* al que, por razones que son reportadas en la presente categoría, atribuyen una condición inferior a la propia. Los *otros* con los que (co)habitan las organizaciones y que poseen un nivel de estudios inferior, pero también los *otros* ajenos al ámbito de la salud, se erigen como los principales referentes en esta comparación. Es mediante ella que las voces centrales se consuelan y es que perciben en ellos vivencias muy a menudo juzgadas como peores a las suyas.

La comparación vertical en sentido ascendente representa la modalidad específica de comparación que las participantes practican situando por encima de sí a aquel *otro* al que, por motivos desvelados en esta categoría de análisis de datos, atribuyen una condición superior a la propia. Los médicos, pero también las enfermeras que integran perfiles que juzgan más elevados, devienen los principales referentes en esta comparación. Las participantes la usan a su favor para distinguirse de ellos, pero sobre todo contra sí mismas y es que cuanto más se proyectan sobre ellos, más se menosprecian, más desestiman sus cualidades y más sobrestiman y envidian las del *otro*.

Las comparaciones que las participantes orientan sobre el tiempo futuro se ejercen, finalmente, sobre un *otro* que no es sino, esta vez, que su *yo-futuro* individual, pero también colectivo, *yoes* que —hemos visto y veremos— presentan dificultades para ser proyectados y puestos en adelante. Las voces centrales usan, así pues, esta comparación para construir discretamente frente a la investigadora el que se erige como el horizonte al que aspiran en tanto que enfermeras, el que se consolida como el motor que las empuja a idear y a llevar a cabo acciones emancipadoras encaminadas a (re)pensar su condición en las organizaciones de salud.

∴

La sección subcategorial preambular nos ha permitido comprender a través de los códigos que la han integrado el uso particular que las voces centrales hacen del lenguaje al exponer las reflexiones que sostienen sobre la relación que las mantiene unidas, esta

vez, no tanto a la profesión enfermera —y, con ella, a sí mismas y a los que consideran como los destinatarios principales de sus acciones— sino, más allá de ella, a los elementos económicos, políticos, sociales y culturales que moldean las organizaciones de salud en las que sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermeras\* tratan de ser desplegadas.

La sección subcategorial central a la que damos paso a continuación presenta, por su parte, aquellos resultados que nos permiten, precisamente, (re)trazar la mirada que las voces centrales han proyectado en los encuentros con la investigadora sobre cada uno de los elementos que contribuyen a conformar el orden institucional de las organizaciones de salud y, por ende, a revelar progresivamente la posición que, en tanto que enfermeras, ocupan en su interior. Este espacio da luz, entonces, a los hallazgos que hacen emerger las distintas formas de injusticia en las que las voces centrales reportan sentirse inmersas individual y colectivamente.

Las diferentes subcategorías en base a las que hemos decidido escindir la próxima sección se articulan de manera estratégica, en este sentido, en torno a un eje material, un eje social y un eje político que, a pesar de albergar en su interior elementos de análisis de distinta naturaleza, se encuentran discursivamente interrelacionados. Estos contribuyen, concretamente, a esbozar los vectores de movimiento que resultan capaces de cubrir por completo el escenario de acción sobre el que las voces centrales intentan representar frente a la investigadora, de forma fidedigna, a qué se asemeja la realidad que ellas habitan en las organizaciones de salud.



### **5.9. El eje de los elementos materiales de las organizaciones de salud**

Las voces centrales trazan sobre el escenario de acción que (re)crean en el marco de los encuentros con la investigadora un primer eje alrededor del que escogen disponer los elementos que, desde sus miradas particulares, constituyen la estructura material de las organizaciones de salud que habitan. Estos elementos, ya introducidos y reconocidos en la sección preambular de la presente categoría de análisis de los datos como elementos de primer orden, aluden concretamente a la que, más allá de sus voces, se corresponde con

la definición más tradicional y reduccionista del concepto de *condición de ejercicio profesional*.

Las condiciones de ejercicio profesional representan para las voces centrales, así pues, el entorno material —o que ha sido sometido a un proceso de materialización— en el que conviven y despliegan sus roles profesionales, entorno a cuyos elementos integrantes se remiten de forma inmediata y casi instintiva al ser inducidas a reflexionar acerca de la realidad a la que, en tanto que enfermeras, se enfrentan individual y colectivamente día tras día. Las vivencias que hacen del tiempo, de la (sobre)carga, de los espacios, de los recursos y de la remuneración se sitúan, en particular, en el foco sobre el que sus miradas se dirigen inicialmente<sup>46</sup>.

Los códigos de análisis de los datos que se siguen a continuación descubren y describen de forma aislada cada uno de los elementos previamente citados admitiendo que se encuentran estrechamente relacionados unos con otros y que es por de medio de esta interrelación que, poco a poco, logran construir y dar vida a la estructura material de las organizaciones de salud.

### **5.9.1. El tiempo: las organizaciones de salud dominadas por la *crono-praxis***

Las voces centrales consideran el tiempo como el primer elemento al que dar luz y vida sobre el eje de elementos materiales que trazan en el interior de las organizaciones de salud. El tiempo teórico pero, sobre todo, la experiencia práctica que hacen de él invaden así, de una forma generalizada, los inicios de los reportes reflexivos a través de los que cada una de las participantes trata, de forma insistente, de generar consciencia a

---

<sup>46</sup> Algunas voces centrales, especialmente aquellas que acumulan un tiempo menor de experiencia laboral, han aludido a las condiciones generales de la contratación de las enfermeras como elementos de primer orden. La detección de referencias superficiales a las mismas durante el proceso de análisis de los datos ha condicionado, no obstante, nuestra decisión de no formular un código que trate de manera específica sobre esta temática y de optar por remitirnos a ella, de manera indirecta, a través de la presentación de hallazgos que, incluidos en los diferentes códigos de esta sección subcategorial central, mantienen relación con ella.

su alrededor —y, en especial, en la investigadora— sobre la cuestión de a qué se asemeja su vida individual y colectiva en el espacio que habita.

El análisis de los relatos de las voces centrales deja entrever que la relación que las enfermeras mantienen con este primer elemento material es, en cierto modo, particular. El tiempo no emerge en ellas aludiendo de forma exclusiva a las horas que el reloj marca y que, dispuestas sin más en las organizaciones de salud, devienen capaces de estructurar e, incluso, de sistematizar el contenido de sus jornadas laborales, sino aludiendo, asimismo, a las cualidades que las horas que pasan adquieren para ellas y que, carentes de sentido fuera de quien las siente pasar, devienen capaces de afectar y de moldear las vivencias que del tiempo estas hacen.

Las enfermeras participantes conceptualizan, entonces, las organizaciones de salud como sistemas sumamente rígidos y estrictos en su planificación temporal, altamente rápidos y dinámicos en su fluir y su evolución funcional y considerablemente dependientes de un tiempo juzgado como siempre siendo escaso. Las experimentan, en consecuencia, como sistemas a los que deben responder con una actitud disciplinaria, a los que deben aprender a adaptarse de manera acelerada y en los que deben intentar desplegar sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* mientras lidian con la continua sensación de faltar de tiempo.

Las cualidades de rigidez, de rapidez y de escasez emergen, entonces en los relatos de las voces centrales, como las que mejor definen las experiencias que hacen del tiempo en las organizaciones de salud y como las que, estrechamente vinculadas a una noción de *crono-praxis*, dejan entrever cómo la práctica enfermera se refleja en sus miradas como una práctica ordenada y obstinada, de una manera cada vez más flagrante, por el tiempo. «En una atención enfermera, una cura de una herida dura 8 minutos, tengas o no tengas que escuchar al paciente, tengas o no tengas que enseñar a la familia. Eso dura 8 minutos. ¡Y está así y se contabiliza así!», explica, en esta dirección, Martín [EAe2].

Los espacios que las enfermeras ocupan y en los que se ocupan devienen, en este sentido, espacios cuya apariencia se asemeja más bien a la de una fábrica de la era de las máquinas. Las voces centrales se proyectan, de este modo, bajo la mirada atenta de un reloj que, omnisciente, reviste la cotidianidad de sus jornadas laborales por medio de horarios concretos, fijos y estrictos que circunscriben la amplitud y la libertad de sus

movimientos a la ejecución rutinaria de tareas específicas, mecánicas y casi en cadena. El pobre o nulo espacio de tiempo que resta, entonces, para el despliegue de sus formas de pensarse se erige como un signo notorio de la rigidez que domina la planificación temporal en la que se sienten inmersas.

La unidad es una fábrica. (...) Llegas a las 8:00h y lo revisas todo. Revisas las agendas. Revisas los tratamientos. Preparas las máquinas. A las 8:25h tiene que estar todo listo porque allí (refiriéndose a la unidad en la que trabaja) tienen que entrar los pacientes. Dispones de 7 minutos para conectar el paciente a la máquina y del mismo tiempo para desconectarlo. (...) Un día bueno tienes 35 minutos para comer, un día malo, 15-20 minutos. Comes y vuelves a la sala. Empiezas el turno de tarde y haces exactamente lo mismo. Eso es mi turno · Martín [EAe2]

A veces, parece una fábrica y creo que (este) es un sentimiento generalizado (se lamenta). Nuestro trabajo se está... no sé cómo decirlo... Me da la sensación de que se está deshumanizando porque tienes contacto con el paciente, pero realmente te conviertes en un robot · Julia [EAe1]

Las participantes refieren en estas circunstancias tener que acelerar cada vez más su ritmo de vida en las organizaciones de salud para alinearse, en contra de su voluntad, con una dinámica de lógica estructural que, con el único propósito de garantizar la eficacia y la eficiencia organizacional, exige de ellas la consecución, de una forma especialmente veloz, de las distintas tareas que les son asignadas. La compresión del tiempo, percibida en el acortamiento del lapso que separa el fin de la realización de una tarea del inicio de la realización de la siguiente, hace muestra de la rapidez del fluir funcional en el que se ven envueltas.

La consulta que tú tienes establecida en teoría para 15 minutos por paciente o incluso 10 minutos por paciente pues... A veces se te reduce a un minuto, dos, tres... Y rápido, rápido, rápido porque tienes cola (de pacientes) · Pablo [EAe1]

La rapidez no se manifiesta, sin embargo, desde la perspectiva de las voces centrales, únicamente en la velocidad a la que sus movimientos se producen en las organizaciones

de salud, sino que se materializa también en el contexto mismo en el que estos se inscriben. Las participantes mencionan, en este sentido, percibir que todo cambia a su alrededor y que quizás lo hace de una forma sutil, pero sobre todo muy rápida. Las referencias a la fugacidad de la tecnología, de los equipos y materiales sanitarios o de los protocolos y circuitos de actuación iluminan la cualidad de rapidez como la que caracteriza la idea de evolución en las organizaciones de salud.

(En las organizaciones de salud) hay cambios constantemente. Lo que pasa es que no te das cuenta (de ellos). A veces, son tan rápidos que no los aprecias · Nadia [EAp2]

Cada vez sacan más aparatos (refiriéndose a la introducción de nuevas tecnologías). Cada vez nos sacan más materiales, cada vez tenemos más tipos de apósitos, más tipos de cremas... Y es verdad que esto es una renovación continua y un aprendizaje constante... · Pablo [EAp1]

Todo cambia. Desde dónde se colocan las cosas, qué circuitos se siguen para hacer una cosa... Funcionara o no funcionara el circuito, da igual. ¡Hay que cambiarlos! ¡Se cambian! ¿Por qué? Porque sí, ¿sabes? Antes lo dejábamos aquí, ahora lo ponemos 3 metros más para allá. Antes escribíamos esto en este rincón de la hoja, ahora lo vamos a marcar aquí... ¡Cambios! (se ríe) · Martín [EAe2]

Las voces centrales conciben, finalmente, el tiempo como un recurso escaso en las organizaciones de salud. Las agujas del reloj bajo las que se sitúan, si bien es cierto que no cesan de girar para nadie, parecen girar cada vez más rápido para ellas y es que se declaran invadidas por la sensación continuada de estar corriendo detrás del tiempo y, de forma más exacta, de verse en la obligación continuada de tener que correr detrás de él. La escasez de tiempo se convierte, así pues, en una condición de ejercicio norma para las enfermeras, en una porción del orden de las cosas para ellas en los espacios que habitan.

Las cualidades de rigidez, de rapidez y de escasez representan para las voces centrales, en definitiva, el obstáculo principal que las priva de ejercer libre y plenamente el que consideran su único rol profesional en las organizaciones de salud: cuidar del paciente. Las participantes se declaran unánimemente y haciendo uso de un tono de impotencia, de culpa y de disculpa hacia ellas, pero también hacia el *otro*, incapaces, pese



a sus esfuerzos, de cuidar (bien) del *otro*, de cuidar de la manera en que su *ethos* profesional, expresado en sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo, apunta.

Desde luego cómo lo hago (refiriéndose a cómo despliega sus roles profesionales en la organización de salud) no es el modelo que a mí me... No es como yo pienso que debería... (pausa) Me falta tiempo (expresa finalmente de manera decisiva). Hay pacientes que los tengo que ver rápido y corriendo (se lamenta) · Lara [EAe7]

(Como enfermera) no puedes trabajar como te gustaría. Tienes que ir corriendo y no le puedes dar (al paciente) el tiempo que necesita · Clara [EAe6]

(En las organizaciones de salud) parece que todo tiene que ser muy rápido y yo encuentro que hay cosas que no se pueden hacer de manera rápida. (...) Yo... (Pausa) Encuentro que esto va muy en contra de nuestros principios enfermeros. Encuentro... (verbaliza adoptando un tono de voz que denota desconcierto y perplejidad) · Julia [EAe1]

Lo que te dicen las enfermeras es: «No tengo tiempo para poder hacer el trabajo lo bien que yo sé que podría hacerlo». Esa es la queja habitual de las enfermeras, ¿no? Te dicen: «Yo sé que tendría que llegar más lejos, pero en mi tiempo de trabajo no doy para más» · Ángela [ECp1]

Los pacientes, por una parte, y la disminución de la calidad de los cuidados prestados, por otra, se convierten así pues, respectivamente, en los protagonistas del dilema sobre el quién y el qué de las consecuencias de las condiciones de ejercicio vinculadas al tiempo en las organizaciones de salud, siendo de una forma muy esporádica, coincidiendo con su tendencia a posicionarse en un segundo plano, que las enfermeras se reconocen a sí mismas y a sus necesidades de autocuidado, de posarse y de reflexionar, de investigar o, incluso, de defender la profesión enfermera, como blancos del mencionado dilema.

(A causa de) las situaciones que (las enfermeras) sobrellevamos, necesitamos mucho autocuidado personal. Ese autocuidado, cada uno tiene sus formas de hacerlo, (pero) no tenemos el espacio de tiempo

para hacerlo. (...) A veces necesitas buscarte un paréntesis · Javier [EAp5]

No tengo tiempo para la reflexión. (Adopta un tono de voz aclaratorio)  
Para ordenar todo lo que tengo que ordenar necesito sentarme, necesito reflexionar. (...) La gerente me dice que me tengo que acostumbrar, (...) que solamente se puede reflexionar en el *time between surprises* (se ríe). Los tiempos son cortos y para mí el principal problema es ese: la gestión del tiempo para poder dedicarme a reflexionar. (...) Necesito reflexionar · Gemma [ECdAe1]

(En las organizaciones de salud) hay una carencia impresionante de tiempo y de recursos. A mí me encantaría hacer investigación, pero es que esta mañana no me he sentado ni un segundo y así como está organizado... Creo que las instituciones no favorecen esto ahora mismo (la dedicación a un rol más allá del asistencial) · Ana [EAe5]

Me falta tiempo (se ríe). Algo que no sabe mucha gente es que cuando ocupas un cargo dentro del Colegio no estás liberada de tu trabajo. (...) Yo trabajo de 8:00h a 15:00h y me dedico al Colegio de 15:00h a 22:00h-23:00h. (...) Es una cosa voluntaria y altruista, que haces porque crees que lo tienes que hacer, por esa responsabilidad y por ese compromiso, pero para desarrollar todo lo que yo quisiera desarrollar, necesitaría tener muchas más horas · Carolina [ECc1]

### **5.9.2. La (sobre)carga: el peso (in)tangible del ejercicio profesional**

Las voces centrales consideran la (sobre)carga de trabajo como el segundo elemento al que dar luz y vida sobre el eje de elementos materiales que trazan en el interior de las organizaciones de salud en las que se proyectan como enfermeras. La aparición entre los datos de este segundo elemento se produce, sin embargo y en realidad, de manera conexas al surgimiento del primero de los elementos analizados. El tiempo y la (sobre)carga de trabajo se entrelazan, así, conformando un binomio interdependiente en el que cada uno de ellos deviene, de manera alterna, el origen o el término, la causa o la consecuencia, del otro.

Las participantes usan el término *carga* para referirse al volumen de trabajo que, en tanto que enfermeras, asumen a diario en sus jornadas laborales y que, siendo reconocido como elevado, perciben que obstaculiza el pleno despliegue de sus roles profesionales. «Una de las barreras a las que hago frente es la carga de trabajo, el volumen de trabajo», expresa, de manera ilustrativa, Daniel [ECdAp1]. El significado que el concepto *carga* adquiere, pues, al emerger asociado al volumen de trabajo asumido remite, de una forma directa, a la idea de que hay algo que ocupa espacio en las enfermeras, de que hay algo que pesa para ellas.

Las voces centrales contemplan su trabajo, de este modo, como un volumen y, más allá de ello, como un peso que se ven obligadas a aceptar, portear, arrastrar y resistir en el transcurso de sus jornadas laborales. El concepto *peso* es recurrido, entonces, para sintetizar, con un aire estremecedor, la connotación de sus vidas profesionales. «(Las enfermeras) llevamos mucha carga de trabajo, llevamos mucho peso», reconoce, en este sentido, Lara [EAe7] considerando, en nombre de todas las enfermeras, la carga de trabajo elevada como una condición más de ejercicio profesional.

El análisis de los datos generados muestra que las participantes no solamente tienen, sin embargo, un interés particular en conceptualizar la carga de trabajo que asumen, sino también en transmitir al *otro* la experiencia que de ella hacen. Las enfermeras adhieren, con tal propósito, el prefijo *sobre-* al término *carga* para crear el derivado *sobrecarga* al que se remiten para declararse abrumadas por cuestiones de distinta naturaleza que, si bien acaecen en el interior de las organizaciones de salud en las que se ocupan, terminan traspasando sus fronteras para irrumpir, de forma incontrolable, en las esferas privadas de cada una de ellas.

Para mí sí que tiene un coste emocional el hecho de trabajar como enfermera. Es muy difícil desconectar y aislar completamente el trabajo de tu vida personal o de cosas que te pasan en el trabajo o que veas con pacientes, que luego no te las llesves a tu casa de cierta manera... · Lara [EAe7]

No podemos gestionar las cosas como toca y luego tú te vas con esto casa... · Pablo [EAp1]

Las voces centrales reconocen en el transcurso de sus relatos la existencia de varias causas asociadas a la (sobre)carga de trabajo que asumen y sienten de forma habitual. Las causas externas y las internas se consolidan, en este sentido, como las principales, siendo la distancia que las separa de la voz hablante, es decir, la cercanía o lejanía a la que las sitúan respecto de sí mismas y, por extensión, la mayor o menor capacidad de influencia que perciben poder ejercer sobre la contención de su conversión de causas a consecuencias, el motivo elemental que, desde un punto de vista analítico, las mantiene diferenciadas.

Las causas externas responden en las voces de las enfermeras a aquellas causas explicativas que consideran que les son ajenas y de las que no se sienten partícipes porque las preceden, porque dependen de procesos decisionales que ocurren en espacios a los que declaran no tener acceso. El valor de la ratio enfermera-paciente, la invasión de las innovaciones tecnológicas, la intromisión de los procesos burocráticos y la imposibilidad de eludir las condiciones, dicese connaturales, de la profesión enfermera representan, concretamente, las temáticas que surgen en torno a los posibles orígenes externos de la (sobre)carga.

La ratio enfermera-paciente se descubre, a tal efecto, como una cuestión que, lejos de ser plana, presenta relieves sobre los que las participantes se detienen para proyectar sus miradas. Las voces centrales consideran, así, en primer lugar, que el número mínimo de enfermeras asignadas por paciente en las organizaciones de salud es notablemente bajo, insuficiente para responder, de una manera juzgada óptima, al voluminoso entramado de tareas que les son asignadas, así como para afrontar, de una manera juzgada segura, el enorme peso de las responsabilidades profesionales que de estas se desprenden.

¿Los recursos necesarios? Si nos referimos a recursos profesionales, a número de profesionales (parece corregirse), creo que (las enfermeras) estamos por debajo de lo que deberíamos estar · Martín [EAe2]

Me faltan recursos humanos. (...) Necesito que haya más personal allí (refiriéndose a la unidad de hospitalización en la que trabaja) · Lara [EAe7]

En el tema de los recursos humanos... (piensa). Nos falta dotación enfermera · Emma [ECdAp2]

Los principios y, de forma más exacta, la ausencia de principios en base a los que la ratio enfermera-paciente es fijada surge como otro relieve sobre el que las participantes deliberan. Las voces centrales consideran así, en segundo lugar, que el número mínimo de enfermeras asignadas por paciente en las organizaciones de salud carece de sentido alguno puesto que, instaurado de un modo universal, no muestra sensibilidad hacia las particularidades de los cuidados que los pacientes requieren. La estandarización de la variabilidad existente entre los pacientes se acompaña, entonces, del caso omiso a la carga de trabajo asociada a cada uno de ellos.

Me gustaría empezar diciendo que creo que no tenemos una buena distribución de recursos (refiriéndose a los recursos humanos) porque tenemos una distribución de recursos tradicional, basada en ratios, basada en «tantas enfermeras por tantos enfermos». (...) Creo que no siempre se tiene que hablar de «tantas enfermeras por tantos enfermos». Hay que tener en cuenta la intensidad de las curas, los niveles de dependencia, el perfil de los usuarios... · Daniel [ECdAp1]

El reajuste y, de forma más exacta, el no reajuste de la ratio enfermera-paciente en caso de desequilibrio se perfila como el último relieve sobre el que las participantes se expresan. Las voces centrales consideran, así, en tercer lugar, que el número mínimo de enfermeras asignadas por paciente en las organizaciones de salud no es respetado. Las políticas organizacionales de no sustitución frente a los desequilibrios ocasionados por las ausencias de personal enfermero muestran cómo las enfermeras deben reorganizarse muy a menudo para responder no solamente a su propio trabajo, sino también al trabajo de aquellas que no están.

Quizá, a veces, no hay el personal suficiente porque no se sustituye a todo el mundo. (...) Si hay X enfermeras para sustituir y ya no se van a sustituir más, hay que repartir a los pacientes. Entonces, claro, vas teniendo más carga de trabajo y según qué ya no lo puedes hacer... · Nadia [EAp2]

La incorporación de las innovaciones tecnológicas en las organizaciones de salud es, por su parte, apuntada por las voces centrales como uno de los cambios más importantes en los que la profesión enfermera se ha visto inmersa en las últimas décadas. «Los grandes

avances (científico-técnicos) que se han producido son impresionantes», declara, en este sentido, Clara [EAe6]. «Cuando yo empecé a trabajar había algún aparatito en algún lugar del hospital por si en algún momento hacía falta (...). Ahora hay un montón de aparatitos que han invadido la profesión. Hay en cada esquina», aporta, en esta misma dirección, Martín [EAe2].

La mirada de las participantes sobre los efectos que las innovaciones tecnológicas presentan sobre su práctica es ambivalente. La apreciación directa en ellas de una mejora de la calidad de la atención brindada a los pacientes aparece contrapuesta, en este sentido, a la percepción indirecta en ellas de un incremento de las cargas de trabajo ya asumidas. La incorporación de las innovaciones tecnológicas en las organizaciones de salud genera, así, nuevas tareas para las enfermeras tales como mantenerse al ritmo de su evolución, esforzarse para aprender a manejarlas o, incluso, encargarse de gestionar los errores de su funcionamiento.

A nosotros nos han puesto muchísima tecnología. (...) Yo estoy encantadísimo de la vida y no porque me guste mucho la tecnología, sino porque creo que bien usada puede hacer un bien mayor al paciente · Diego [EAe3]

El nuevo sistema informático que nos han añadido se queda colgado cada dos por tres. (Las enfermeras) estamos delante del ordenador y tenemos al paciente ahí. Le vamos pidiendo cosas, pero las voy apuntando aquí (en el ordenador). Así no es como a mí me gusta trabajar. ¿Me entiendes? Yo me voy adaptando. No es que la informática me vaya súper bien, pero me adapto. Tal vez tenga compañeras más mayores que esto les ha destruido la cabeza — pobrecitas— porque realmente para ellas es mucho más complicado. ¿Qué pasa? Que es más carga de trabajo para la enfermera más joven del turno porque o bien les tienes que enseñar o bien les tienes que hacer el trabajo. A algunas ya no les apetece ni aprender porque les quedan dos años para jubilarse y no perderán el tiempo con esto... ¡Con todo lo que ya tienen por hacer! No es que no lo quieran hacer, sino que ya les es por demás... · Julia [EAe1]

La intromisión de los procesos burocráticos en las organizaciones de salud es, por su parte, reconocida por las voces centrales como una circunstancia más con la que deben lidiar. Las participantes explican, a este respecto, que las tareas de carácter burocrático se entrometen, cada vez más y sin control, en el que consideran su único rol profesional. Percibidas como tareas situadas en terreno de nadie, pero de las que, inevitablemente, alguien debe hacerse cargo, las enfermeras insinúan que son ellas mismas quienes suelen encontrarse en el lugar y en el momento en el que estas se producen y, entonces, por defecto, quienes terminan asumiéndolas.

Enfermería, al final, también tiene mucho trámite burocrático. (...) (La tarea administrativa) no debería estar ahí, pero lo está (...) y el resultado es que la hacemos nosotras (las enfermeras). Es la realidad vaya... (verbaliza acelerando el ritmo de su habla, como si quisiera dejar atrás sus palabras y cambiar de tema) · Lara [EAe7]

Los registros informatizados se posicionan, en concreto, como el ejemplo de evento burocrático más comúnmente aludido en el conjunto de los relatos de las voces centrales. Las participantes declaran, en este sentido, percibirse sujetas a tener que hacer constar un número cada vez mayor de las tareas que realizan en sistemas de registro diseñados a tal efecto. «Ahora mismo se registran muchísimas más cosas que antes no se registraban», reporta Pablo [EAp1]. Las tareas de registro ocupan, así pues, cada vez más espacio en la jornada laboral de las enfermeras, favoreciendo, desde su punto de vista, la seguridad clínica de los pacientes y, a su vez, el incremento de sus cargas de trabajo.

Todo tiene que quedar registrado. En general, estoy a favor de los registros porque son una manera de justificar todo el trabajo que estás haciendo y una manera de que después haya menos errores ya que si viene un compañero y hay un registro, aunque no haya estado en ese turno, puede consultarlo y saber perfectamente cómo está el paciente. (Baja el tono de voz) Hay otros registros que considero más innecesarios. (Eleva de nuevo su tono de voz) Creo que hay que tener en cuenta que si hay más registros que completar y, en general, más..., más..., ¡más papeleo!, al final necesitas que haya más enfermeros o necesitas darle tiempo al enfermero para que los cumplimente · Lara [EAe7]

El proceso de análisis de los datos revela, asimismo, que la línea ficticia que separa las tareas burocráticas vinculadas directamente a los resultados del ejercicio profesional de las enfermeras de las tareas que poco o nada tienen que ver con ellos resulta ser cada vez más tenue. Las participantes explican, en este sentido, que el incremento de carga de trabajo ocasionada por la intromisión de los procesos burocráticos en las organizaciones de salud se hace notar, del mismo modo, en el desplazamiento progresivo que sus roles profesionales sufren ante la imposición de tener que responder a tareas que, esta vez, consideran como puramente administrativas.

Llamar (a los pacientes) me parece un trabajo completamente burocrático y no está dentro de lo que yo debo hacer. Si yo lo tengo que hacer o me lo pides por un día no pasa nada, pero yo no soy la secretaria  
· Nadia [EAp2]

Las condiciones connaturales a la profesión enfermera se dejan, finalmente, emerger como otra de las causas externas de la (sobre)carga de trabajo a la que las enfermeras se sienten expuestas. Las voces centrales consideran, así, que ciertas de sus condiciones de trabajo son, en efecto, cargas de trabajo que no pueden ser remediadas, sino que deben ser aceptadas como parte inherente de la profesión que ejercen. Las condiciones horarias, el contacto permanente con los pacientes y las familias, la exposición a situaciones de impacto o la necesidad de mantenerse continuamente actualizadas, se hallan entre las principales.

Hay problemas que nunca vamos a poder resolver porque, al final, la práctica enfermera es eso... O sea, la profesión enfermera tiene sus condicionantes (...) y tienes que trabajar fines de semana, y tienes que trabajar noches, y tienes que trabajar festivos y no puedes hacer nada, ¿no? La carga de trabajo... Una jornada quirúrgica de mañana es muy difícil que se pueda organizar para que trabajes menos porque es lo que hay, ¿no? O una jornada de urgencias en la que tienes 200 urgencias que atender... Es muy difícil y tú vas a salir de ese turno y vas a sentirte derrotado, agotado. Hay cosas... O sea, esas cosas más estructurales, son muy difíciles de manejar porque ser enfermero es lo que tiene. Una persona que trabaja en un despacho probablemente no va a tener esa avalancha y esos picos de actividad frenética que tienen determinadas



profesiones como la nuestra, ¿no? Y ahí hay poco que puedas hacer, es una característica de la profesión · Paula [ECdAe3]

Las voces centrales despliegan las causas externas de la (sobre)carga de trabajo que asumen y sienten en las organizaciones de salud deslizando implícitamente entre ellas sus posibles causas internas. Estas últimas responden, en este sentido y en concreto, a aquellas causas explicativas que las participantes consideran que les son propias porque proceden de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo. Explican así, coincidiendo con su tendencia a culpabilizarse y responsabilizarse de todo aquello que ocurre a su alrededor, que ellas mismas son causas de la (sobre)carga que las mantiene ocupadas.

Aquí, en la unidad, somos poca gente y te cargas mucho y también aprendes a no coger tantas cosas. Hubo un momento que quise abarcar demasiadas cosas y, al final, acabas contigo, acabas exhausto, cansadísimo... · Ana [EAe5]

El marcado compromiso que las voces centrales muestran, en tanto que enfermeras, hacia el bienestar de los pacientes a los que brindan sus cuidados, pero también hacia el rendimiento de la organización de salud en la que se desempeñan y a la que sienten que se deben como profesionales, se traduce, entonces, en la producción de cargas de trabajo suplementarias que, buscadas por ellas mismas e impuestas sobre ellas mismas, parecen trascender las expectativas que sobre ellas se proyectan contribuyendo, indirectamente y a su vez, a crear y nutrir el perfil de «buena enfermera» ya emergido en otras ocasiones en sus relatos.

Yo tengo muchísimo trabajo, mucho más del que tal vez podría hacer porque (...) es muy difícil ver necesidades, ver cosas, y no hacerlas — o al menos a mí me resulta complejo—. Esto me genera una carga (de trabajo) importante. (...) Para mí la ventaja (de trabajar en Atención Primaria) es que me organizo, pero... también me sobrecargo, para decirlo de alguna manera, ¿no? (...) Cuánto más haces, más trabajo tienes, ¿sabes? Y a veces dices: «¿Seré tonta? Porque me estoy cargando yo sola», pero es que (...) cuando miras, ves y el problema es que si miras, ves muchas cosas y vas muy sobrecargada · Elena [EAp3]

Muchas veces no puedes encasillar al paciente porque a lo mejor viene para un control de hipertensión y al salir te das cuenta de que está cojeando y dices: «Oye, ¿qué te ocurre?». También es ver o no ver el problema. Si tú lo ves o no lo ves también te va a generar una carga... Y si te dice: «No es que tengo una herida...», puedes decir: «¡Bueno, pues que te mejores!», o decir: «A ver pasa, ¿qué es lo que tienes?». ¿Me entiendes? · Cecilia [EAp4]

La (sobre)carga de trabajo es percibida por las voces centrales como una condición de ejercicio profesional que tiene como principal consecuencia la puesta en riesgo de la seguridad clínica de los pacientes. Las enfermeras participantes refieren, a este respecto, que la aceleración del ritmo al que se ven obligadas a trabajar, no solamente a causa de la falta de tiempo, sino también de la (sobre)carga de trabajo que asumen, las impide focalizarse en cada una de las necesidades que, de un *otro* plural, tienen entre sus manos, conduciéndolas, al fin y al cabo, a la imposibilidad de cuidar (bien) de los pacientes.

Estoy pendiente de cincuenta cosas porque falta personal que no se cubre y tengo que estar al paciente, al teléfono, al que me viene de la consulta con... (Interrumpe su relato) Y esto... Primero que da muy mala impresión... Yo tengo una persona conmigo en la consulta, que le estoy intentando explicar algo, me está entrando gente por la puerta para pedirme cosas y tienes que interrumpir lo que estás haciendo... Es que, además, ¿eso qué impresión le da a la persona que está contigo? (El paciente) está como diciendo: «¿Esta dónde tiene la cabeza? ¿La tiene aquí o está en otro lado?». No, yo creo que eso no es la manera de dar atención a nadie · Lara [EAe7]

### **5.9.3. El espacio físico: de los muros físicos a las paredes simbólicas**

Las voces centrales consideran el espacio como el tercer elemento al que dar luz y vida sobre el eje de elementos materiales que trazan en el interior de las organizaciones de salud en las que se proyectan como enfermeras. La mirada que las participantes dirigen hacia este tercer elemento permite aproximarse al entorno físico en el que sus jornadas laborales transcurren y en el que, por ende, cada uno de los elementos del eje material, pero también del eje social y del eje político que lo atraviesan, se dan cita para constituir

el mundo en el que tratan de desplegar sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\*.

Las enfermeras participantes declaran tener raramente acceso al espacio físico que juzgarían idóneo en las organizaciones de salud para desempeñar aquellas funciones que vinculan de forma (in)directa a sus roles profesionales y también, aunque de una manera quizás más residual, para cubrir sus propias necesidades individuales. «El tema de los espacios está muy mal», entabla Julia [EAe1], de este modo, sus reflexiones en torno a la presente temática antes de concretar las vivencias que, comunes al resto de participantes, hace de unos espacios físicos que contempla por momentos inadecuados, por momentos inexistentes.

La inadecuación de ciertos espacios físicos en las organizaciones de salud se refleja en las participantes, por una parte, en la expresión de una serie de particularidades que parecen complicar el hacer vida en ellos. La prestación de cuidados a los pacientes se ve entonces sujeta a ciertas limitaciones debido a las condiciones de espacio en la que transcurre. Los espacios grandes, funcionales y prácticos de los que, en un escenario de práctica ideal, las enfermeras desearían poder disponer se ven, concretamente, reemplazados por la realidad de unos espacios estimados demasiado pequeños, más bien incómodos y no del todo funcionales.

(En el espacio en el que trabajo) no te puedes mover para hacer bien las técnicas o si hay alguna novedad es complicado poder hacer la actividad bien hecha porque el espacio es muy reducido. Es muy pequeño. (Las enfermeras) colocamos a los tres pacientes uno al lado del otro y cuando están los tres casi no cabemos · Julia [EAe1]

Mi consulta es un cuadradito así de pequeño (dibuja sobre la mesa en la que transcurre la entrevista) Puede ser de dos por dos, perfectamente. ¡Es que es un cuadrado! Cabe el escritorio, el ordenador, una silla aquí y una silla aquí y si pones la silla aquí, cuando abres la puerta le pegas a la silla · Lara [EAe7]

Si que es verdad que ahí donde tiene que trabajar enfermería, como por ejemplo en el cuartito de medicación —(baja el tono de voz) en el que pasamos gran parte del tiempo—, es muy pequeño · Ana [EAe5]

La inexistencia de ciertos espacios físicos en las organizaciones de salud se refleja en las participantes, por otra parte, en la expresión de la carencia de lugares considerados necesarios para llevar a cabo prácticas que, si bien no implican contacto directo con el paciente, subyacen a cualquier proceso de atención a la salud que aspira a ser etiquetado como de calidad. El defecto de espacios de encuentro en los que (re)crear vínculos intra e interprofesionales, intercambiar información clínica, elaborar planes de cuidados o celebrar reuniones (in)formativas se hallan entre los ejemplos más reportados por las participantes.

A nivel de enfermería, pues, bueno... Una de las partes que te decía antes de esa falta de respeto es, por ejemplo, que no disponemos de una sala para reunirnos. (...) (Las enfermeras) nos tenemos que sentar en la zona de recepción de quirófanos cuando todavía no han llegado los pacientes. Todos en el suelo. No hay sillas. No hay mesas. Te sientas en el suelo. (...) Y bueno... pues, así hacemos las reuniones. Muchas veces, incluso, pasan médicos entre medias, interrumpiéndonos, y... Bueno, pues... el hecho de que no haya un sitio para reunirse quiere decir lo mucho que se piensa en el personal. (...) Entonces... Pues, bueno... Eso es así · Clara [EAe6]

Cuando hacemos reuniones (...) utilizamos la sala de visitas (de los pacientes y familias). Como es una sala de visitas, la sala es amplia y luminosa (...) y ahí podemos poner un proyector, hacer sesiones y demás. Es la que utilizamos (adopta un tono de conformidad con la situación) · Óscar [ECor2]

Para la comunicación entre nosotros está muy mal. (...) Puedes imaginar la unidad como esta mesa y aquí en medio está el control. Nuestro espacio para comunicarnos entre nosotros (las enfermeras), para tener reuniones y tal es ese. Entonces, montamos un circo. Cada vez que tenemos una reunión de enfermería.... (Pausa su relato) Yo creo que yo no he dicho nada porque los pacientes tienen una necesidad de ocio no cubierta impresionante... Entonces, cuando tenemos una reunión están atentos y se lo pasan bien porque cuantas más pullitas nos tiramos, mejor se lo pasan ellos, pero vamos... ¡Es vergonzoso! No hay

espacios de reunión. Tampoco tenemos gimnasio, ni spa ni esas cosas (se ríe). ¿Qué le vamos a hacer? · Martín [EAe2]

Las voces centrales refieren, asimismo, la inexistencia de ciertos espacios físicos en las organizaciones de salud que, desvinculados por completo de su práctica profesional, consideran básicos a todo individuo. La banalidad con la que algunas de las participantes se expresan a este respecto contrasta con la crudeza de la realidad que tras ella se esconde. Más allá del irónico «no tenemos gimnasio, ni spa ni esas cosas, ¿qué le vamos a hacer?», recogido en la voz de Martín [EAe2], las enfermeras explican, tal vez de una forma más seria, no disponer de espacios esenciales como espacios en los que comer, asearse o descansar, o disponer de ellos, pero no en las condiciones adecuadas.

(Las enfermeras) tenemos una office para poder comer y tal... Es una office, pero es bastante pequeñita, ¿eh? Es bastante pequeña para toda la gente que somos. Realmente, si no coincidimos, es decir, si no descansamos todas a la vez... (deja sin terminar su frase) (...) ¡Ah! Nuestra unidad no tiene servicio. (...) Tenemos que hacer medio quilómetro hasta llegar al baño que está en la otra punta (del hospital). ¡Claro! Es que en nuestra unidad el paciente no va al baño, no va a hacer pipí. Entonces, si él no lo necesita, pues no hay servicio · Julia [EAe1]

(Las enfermeras) no tenemos espacios para comer. Tenemos una mesa más pequeña que esta (señala la mesa en la que transcurre la entrevista), quizás, para comer cuatro o cinco. Baño de personal, no tenemos, lo compartimos con los pacientes · Martín [EAe2]

(Las enfermeras) tenemos una office en la que hay una butaca que no se tumba ni nada (se ríe). Te sientas ahí y ahí descansas un poco las piernas si quieres. Si no, estás toda la noche sentada en una silla. No hay espacios. Espacios no hay · Martina [EAe8]

Las enfermeras participantes muestran dificultades para arrojar luz sobre las causas que podrían dar explicación a esta tercera condición de ejercicio profesional. El proceso de análisis de los datos revela, sin embargo, que más que en dificultades, la mayoría de ellas no contempla la eventualidad de que, bajo la misma, puedan hallarse precursores específicos que logren justificarla de algún modo. Las voces centrales se aproximan, así

pues, a las organizaciones de salud que habitan entendiéndolas como edificaciones cuya distribución espacial interior responde, al fin y al cabo, a una cuestión anecdótica que carece de fondo.

Las miradas que algunas participantes proyectan sobre esta cuestión y, en concreto, las de aquellas que se posicionan frente a la investigadora como siendo más críticas con el entorno que las rodea, sí exponen, sin embargo, posibles orígenes de la misma. Los espacios, tal y como son conceptualizados por la mayoría de las participantes, se abstraen en sus voces de su dimensión física para integrar una dimensión simbólica desde la que perciben que se desprenden amplios efectos discursivos que, irradiados a través de las paredes de las organizaciones de salud, terminan impactando sobre el cotidiano de las enfermeras.

La dimensión simbólica de los espacios se materializa específicamente en los relatos de las voces centrales en la idea de que, en las organizaciones de salud, sigue imperando la presencia de una dominancia médica que, pese a ser invisible, se expresa, entre otras muchas cuestiones por descubrir, sobre el diseño arquitectónico y la gestión interna de los espacios que en ellas se albergan. «¿En qué se simboliza? (se pregunta a sí misma y a la investigadora acerca de las jerarquías que, desde su particular mirada, prevalecen en su entorno) ¡En todo! ¡Incluso en los espacios!», exclama, en este sentido, Paula [ECdAe3].

Las organizaciones de salud son comprendidas por las enfermeras, así pues, como espacios que han sido ideados por y pensados para el colectivo de profesionales médicos y que no han contado, entonces, ni con la participación en primera persona de sus propias voces, de las de otras enfermeras, de las de otros profesionales y/o de las de los pacientes que (co)habitan en su interior, ni tampoco con la representación, cuando menos en segunda persona, de las realidades, de las necesidades y, en definitiva, de las formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como sujetos en el mundo de cada una de ellas.

(El hospital) está diseñado por médicos · Paula [ECdAe3]

Las zonas de trabajo están muy pensadas para medicina · Lucía [ECor3]

Las organizaciones no están diseñadas teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, sino teniendo en cuenta las necesidades de

los profesionales. ¡De unos profesionales! (exclama refiriéndose al colectivo médico, pero sin mencionarlo de manera explícita) · Daniel [ECdAp1]

Las formas que adoptan los espacios que conforman las organizaciones de salud, las dimensiones de cada uno de ellos y los circuitos mediante los que se conectan entre sí, pero también la apelación que, de manera estandarizada y no cuestionada, reciben en todas ellas dejan emerger, en este sentido, desde la mirada de las voces centrales más críticas, un entramado de símbolos que refleja cuestiones vinculadas a la atribución de un reconocimiento diferencial que fluctúa dependiendo de quién se prevé que los ocupe, y que posiciona, en cualquier caso, de manera específica y sistemática, al colectivo médico en un lugar privilegiado.

Los espacios físicos aparecen, así pues, separados por disciplina y caracterizados de forma distinta según sean ocupados por enfermeras o por médicos. Los más pequeños y situados en los niveles inferiores de las edificaciones son para ellas. Los más grandes y situados en los niveles superiores de las mismas son para ellos. «¡Claro, fíjate cómo se diferencian los espacios conceptualmente!», trata Paula [ECdAe3], adicionalmente, de hacer tomar consciencia a la investigadora. Las unidades o zonas de cuidados, los controles, las salas de curas, las salas multiusos y las *offices* son para ellas. Las áreas clínicas, las salas de reunión y los despachos son para ellos.

Nadie, jamás, me preguntó cómo tenía que ser el servicio. Nunca me senté con el arquitecto. ¡Nunca! ¡Jamás! (El hospital) está diseñado por médicos ¡Así de claro! (exclama) (...) Cuando empezaron a construir el hospital y veías cómo construían los edificios, te dabas cuenta de cómo era esa estructura y de las dificultades que había con esa estructura: (desplaza sus manos hacia arriba) dónde están las áreas clínicas y (desplaza sus manos hacia abajo) dónde está la unidad de cuidados —una zona de cuidados muy pequeña, ¡cuando en el hospital es el sitio dónde se imparten los cuidados!— (...), una (zona de) hospitalización separada del otro ámbito (refiriéndose a la zona clínica ocupada por el colectivo médico). ¡Hay una separación entre los profesionales de enfermería y los profesionales médicos! (...) ¡Son símbolos! · Paula [ECdAe3]

(Para el diseño de los espacios) se pensó en los médicos. Cada servicio tiene una zona de despachos, una zona de descanso y un punto de trabajo. (...) (Los profesionales médicos) tienen un espacio donde trabajar y donde reunirse como equipo. Las enfermeras no tienen estos equivalentes · Gemma [ECdAe1]

La gestión interna de los espacios que se albergan en las organizaciones de salud atiende, por su parte, desde la mirada de las participantes, a un patrón claro y evidente. Los espacios que en ellas primero se asignan son los destinados al colectivo médico. Los siguientes en serlo y, entonces, los que finalmente restan, son los destinados al colectivo enfermero. El orden que rige la distribución de los espacios que las enfermeras habitan deviene, pues, otra de las muestras de la expresión de la dominancia médica en ellos, siendo el colectivo médico quien lo encabeza y el colectivo enfermero quien es situado a la cola del mismo.

Las enfermeras participantes refieren, de este modo, terminar tomando posesión de los espacios juzgados más inadecuados en las organizaciones de salud, viéndose incluso, muy a menudo, en la condición de tener que ceder a otros los escasos espacios propios que poseen, de tener que desplazarse ante el advenimiento de necesidades estimadas por otros como más prioritarias, de tener que destinar un mismo espacio para la ejecución de distintas actividades profesionales y de tener que adaptarse a espacios remodelados de cualquier manera para que, al menos, puedan decir(se) que disponen de un lugar fijo en el que asentarse.

A mí me faltaba el espacio... Mi microequipo (el médico) siempre me lo decía: «Tú tendrías que estar aquí porque a mí me sobra el espacio». «Tienes que usar la báscula, tienes que usar la camilla, la máquina de electros y todo eso para hacer una cura o cualquier otra cosa», me decía (refiriéndose al médico). (Baja el tono de voz) El espacio de la enfermera siempre ha sido más pequeño que el del médico · Claudia [ECp2]

Nosotros aquí tenemos un espacio físico muy complicado. (...) Esto (refiriéndose al espacio en el que transcurre la entrevista) era una sala de espera, por ejemplo. Yo tenía una consulta, pero vino un médico, me tuve que ir de la consulta y me hicieron esta · Elena [EAp3]



Muchas veces coincide una reunión de médicos con una reunión de enfermeras y normalmente son las enfermeras las que nos tenemos que ir a la consulta de una de nosotras o a la cocina a hacer nuestra reunión para que los médicos puedan quedarse en el salón de actos · Valeria [EAp6]

(Las enfermeras) tenemos una sala multiusos en la que se hace de todo: se saca sangre, la matrona da las clases de preparación al parto, cuando el «Sintrom» no lo hacía cada enfermera se hacía ahí, si hacemos talleres los hacemos ahí, la educación grupal se hace ahí... ¡Todo se hace ahí! · Cecilia [EAp4]

La consulta la hicieron después (haciendo referencia a un momento posterior a la edificación definitiva del espacio en cuestión) y, entonces, aprovecharon lo que había. Pusieron cuatro tabiques y dijeron: «¡Aquí lo montamos!». Los médicos ahora tienen que entrar en mi consulta para ir al baño y al vestuario donde tienen sus taquillas... · Lara [EAe7]

Las voces centrales se retratan, así pues, en el transcurso de sus relatos, como si de sujetos itinerantes se trataran. Declaran, en este sentido, circular de forma permanente, moverse sin cesar de un lugar a otro dentro de las organizaciones de salud hasta encontrar uno en el que, aunque no sea en las condiciones ideales, poder posarse. Caracterizados por ser abiertos, por no encontrarse aislados del espacio circundante con el fin de anular la distancia que las separaría de los pacientes atendidos, las participantes explican verse en ellos privadas de intimidad y expuestas a interrupciones que acechan el fluir de sus acciones.

Los ordenadores de las enfermeras están en los controles de enfermería, con lo cual, tienen muchas interrupciones cuando escriben las historias clínicas · Sergio [ECdAe2]

A lo mejor sí que estaría bien que hubiera una sala más grande de enfermería con sillas y tal porque a lo mejor tienes que escribir las historias clínicas y registrar lo que has hecho en el control y te interrumpen los familiares o intervienen otros colectivos... · Ruth [ESin2]

Las consecuencias que las voces centrales perciben que emanan de las condiciones de (in)disponibilidad de espacios físicos en las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan como enfermeras se derivan, específicamente, de las consideraciones precedentes. Las participantes explican, en este sentido, que su exposición a esta tercera condición de ejercicio profesional se traduce en un impacto directo sobre la experiencia de bienestar y de comodidad que los pacientes hacen del proceso de atención a su salud, pero también en un compromiso con la seguridad de los cuidados que durante el mismo ellas les brindan.

No, no considero que los espacios estén bien diseñados. La arquitectura quirúrgica deja mucho que desear. (...) De entrada, te diré que los pacientes llegan todos a una recepción quirúrgica que tiene cabida para entre cuatro y seis camas. Entonces, a un paciente que llega a quirófano, nervioso, sin saber dónde va a ir, le colocan al lado de cuatro personas más. ¡Que sí, que hay cortinas, pero es que se oye todo! Muchas veces tienes que realizarle técnicas previas a la intervención... Ante la falta de intimidad es difícil llevarlas a cabo · Clara [EAe6]

#### **5.9.4. Los recursos materiales: la disponibilidad y la calidad material a evaluación**

Las voces centrales consideran los recursos materiales como el cuarto elemento que dar luz y vida sobre el eje de elementos materiales que trazan en el interior de las organizaciones de salud en las que se proyectan como enfermeras. Los espacios físicos que las participantes (re)crean ante la investigadora en el transcurso de sus relatos no se perciben, entonces, como vacíos, sino como ocupados por mobiliario, equipamiento, aparataje, instrumental y productos sanitarios que, en su conjunto, configuran las herramientas materiales de las que las enfermeras se sirven para desplegar las acciones más prácticas de su bricolaje.

Las participantes expresan tener acceso pleno en prácticamente nulas ocasiones a los recursos que consideran necesarios para desempeñar sus funciones profesionales. «Estoy cubierto de los recursos que necesito», en la voz de Javier [EAp5], no es, entonces, la experiencia más habitual entre las voces centrales y es que el proceso de análisis de los datos generados revela que si bien los recursos materiales se hallan realmente disponibles

en las organizaciones de salud, lo están en una cantidad juzgada como insuficiente o en una calidad valorada como deficiente o mejorable, antes de ser considerados como totalmente indisponibles.

Mira, suficientes y bastantes, yo creo que sí. ¡Ahora! (Abre los ojos y eleva el tono de su voz) De calidad creo que no (se ríe) · Julia [EAe1]

(En la organización de salud en la que trabajo) hay insuficientes (recursos materiales). (...) Entonces, sí, en cuanto a recursos materiales... los tenemos, pero justitos · Cecilia [EAp4]

(En la organización de salud en la que trabajo) falta material. No dispones de todo lo que necesitarías en todos los momentos · Pablo [EAp1]

Las voces centrales apuntan en el transcurso de sus relatos a la existencia de posibles causas que podrían hallarse en el origen de esta cuarta condición de ejercicio profesional. La percepción de una cierta cultura de ahorro económico en las organizaciones de salud, la apreciación de una burocratización de los procesos asociados a la solicitud de recursos materiales y la consideración de una falta de participación en las esferas en las que se produce la toma de decisiones sobre los mismos se erigen como las temáticas específicas sobre las que las reflexiones de las participantes se perciben focalizadas en el proceso de análisis de los datos.

La cultura de ahorro representa desde las miradas de las participantes la explicación más evidente del origen de los matices asociados a la (in)disponibilidad de recursos en las organizaciones de salud. La alusión reiterada en las voces centrales de la existencia de una dinámica de racionalización que afecta a los recursos materiales de los que hacen uso en el entorno concreto en el que se desempeñan como enfermeras deviene una clara muestra de ella. «Todo está como muy contadito», se lamenta, en este sentido, Cecilia [EAp4]. «Se nota mucho cuando van ahorrando en cositas. ¡Son tan austeros!», contribuye, en esta misma dirección, Julia [EAe1].

La burocratización de los procesos vinculados al suministro de recursos materiales en las organizaciones de salud obstaculiza, por su parte, el acceso de las enfermeras a los mismos. La cumplimentación obligada de solicitudes para la reposición de los recursos

agotados, para la incorporación de nuevo material o para el reemplazo del material deteriorado se convierten, en este sentido, en parte de la causa de su deficiencia, ya sea por la lentitud con la que las solicitudes son tratadas y resueltas como por la desistencia de las propias enfermeras a implicarse en ellas, siendo el sistema por medio del que se procesan juzgado como demasiado fastidioso.

(Las enfermeras) tenemos todo lo que necesitamos. No necesitamos nada más, pero se rompe una silla para hacer higienes (...) y, a lo mejor, desde que se te rompe, que mantenimiento te dice: «No se puede reparar, te compro una nueva» (hace una mueca)... La demora es demasiada. Pasan tres o cuatro semanas hasta que te han comprado la nueva. Y, claro, estás un mes que estás cojo... La burocracia es la única pega porque tienes que pedir (refiriéndose a crear una solicitud para que la necesidad del recurso sea valorada), el de mantenimiento tiene decir que no tiene arreglo, la de compras se lo tiene que llevar a la central de compras del IB-Salut, el IB-Salut tiene que darle el *ok*, tenemos que pedir el presupuesto, «bla, bla, bla, bla» y, al final, el que no tiene la silla soy yo (se ríe) · Óscar [ECor2]

Todo es muy complicado por la burocracia. (Eleva el tono de voz en un sobresalto) ¡Ahora ya no burocracia! ¡Online, mundo online! ¡Claro! Todo lo tenemos que pedir a través de peticiones que llegan al hospital, las lee una persona, te envía un mail... (...) Entonces, a veces necesitas algo con cierta urgencia y tienes que seguir una serie de pasos en los que te van frenando (sin especificar el sujeto de la oración) para no tenerlo. Eso para empezar... ¡Planes de necesidades! Para que te hagas una idea, esta mañana han llegado cosas pedidas del plan de necesidades del año pasado. Todo va con un año de atraso. El año pasado pedimos una serie de recursos materiales, como una lámpara-lupa para la sala de urgencias porque la nuestra estaba rota. Tú no puedes seguir un procesito de «se ha roto, sustitúyemela». «No, pídelo en el plan de necesidades», te responden. ¡Pero es que el plan de necesidades tarda un año! Esto limita mucho el trabajo que cada uno realiza. Si te recortan... No es lo mismo trabajar en un sitio en el que tú tengas absolutamente acceso a todo, todo de última generación y con facilidad que... (deja sin terminar su frase) · Silvia [ERes1]

De material estoy cubierto porque, bueno, (...) a nosotros no nos ponen pegas al hacer pedido porque es poco el pedido. Es poco el material y encima tampoco es de lo más caro que hay (...) Luego, por otro lado, tenemos los infusores —que esos sí son caros—, pero tenemos margen abierto porque saben que son imprescindibles para los pacientes en situación de últimos días (...) y que gracias a ellos se evita un ingreso. Entonces, como saben que, aunque los infusores valgan 30 o 50 euros, se evitan tener que pagar un ingreso y un traslado —que es diez veces más caro—... Por eso ellos no nos ponen pegas al hacer el pedido ni nada... · Javier [EAp5]

La falta de participación de las enfermeras en las esferas en las que se produce la toma de decisiones acerca de los recursos de que disponen las organizaciones de salud representa, finalmente, otra de las posibles causas asociadas a esta cuarta condición de ejercicio profesional. Las participantes refieren, en este sentido, que no son ellas quienes escogen los recursos que usan a diario, sino que estos son escogidos por *otros*, con el mismo *background* disciplinar o con uno distinto, pero siempre a puerta cerrada, circunstancia que perciben que restringe su capacidad de movimiento en relación a la respuesta práctica que ofrecen a las necesidades de los pacientes.

(Las enfermeras) estamos muy limitadas. Claro... Nos dan... O sea, podemos pedir entre estas cosas y ¡ya está! · Valeria [EAp6]

El (responsable) de compras es el que decide qué comprar y qué no · Julia [EAe1]

La percepción de una distribución no equitativa de recursos entre las organizaciones de salud emerge en los relatos de las voces centrales como otra de las posibles causas explicativas de la (in)disponibilidad de los mismos. Las participantes comentan, en este sentido, que, atendiendo a su localización en el mapa, algunos entornos se encuentran mejor dotados que otros, siendo los más próximos a la capital los más beneficiados. Las desigualdades estructurales entre las organizaciones de salud invaden, de este modo, los microespacios de práctica interfiriendo en el día a día de las enfermeras que en ellas se desempeñan.

Sé que en este otro hospital hay muchos arneses para contener al paciente y que no friccionen y nosotros aquí no tenemos ni uno. ¿Cómo puede ser esto? · Martina [EAe8]

Lo que pasa es que en este hospital tenemos cosas más cutres. Mi cuñada estuvo ingresada en otro hospital y yo me fijé que según qué apósitos y según qué cositas ellos sí las tienen y a nosotros aquí ¡ni nos los muestran! (Se ríe) ¡Claro! Porque hay hospitales de segunda (se ríe). Yo creo que sí, ¿eh? ¡Claro que sí! Yo lo pienso así (se ríe) · Julia [EAe1]

La percepción de una distribución no equitativa de recursos manifestada, asimismo, entre los diferentes espacios que integran las organizaciones de salud permite a las voces centrales seguir indagando en el por qué ellas no y otras sí o viceversa cuentan con el acceso a los recursos de que precisan para su práctica. Las participantes explican, en este sentido, que el valor social atribuido al ámbito de ejercicio profesional en el que están y actúan como enfermeras\* se encuentra tras esta cuestión. El prestigio que a los ojos de las organizaciones tienen determinados entornos y el riesgo asociado a la pérdida del mismo determinan, de este modo, la (in)disponibilidad de recursos en su interior.

¿Sabes por qué a nosotros nunca nos falta material? Porque este servicio es la joya de la corona del IB-Salut. ¿Qué significa esto? Que como falle este servicio (por carencia de recursos materiales), ahí sí que... (hace una mueca burlona) se puede generar una repercusión muy grande — sobre todo— a nivel publicitario, administrativo, político... Este servicio es uno de los que hace cumplir más estándares de calidad a un sistema de salud. Si tú tienes un buen sistema, con una dotación muy grande de recursos y que, de hecho, es uno de los mejores... (...) O sea... ¡Esto da mucha publicidad! Y si ahora fuese al contrario y de repente todos empezáramos a hacer una mierda de asistencia (por falta de recursos materiales)... Eso lo primero que hace es salir en las noticias. Por eso nosotros tenemos un montón de material · Diego [EAe3]

Las consecuencias que, desde la mirada de las voces centrales, se desprenden de las condiciones de ejercicio profesional vinculadas a la (in)disponibilidad de recursos en las

organizaciones de salud se sitúan sobre el reconocimiento de la incomodidad que puede suponer para ellas el no poder contar con los recursos materiales en la cantidad y/o en la calidad consideradas apropiadas para atender a los pacientes de la manera en que piensan que deberían atenderlos, incomodidad que, a través de sus relatos, se traduce de manera abrupta en la apreciación de una clara merma en la calidad de los cuidados prestados a los pacientes.

El día a día... (pausa de forma brusca su relato) O sea, cuando yo entro por la puerta del Centro de Salud, si no tengo el material para extracciones (realiza una mueca)... Eso incomoda mucho al profesional, el que no haya los recursos para poder hacer bien el trabajo, ¿no? · Ángela [ECp1]

### **5.9.5. La remuneración: del efecto económico a la impresión de reconocimiento**

Las voces centrales consideran la remuneración percibida por el trabajo que realizan como el quinto elemento al que dar luz y vida sobre el eje de elementos materiales que trazan en el interior de las organizaciones de salud en las que se proyectan como enfermeras. La llamada «parte económica de la profesión enfermera», en palabras de Javier [EAp5], se erige, de este modo, como el último elemento sobre el que las participantes prestan su atención con relación a este primer eje.

Las participantes muestran formas muy dispares de considerar su remuneración. El análisis de sus relatos revela, no obstante, que algunas de ellas son más dominantes que otras. Las expresiones como «considero que tengo un sueldo justo para el trabajo que hago», en la voz de Elena [EAp3], o como «pienso que sí, que (las enfermeras) estamos bien pagadas, que no nos podemos quejar», en la voz de Julia [EAe1], son más bien extrañas, mientras que los «creo que el sueldo es bueno, pero mejorable», en la voz de Nadia [EAp2], o los «no, no me siento adecuadamente remunerada», en la voz de Lara [EAe7], resultan más comunes.

Los argumentos a los que las voces centrales se aferran con el propósito de justificar la insatisfacción que muestran hacia su salario se sitúan alrededor de las discordancias apreciadas entre la remuneración que perciben y la responsabilidad que asumen y entre la remuneración que perciben y el peso de las condiciones connaturales a la profesión enfermera a las que sienten que deben resistir. Las participantes transmiten ver en estas

formas de desequilibrio algo que va más allá de un intercambio económico inapropiado y apuntan a la relación que estas mantienen con un reconocimiento mermado de su trabajo en las organizaciones de salud.

La discordancia manifiesta entre la remuneración percibida y la responsabilidad asumida se consolida, en este sentido, como el argumento principal sobre el que las voces centrales se apoyan a la hora de transmitir la mirada crítica que proyectan sobre ella. Las participantes balancean su salario frente a la investigadora, así pues, comparando la responsabilidad que ellas asumen con la responsabilidad que asumen, por contrapartida, los otros situados a su vera, un análisis que las conduce a afirmar, de un modo concluyente, como sucede en la voz de Ana [EAe5], que «entonces, (las enfermeras) no estamos tan bien pagadas».

Si me miro a mí solo y me pregunto: «¿Cubro bien?». «Sí, cubro bien». (...) Pero si como profesional me comparo a los demás (...) creo que tengo que estar cobrando demasiado poco para lo que hago · Martín [EAe2]

Yo considero que estamos razonablemente bien pagados. ¿Podríamos estarlo mejor? Sí... Otra cosa es que consideremos — que yo creo que lo consideramos en muchos casos— que tenemos una responsabilidad muy elevada y que esta responsabilidad, de manera global, no está suficientemente reconocida o retribuida · Daniel [ECdAp1]

(En respuesta a si se siente adecuadamente remunerado por el trabajo que realiza en el entorno de cuidados) ¡Ay, no! ¡Eso no! (se ríe). No porque considere que cobre poco, sino porque creo que cada vez asumimos más responsabilidad y, al final, económicamente no... no se compensa (se lamenta) · Pablo [EAp1]

La forma comparativa a través de la que las voces centrales deciden aproximarse a la relación entre la remuneración percibida y la responsabilidad asumida revela cómo las enfermeras (re)producen una jerarquización entre los profesionales que (co)habitan en las organizaciones de salud. «Creo que hay escalones demasiado grandes (refiriéndose a la cuestión salarial) entre las categorías (profesionales) que vienen, entre comillas, por



encima y por debajo de enfermería por las responsabilidades que tenemos. (...) Creo que no, que nuestro trabajo no está bien remunerado», expresa, en este sentido, Pablo [EAp1].

Las voces centrales escogen, así pues, comparar su propia remuneración con la de los médicos y con la de los técnicos auxiliares en cuidados de enfermería emitiendo, de forma crítica, un juicio de valor sobre las responsabilidades que, en base a las funciones que desempeñan, los conocimientos que movilizan y las cargas de trabajo a las que se ven sometidos, cada uno de ellos asume en el transcurso del proceso de atención al paciente. Las participantes explican, en este sentido, que con relación a esta forma de disonancia, ellas se sitúan entre ambos colectivos profesionales y, de forma más concreta, bajo los primeros y sobre los segundos.

Si nosotros como profesionales nos comparamos con las auxiliares y con los médicos, por grado de responsabilidad y demás es imposible que vaya bien. (...) O sea, un auxiliar cobra 1400-1500 (euros), una enfermera 1800-2000 (euros) y un médico... (no termina su oración) ¡Damos un salto! Y dices: (...) «¿Porque hay ese salto?» ¿Sabes? Esa es una de las cosas que no entiendo... O él cobra demasiado —que yo no creo que los médicos cobren demasiado— o yo... (deja sin terminar su frase) · Martín [EAe2]

Las voces centrales escogen, asimismo, dirigir sus comparaciones retributivas hacia su propio colectivo profesional, situando a su vera a enfermeras que forman parte del mismo o de distinto perfil profesional. Las participantes consideran, en este sentido, que la responsabilidad asumida por las enfermeras que ejercen en el ámbito de la atención especializada y de la atención sociosanitaria frente a las que lo hacen en el ámbito de la atención primaria; por las enfermeras especialistas frente a las generalistas; y por las enfermeras que se ocupan en mandos de gestión frente a las que lo hacen en cargos asistenciales, no se encuentra, desde un punto de vista económico, adecuadamente reconocida.

Si comparo mi trabajo en especializada con el de una compañera de Atención Primaria (se ríe) la cuestión es (piensa)... Es bastante más sangrante. Es decir... Yo no... No voy a desprestigiar el trabajo de mis compañeras de Atención Primaria. A mí me encanta y me encantaría hacerlo... Y si puedo, alguna una vez, intentaré optar a ello, pero si

comparas su tipo de trabajo y el mío no entiendo por qué tiene que cobrar más que yo. ¿Por qué existen diferencias entre una enfermera de residencia, una de primaria y una especializada? · Martín [EAe2]

Es muy injusto que una enfermera especialista cobre treinta euros más que una enfermera generalista. Una enfermera que ha hecho un EIR — una residencia—, que en principio —y es así— tiene más responsabilidades y realiza otras funciones tendría que cobrar mucho más · Ruth [ESin2]

Como personal de enfermería base me encuentro mejor remunerada que cuando ejercía labores de gestión como supervisora, como cargo intermedio, ¿eh? No tengo conocimiento de subdirecciones y direcciones... Pero, vamos, lo que cobra una supervisora por la responsabilidad que tiene es realmente vergonzoso · Clara [EAe6]

(El trabajo en un mando de gestión intermedia) No está pagado. O sea, esto no lo paga el dinero, ya te lo digo (levanta las cejas y niega con la cabeza). Te hablo de 200 euros, ¡brutos! Eso quiere decir que luego te retienen... ¡Es ridículo! O sea, por 200 euros al mes nadie hace esto, ¿eh? Lo haces porque entras en esto, porque en un momento dado estás ahí, lo sabes hacer, te gusta, te vas enganchando y... bueno, al final, pues ahí estás. (...) No es fácil y está mal pagado. Ya te lo digo yo... Lo que pasa es que claro, dices «¿y por qué lo haces si está tan mal pagado?». Pues porque alguien lo tiene que hacer, porque ya lo has empezado a hacer, porque al final ya tienes rodaje en hacerlo, porque te gusta, pero por dinero no · Silvia [ERes1]

Las comparaciones de las que las participantes se sirven con el fin de respaldar la disonancia que, en tanto que enfermeras, contemplan entre la remuneración que perciben y la responsabilidad que asumen se proyectan, no obstante, más allá del interior de las organizaciones de salud para involucrar, asimismo, a individuos ajenos al ámbito de la salud. Las voces centrales reportan, en este sentido, que el valor social de su profesión contrasta notablemente con el valor social de otras profesiones y lamentan que ello no se traduzca en un reconocimiento económico situado a la altura de las responsabilidades que este valor social implica.

¡Mi suegra cobraba mejor la hora que yo! Ella limpiaba pisos. Que yo no estoy diciendo que su trabajo no sea respetable, pero hay que diferenciar la responsabilidad que tiene uno, la complicación técnica de las cosas... Yo he limpiado pisos y no conlleva mucha complicación. ¿Esfuerzo? ¡Muchísimo! Pero hay que ser... Hay que ser consecuente... No puede estar cobrando lo mismo un camarero que no tiene formación que una persona a la que se le ha exigido una formación brutal para estar en su puesto de trabajo · Diego [EAe3]

Las horas de guardia... (levanta las cejas y realiza una mueca) Nos las pagan a 13,60 euros... ¡Brutos! ¿Eh? (...) ¡Ostras! Las cobramos como una mujer de la limpieza. ¡Es que yo puedo matar a alguien! Quiero decir... ¡Señores, que tenemos que ser conscientes de con qué trabajamos, que a mí me viene aquí (refiriéndose a su hogar) el electricista y me cobra 22 o 25 euros la hora! · Olivia [EM2]

La discordancia manifiesta, por otra parte, entre la remuneración percibida y el peso de las condiciones connaturales a la profesión enfermera emerge como el otro argumento al que las voces centrales se aferran para dar luz a los motivos de su insatisfacción salarial. Las participantes explican, a este respecto, que la dureza de ciertas condiciones, tales como el ritmo no fisiológico de trabajo, las jornadas laborales extensibles a las no laborales para *otros*, la exposición a riesgos biológicos, el sacrificio de la vida personal y social que el cuidado incondicional del *otro* supone y la conmoción surgida de la vivencia de la vulnerabilidad del *otro* en la propia piel merecerían ser mejor retribuidas.

No (me siento adecuadamente remunerada) por muchas cosas. No porque eh... Ahora tengo un turno bastante más fisiológico que el que tenía antes —pero da igual, ganaba lo mismo ahí (refiriéndose a su puesto de trabajo anterior) que aquí—, pero las noches para mí no están suficientemente pagadas ni recompensadas. Todo el gasto familiar y con tus amistades, y esto de... trabajar en festivo, trabajar de noche, trabajar los domingos... Después, a todo lo que te expones: los riesgos asociados a los pacientes aislados, los riesgos biológicos... (...) ¡Y a nivel personal también ves muchas cosas que al final te marcan! (...) Entonces, para mí todo eso... ¿Qué quieres que te diga? ¡Es que hasta

el último céntimo está bien ganado! Y yo pienso que tendríamos que ganar más por todo lo que... por todo lo que conlleva · Lara [EAe7]

El proceso de análisis de los datos revela que no es de forma habitual que las voces centrales indaguen en las causas escondidas detrás de las condiciones de inadecuación de la remuneración que perciben. Algunas de ellas sugieren discretamente, no obstante, que la razón fundamental de la misma se remite al simple hecho de ser enfermeras. La disciplina profesional que uno ejerce se erige, de este modo, como el origen esencial de las inequidades en torno a esta quinta condición de ejercicio profesional en las organizaciones de salud.

(El salario que percibo) no es para tirar cohetes. Esto es porque la tabla retributiva de los directivos —que la tengo en algún lado (la busca en su despacho)— está estratificada por niveles. (...) La tabla retributiva está pensada por categoría profesional y no por grado de dirección. Entonces, cuando tú ves «director médico» y «director enfermero», ¿no hay ningún director enfermero que tenga el mismo nivel retributivo que su homologado médico! (...) Yo, por ejemplo, estoy cobrando al nivel de un subdirector de gestión. ¡No tiene ni cabeza ni pies! ¡Yo no soy un subdirector, yo soy un director! Entonces, esto es algo que tenemos que luchar, pero no es por la retribución, ¿eh? Yo no estoy aquí por el dinero. Puedo reconocer que podría estar mejor pagada, pero me da lo mismo. Estoy aquí por otras cosas... Pero creo que no tiene que ser así, que la disciplina impregne incluso una cosa que... (no termina su oración) porque mi responsabilidad es exactamente igual a la responsabilidad que tiene el director médico. Mi director médico está cuatro o cinco niveles por encima de mí. Es por este motivo que pienso que no cobro lo que tendría que cobrar · Gemma [ECdAe1]

Las voces centrales no parecen apuntar tampoco en sus relatos a la existencia de consecuencias derivadas de esta condición que se sitúen más allá del propio hecho de estar percibiendo una remuneración inadecuada. La represión cautelar mediante la que las participantes se aproximan a este elemento de análisis en los últimos momentos de sus reflexiones quizás pueda ayudar, en este sentido, a justificar esta apreciación y es que

dicha actitud podría estar emergiendo en ellas para recordarles que el valor de cuidar sin esperar nada a cambio colisiona, en cierto modo, contra los reclamos retributivos.

### **5.10. El eje de los elementos sociales de las organizaciones de salud**

Las voces centrales trazan sobre el escenario de acción que (re)crean en el marco de los encuentros con la investigadora un segundo eje alrededor del que escogen disponer los elementos que, desde sus miradas más particulares, constituyen la estructura social de las organizaciones de salud que habitan. Estos elementos, ya introducidos y reconocidos en la sección preambular de la presente categoría de análisis de los datos como elementos de segundo orden se corresponden, específicamente, con las fuentes plurales de las que emerge el reconocimiento que las participantes experimentan en tanto que enfermer\* en el mundo.

El reconocimiento percibido por las voces centrales es tratado explícitamente como una cuestión interpersonal y/o interprofesional cuyo análisis descubre los patrones de valor que lo subyacen y que median el sentido de las interacciones entre las enfermeras y los demás. Las vivencias que las participantes hacen, concretamente, de las relaciones que mantienen con los agentes con los que (co)habitan y con las estructuras en base a las que sus entornos de trabajo se sostienen, es decir, sus relaciones con los médicos, con otras enfermeras y con las organizaciones de salud en si mismas constituyen las principales fuentes de las que este reconocimiento se desprende.

Los códigos «El médico y las enfermeras»<sup>47</sup>, «Las otras enfermeras y las enfermeras», «Las organizaciones y las enfermeras»<sup>48</sup> que se presentan a continuación

---

<sup>47</sup> El uso del término «médico» en su forma singular en el código «El médico y las enfermeras» no es fortuito, sino que responde a la mirada que las voces centrales proyectan sobre el colectivo médico como si estuviera encarnado por un único individuo. Los hallazgos que se presentan en el marco de este código se comportan como argumentos que sostienen esta apreciación.

<sup>48</sup> La comprensión de la lógica que subyace a la denominación que reciben los códigos de la presente subcategoría de análisis de datos requiere de la alusión a un apunte. El proceso de análisis de los datos generados revela, en este sentido, que la voz central hablante asume en sus relaciones con el *otro* una disposición en segundo plano y es que el fluir de las mismas parece tomar una única dirección: desde el

iluminan y detallan, entonces, la forma que toman las relaciones que las voces centrales establecen y mantienen con un *otro* plural, relaciones que erigen y animan la estructura social de las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan.

### 5.10.1. El médico y las enfermeras

Las voces centrales atribuyen una atención especial a la descripción de las relaciones que establecen y mantienen con los médicos con los que (co)habitan en las organizaciones de salud. Las relaciones que las unen a ellos representan, en este sentido, las relaciones más significativas, entre las múltiples evocadas en sus encuentros con la investigadora y es que, en el marco de la construcción del eje de los elementos sociales que contribuyen a dar forma a sus realidades, se erigen como las que muestran mayor capacidad para impactar, de un modo determinante, las experiencias que, en tanto que enfermeras, hacen de ellas.

La aproximación que las voces centrales hacen, concretamente, de la relación que las une a los médicos se encuentra dominada en la práctica, pero también en su descripción teórica, por una actitud de aprensión. Las participantes prefieren, en este sentido, mantener a los médicos a una cierta distancia de si mismas. «Hay una barrera, hay una barrera total entre nosotros (las enfermeras y los médicos)», expresa Diego [EAe3]. Las razones que subyacen a este distanciamiento se revelan, de manera paulatina en el transcurso de sus relatos, como estando vinculadas a cuestiones de autoridad, de no reconocimiento y de desconocimiento.

La relación que mantenemos médicos y enfermeras es muy cordial, pero estamos separados. O sea, es medicina y enfermería y «nosotros somos médicos» y «nosotros somos enfermeros». Y esto está separado... ·  
Lucía [ECor3]

Las enfermeras participantes se proyectan, en este sentido, en los encuentros con la investigadora situadas bajo un profesional médico al que observan imponerse como una

---

*otro* hacia las enfermeras. Este hallazgo justifica la elección de disponer el sintagma «las enfermeras» detrás de los sintagmas «el médico», «las otras enfermeras» y «las organizaciones».

autoridad con relación a los *otros* y en el mundo. El médico, declaran las voces centrales, les hace saber, de forma impetuosa, no solamente quién es y qué posición asume en tanto que tal en las organizaciones de salud, sino también, de forma determinista, qué lugar les corresponde a ellas ocupar y cuáles son las normas relacionales implícitas que deben regir cualquier interacción que ellas mantengan con él.

(Los médicos) viven en su nube de gran... de gran profesional, como que ellos son el jefe, el que manda (verbaliza con un tono de voz que denota grandiosidad), ¿no? El equipo es él, los demás estamos para servirle (...) Además te lo hacen ver enseguida. (...) Les encanta dar a entender que ellos son los que mandan y que tú no eres más que el enfermero · Diego [EAe3]

(Los médicos) te hacen tener presente esa barrera de «no, yo soy el médico y tú eres la enfermera» · Valeria [EAp6]

Si tú haces una observación desde fuera, si haces un extrañamiento, tú observas que... Llega el médico a la unidad y, en algunos casos, hay una falta de respeto por lo que está haciendo en ese momento el enfermero o la enfermera. Entonces, el enfermero o enfermera tiene que dejar lo que está haciendo para ir a hablar con él. Ahí tienes un primer símbolo de su autoridad, ¿no? Visto desde fuera es muy elocuente, pero visto desde dentro, está tan integrado en la dinámica que pasa desapercibido... · Paula [ECdAe3]

Las voces periféricas médicas tratan con cierto cuestionamiento las miradas de las voces centrales a este respecto desmintiendo que la relación entre ambos sea una relación marcada por las diferencias de poder. «Yo creo que se nos sigue viendo (a los médicos) como si estuviéramos (situados) en un estamento jerárquico más alto dentro del hospital, que yo no digo que no sea así en determinadas circunstancias, pero en el trabajo del día a día no», apunta Jorge [MAe2]. «No, aquí, a pie de cama, no hay jerarquía», se defiende Elsa [MAe1]. La autoridad es así, ciertamente, más evidente para aquel que la experimenta y que no la normaliza, que para aquel que la ejerce.

Las normas no escritas que guían las relaciones entre los médicos y las enfermeras son comprendidas, en este sentido, por las voces centrales como asimétricas y operadas

en una única dirección. Las participantes señalan que el médico se atribuye el derecho de manifestar su poder sobre las formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* de las enfermeras\* en el mundo, el poder de cuestionarlas, de desvalorizarlas, de limitar su despliegue e, incluso, de abatirlas.

Es fácil que (los médicos) sientan que están por encima de ti de alguna manera y es como que «te puedo pedir» o «tienes que hacer todo lo que yo...» —no todo lo que yo te pida, porque suena como un poco... pero, es como si... como que no tienen claro que tú tienes una profesión, ellos tienen otra y tú compartes, ¿no? No es «yo tengo que hacer lo que tú quieras, estoy aquí, al lado tuyo, para lo que tú quieras, puedes abrir mi consulta e interrumpirme las veces que quieras». Yo esto no lo hago, entonces tú tampoco puedes hacerlo, ¿no? · Nadia [EAp2]

Ahora muchos profesionales de otros segmentos (refiriéndose a los médicos) piensan que pueden y que tienen derecho de hablar de nuestras competencias y decidir las. Hace poco, este verano, la organización médica colegial publicó un documento que hablaba de las competencias de las enfermeras de Atención Primaria. O sea... A las enfermeras no se nos ocurre hacer un documento hablando de las competencias de los médicos. Pero, todavía sigue habiendo ese... como ese poder de los médicos o ese control que quieren ejercer sobre nuestra profesión, ¿no? · Carolina [ECc1]

Las voces centrales señalan que la autoridad de los médicos se manifiesta, asimismo, en la exhibición por su parte de conductas territoriales, es decir, de conductas por medio de las que pretenden construir y delimitar, de una manera rígida, espacios identitarios, teóricos y prácticos, propios y exclusivos, como si se trataran de territorios que deben ser protegidos y defendidos de las amenazas que *otros* —y, en este caso, de las enfermeras— suponen hacia quiénes son y hacia qué hacen, pero también, y sobre todo, hacia el estatus profesional que poseen y preservan, con avaricia, dentro y fuera de las organizaciones de salud.

(Los médicos) se sienten muy amenazados por enfermería. No todos los médicos, pero muchos se sienten muy amenazados (...) y nos lo han hecho saber. Nos han reñido cuando hemos hecho o dicho algo que



consideraban que les era propio como médicos. «Eso no es trabajo tuyo. Eso es trabajo mío», nos han dicho · Diego [EAe3]

Yo me he hecho decir (por un médico) que me metía en demasiadas cosas, que tuviera cuidado, que no tenía que acaparar tanto, no fuese cosa que saliera de ello malparada, ¿sabes? (se ríe de forma burlesca). (Yo me he hecho decir) que hacía demasiadas cosas y que no me correspondía a mí, como enfermera, hacer tantas cosas, sino que le correspondía a él, como médico. Esto aún es así hoy en día · Ana [EAe5]

Yo creo que hay muchas barreras entre nosotros (entre los médicos y las enfermeras) porque (los médicos) piensan que les queremos quitar el lugar privilegiado que siempre han tenido · Claudia [ECp2]

El proceso de análisis de los datos generados en las entrevistas con las participantes revela que es precisamente en el marco en el que estos comportamientos territoriales se (re)producen que las faltas de respeto entre médicos y enfermeras se dejan emerger. Las voces centrales reportan, en gran número, haber sido víctimas y/o haber sido observadoras de abusos verbales proyectados por los médicos hacia ellas, hacia sus pares o hacia el colectivo enfermero y/o la profesión enfermera en general, un hecho que las voces periféricas corroboran desde una mirada, muy a menudo, atenuadora y basada en la justificación.

Y una vez vino un radiólogo —esto es una anécdota— y de repente pidió una enfermera. «¿Quién lleva el 427?». Mi compañera, Blanca, estaba en la habitación de al lado. «Estoy aquí, pero estoy cogiendo una vía, un momento». Y desde el pasillo (se pone a gritar) «¡Que necesito la enfermera ahora!» (expresa en alusión a las palabras del radiólogo) · Óscar [ECor2]

Algunas veces escucho algún que otro comentario que, tal vez no va dirigido hacia mí, pero que es un comentario de desprecio hacia las enfermeras en general. Pero bueno, que nosotros también los hacemos, ¿eh? · Martina [EAe8]

El médico a veces es autoritario, pide las cosas de mala manera y, obviamente, el enfermero o la enfermera dice: «¿Esto qué es? ¿Por qué me tiene que hablar así?» · Elsa [MAe1]

Puntualmente yo te diría que sí, que a veces se han dado faltas de respeto hacia las enfermeras. Esto desafortunadamente pasa, como creo que puede pasar en cualquier relación entre personas por circunstancias múltiples. Y aquí estamos expuestos a tener tensión, a que el enfermo no va bien y resulta que encima no tengo camas libres y me están presionando porque viene otro (paciente) y no sabemos dónde ponerlo... Y yo puedo tener un día mal día por cuestiones personales y encima el equipo de enfermería, pues, es con el que menos *feeling* tengo... Puede haber muchos condicionantes que faciliten eso, pero no es para nada la norma, creo yo · Jorge [MAe2]

Las participantes perciben que el reconocimiento que ellas y sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo reciben por parte de los médicos responde a un reconocimiento condicional, solitario y mitigado. Condicional, porque sienten no ser valoradas de antemano, sino tener que demostrar que merecen su aprobación. Solitario, porque sienten ser individualmente situadas en su punto de mira a la vez que cargan como referencia general de todo su colectivo. Mitigado, porque sienten que este reconocimiento —si puede ser considerado como tal— se produce desde la mirada incompleta que se hacen de ellas.

Las voces centrales explican, entonces, que los médicos proyectan en dirección a cada enfermera en particular una serie de expectativas cuyo cumplimiento las haría merecedoras de su reconocimiento, una serie de expectativas que no son otras que las de allanarles el camino para que puedan desplegar su rol profesional fácilmente y sin tener que superar ningún obstáculo. «Hay médicos que aún piensan que las enfermeras estamos en el sistema para hacerles a ellos la vida más fácil», sugiere Elena [EAp3]. «Hay veces que cuantas menos cosas mandes a según qué médicos parece que eres más buena profesional y que estás siendo más valorada», aporta Cecilia [EAp4].

La relación instrumental que los médicos mantienen con las enfermeras se hace, así pues, cada vez más evidente en los relatos de las voces centrales y de las voces periféricas. «Al final, (los médicos) terminan valorando eso. (...) Lo que quieren es que les quites...

que —y lo digo de buena fe— tú (como enfermera) les quites trabajo o se lo agilices. (...) Al final lo que quieren es que (el proceso de atención al paciente) funcione», expresa, en esta dirección, de una forma especialmente ilustrativa, Nadia [EAp2]. «La opinión general que tiene el colectivo médico es que la enfermera trabaja para el médico», corrobora, Laia [MAp2]. «Todo médico que tenga un equipo de enfermería potente detrás, pues es feliz», explica Sergio [GAe1].

El cumplimiento de los estándares de calidad que los médicos instituyen sobre el desempeño profesional de las enfermeras en las organizaciones de salud, estándares anclados a una idea de diligencia materializada en la demostración constante de la atención que les prestan, de la minuciosidad en su trabajo, pero también de la rapidez y de la eficacia por medio de las que son capaces de responder a las necesidades que, en forma de órdenes de naturaleza principalmente técnica<sup>49</sup>, emiten sobre ellas, se convierte en el principal motivo sobre el que las voces centrales piensan que se sostiene el reconocimiento que los médicos les atribuyen.

Pues mira, los médicos valoran la eficacia, la responsabilidad, el compromiso, el estar atentas, el estar concentrados, el que prácticamente no te tenga que pedir absolutamente nada. Valoran que tú tienes conocimientos teóricos y prácticos, pero sobre todo, que te preocupes por el paciente... Entonces, ellos se sienten a gusto · Clara [EAe6]

---

<sup>49</sup> Este hallazgo explica, en cierto modo, que en los entornos en los que las enfermeras se dicen ejercer cuidados de naturaleza técnica, como pueden ser las unidades de cuidados intensivos o los servicios de urgencias, las voces centrales perciben que los médicos les atribuyen mayor valor, mientras que en los entornos en los que se dicen desplegar cuidados de naturaleza más básica, perciben que el reconocimiento por parte de los médicos es aún esperado. «Casi que me atrevería a decir que este es un punto (refiriéndose a la unidad de cuidados intensivos) en el que alguien que realmente se siente enfermero y que le gustan los cuidados de enfermería se puede sentir perfectamente realizado. Y casi me atrevería a decir que no hay sitio como este donde realmente un enfermero pueda poner en marcha todo lo que son sus conocimientos, sus capacidades, sus cualidades, etcétera, por la complejidad, a veces, que conlleva un enfermo crítico», corrobora, en este sentido y de forma ilustrativa, Jorge [MAe2].

Yo creo que te valoran porque ven que sabes hacer el trabajo bien hecho, que pueden contar contigo con lo que necesitan hacer o cuando se ven apurados con una técnica o cuando se encuentran en un momento complicado saben que tu estarás ahí, que podrás ayudarlos a resolverlo. Hay gente (refiriéndose a los médicos) que confía en ti y cuando confían en ti se ve. Hay (médicos) que te dicen: «¿Te sabría mal venir un segundito?» Y tú ya ves que es porque piensan que los podrás ayudar a hacer lo que tengan que hacer · Julia [EAe1]

La enfermera en este caso es más meticulosa y eso está bien, ¿no? Si... Yo, como gerente, pienso que se compensa una cosa (refiriéndose a las enfermeras) con la otra que es más descuidada (refiriéndose a los médicos) · Sergio [GAe1]

El análisis de los relatos de las voces periféricas médicas revela, de forma coherente con los hallazgos precedentes, el sentido utilitarista que para ellos toma la relación que establecen con las enfermeras. La enfermera es construida como un medio para alcanzar un fin. Las definiciones que los médicos ofrecen en torno a qué es una enfermera resultan, a este respecto, formuladas siempre de una manera bien sonante, pero a su vez desprovista de significado, desde la consideración de su condición como sujetos de los que se desprende una incuestionable valía, pero no por si mismas, sino con relación al espacio de supuesta complementariedad profesional que entre ambos existe.

Para mí la enfermera es una pieza clave. (...) Nosotros (los médicos) somos muy dependientes del trabajo de enfermería. (...) Enfermería es el mejor complemento · Jorge [MAe2]

Enfermería es un pilar fundamental. (...) Es que no... Cuidar a un paciente no se... No se, no se puede... No se puede pensar en el cuidado de un paciente sin una enfermera, ¿no? Es un trabajo que es complementario al del médico. Es decir, no se puede no contar con la figura de la enfermera en tu propósito de curar a un enfermo, ¿no? · Elsa [MAe1]

Yo lo que creo es que una enfermera es una compañera en el sentido de que te puede facilitar el diagnóstico de muchas cosas · Luís [MAp1]

Las voces centrales estiman, por consiguiente, que los médicos muestran una gran incompreensión acerca de quiénes son las enfermeras y de qué rol profesional asumen en las organizaciones de salud y es que sus identidades profesionales y sus contribuciones al proceso de atención a la salud de los pacientes, tanto las visibles como las invisibles, caen automáticamente en un espacio en el que aquello que se opera resulta ser un serio desconocimiento del *otro* con el que habitan. «(Los médicos) no tienen claro, realmente, qué es una enfermera y cuál es su trabajo», declara convencida, en este sentido, Nadia [EA<sub>p</sub>2].

Las relaciones que las voces centrales reportan establecer y mantener, en tanto que enfermeras, con los médicos muestran, en definitiva, poseer una importancia capital en aquello que concierne a la determinación de las experiencias de satisfacción que hacen de sus realidades en las organizaciones de salud. «Ahora mismo lo que me causa mayor estrés es esto: saber, por ejemplo, con qué médico trabajaré hoy, porque sé que las cosas irán de una manera o de otra», argumenta Julia [EA<sub>e</sub>1]. «Cuando hay algún caso muy grave que ha salido todo redondo, que te toca con un médico súper democrático, que te deja hacer lo que tú crees que tienes que hacer. (...) Ojalá siempre así», explica Diego [EA<sub>e</sub>3]. Un «ojalá siempre así» se marca, en este sentido, en las voces de las enfermeras participantes como conclusión de un encuentro pacífico entre ellos.

### **5.10.2. Las otras enfermeras y las enfermeras**

Las voces centrales reflexionan de manera disipada, a través de comentarios aquí y allá en el transcurso de sus relatos, acerca de las relaciones que establecen y mantienen con otras enfermeras. Las relaciones que, en este sentido, unen, en primer lugar, a las enfermeras asistenciales entre ellas y, en segundo lugar, a las enfermeras asistenciales con las enfermeras en mandos de gestión intermedia, se sitúan, después de las relaciones que las unen a los médicos, en el foco de la mirada analítica por medio de la que cada una de ellas da forma al eje de elementos sociales que atraviesa las organizaciones de salud que habitan.

La aproximación que las enfermeras participantes hacen de sus relaciones con otras enfermeras se encuentra, en este sentido, dominada por actitudes de crítica constante de las que se desprenden toques punitivos. Las participantes escogen, a este respecto, no dar luz frente a la investigadora a aquellos aspectos que aprecian y valoran de sus pares, sino

focalizar su atención sobre aquellos otros aspectos que de ellas no estiman y que de ellas reprochan. Consolidan, entonces, un patrón de presentación que no hace más que contribuir a mantener viva la tendencia de las enfermeras a culpabilizarse de todo cuanto las rodea.

Las relaciones que las enfermeras asistenciales establecen entre ellas son, en este sentido, desde una óptica centrada en su dimensión interpersonal, descritas como buenas relaciones, pero, desde una óptica centrada en su dimensión profesional, como relaciones tensas y marcadas por una ausencia de reconocimiento. Esta situación genera fricciones que impactan en el fluir de sus vidas en las organizaciones de salud. «En general, con las compañeras (enfermeras), me llevo bien porque tengo que trabajar con ellas, pero no me siento reconocida, no me siento respetada por ellas», expresa, de manera ilustrativa, Clara [EAe6].

Las participantes reportan, concretamente a la investigadora, que son las diferencias que imperan en las miradas que cada una de ellas proyecta hacia las formas de pensarse con relación a la profesión enfermera las que se hallan en el origen de las tensiones que se operan entre ellas. «Las relaciones con mis compañeros son buenas, pero los problemas que tenemos vienen del hecho de que diferimos en lo que entendemos por la profesión», argumenta Martín [EAe2]. «Sí... Es sobre todo eso: las visiones que tenemos sobre quiénes somos, cuál es nuestro trabajo y cuál es nuestro objetivo», clarifica y continúa aportando, en esta misma dirección, Nadia [EAp2].

Las voces centrales parecen recurrir, de este modo, a la emisión de juicios hacia sus pares buscando, desde un enfoque comparativo, la relación que sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo mantienen con el perfil de aquello que consideran «la buena enfermera». Las participantes (re)producen y refuerzan, entonces, por medio de sus actos de habla, la definición de categorías de enfermeras según estas encarnen o no los rasgos, pero también las exigencias que, desde sus miradas, no solamente orbitan, sino que también deben orbitar, en torno a su *ethos* profesional.

Las respuestas que las participantes obtienen de un incesante cuestionamiento moral acerca de quiénes de entre ellas son a la imagen de los ideales de la profesión, de quiénes de entre ellas expresan una auténtica consciencia enfermera, de quiénes de entre ellas

están ahí «por y para los *otros*», de quiénes de entre ellas actúan mediante el despliegue de un rol profesional anclado en el cuidado y de quiénes de entre ellas se complacen con las formas de retorno (con)movedoras obtenidas y retenidas del ejercicio de su profesión, devienen, en este sentido, los argumentos en base a los que definen la calidad de las relaciones entre ellas.

Problemas... Las compañeras. Las compañeras y compañeros. ¿Para qué nos vamos a engañar? No tengo compañeros. El problema básico es que no creen en el cuidado. Han tecnicizado tanto su profesión que ellas llegan, preparan, enchufan, desenchufan y se acabó. Todo lo que haya en medio no existe. No hay cuidado. ¡Más problemas! (expresa con intención de cambiar de tema, como si no quisiera dar más vueltas a la cuestión) · Martín [EAe2]

No suelo llevarme mal con nadie, pero hay personas (enfermeras) muy negligentes, a las que nada les importa, que van ahí a pasar las horas, a hacer aquello estrictamente necesario, a hacer lo mínimo que se les exige, que no tienen ganas de trabajar... · Olivia [EM2]

El proceso de análisis de los datos generados muestra, de este modo, cómo, a través de las líneas de los relatos de las voces centrales, sobresale una falta de solidaridad entre ellas. Las participantes parecen, sin embargo, ser parcialmente conscientes de ella y es que si bien no ven una falta de solidaridad en la emisión continuada y casi autodestructiva de críticas hacia sí mismas, sí ven una falta de solidaridad en la ausencia de una colaboración entre ellas que juzgan necesaria para hacer frente a las condiciones materiales, sociales y políticas de ejercicio profesional que dan forma al orden de las cosas en las organizaciones de salud.

El compañerismo tal y como yo lo entiendo hoy no es entendido, no se produce· Clara [EAe6]

Hay doce camas en la unidad. ¡Te tocan esas cuatro y ya está! Nadie te va a ayudar, (baja el tono de voz) salvo que quiera. No hay un ajuste por cargas de trabajo entre compañeros. Es decir: «Esta fístula es muy complicada —bueno— tú asumes esto y yo lo otro». No, eso es lo que te toca y ya está. Es inamovible y ya puede romperse el techo que ¡no,

esa va a ser tu carga de trabajo! (Adopta un tono de incredulidad) No lo sé... no lo veo · Martín [EAe2]

Las voces centrales no solamente describen a la investigadora las relaciones que las enfermeras asistenciales establecen y mantienen entre ellas, sino también las relaciones que las enfermeras asistenciales establecen y mantienen con las enfermeras que ocupan y se ocupan en mandos de gestión intermedia. La mirada que las participantes proyectan, de este modo, hacia otras enfermeras, si bien se dirige mayoritariamente en un sentido horizontal, también lo hace en un sentido vertical, un sentido en el que ubican, entonces, sus relaciones con el médico, pero también sus relaciones con otras enfermeras que sitúan jerárquicamente encima de si mismas.

Las participantes perciben a las enfermeras en mandos de gestión intermedia posicionadas, en este sentido y desde una mirada estructural, sobre las enfermeras asistenciales y, también, entre las enfermeras asistenciales y aquello que, de manera general, conciben como la organización de salud que habitan. «La responsable de enfermería está por encima de nosotras (refiriéndose a las enfermeras asistenciales) y está en medio, entre lo que es el nivel asistencial y lo que es el nivel de gestión», explica Valeria [EAp6] ilustrando la posicionalidad referida con sus manos,.

La sugerida posición jerárquica de las enfermeras en mandos de gestión intermedia sobre las enfermeras asistenciales desencadena su construcción como profesionales que poseen una cierta autoridad sobre las enfermeras asistenciales, una autoridad desde la que ejercen funciones de control sobre ellas. Esta construcción es corroborada por algunas de las participantes que han integrado el perfil de enfermeras en ejercicio en mandos de gestión intermedia. Este es el caso de Judit [ECor1] cuando explica que «cómo tratamos al paciente, cómo le hablamos... Yo creo que esto también forma parte de la responsabilidad de la supervisora: el prestar atención a cómo el personal se comporta en las unidades». Otras participantes que han integrado este perfil reconocen también esta realidad, pero lo hacen de una forma referencial y es que, si bien manifiestan no identificarse con la imagen que circula de ellas, se declaran como símbolos de una desviación de estas prácticas que consideran la norma en las organizaciones de salud.

Soy el supervisor de la unidad. Realmente no digo «supervisor», me gusta más la palabra «coordinador». (...) ¿Qué ventajas tiene lo de



«coordinación»? Que es mucho más conceptual que no solo gestionar turnos y gestionar el equipo. El concepto de *coordinación* es ser uno más en el equipo para ayudar a que tu equipo funcione lo mejor posible en todos los aspectos. Yo no soy... La coordinación no es tener un liderazgo jerárquico, de orden y mando. La coordinación habla de ser uno más en el equipo, uno que tiene más responsabilidad, pero que ayuda a detectar los problemas que tiene el equipo y a ponerles solución con el objetivo final de que el paciente y su familia estén lo mejor cuidados. Eso es mi trabajo. (...) Tengo constancia de que esto no es así en otras unidades. Tengo compañeras (coordinadoras) que son: «Esto se hace así porque yo lo digo» (se ríe) o «porque lo marca la normativa y hay que hacerlo» · Óscar [ECor2]

La sugerida posición de las enfermeras en mandos de gestión intermedia entre las enfermeras asistenciales y la organización de salud se convierte, por otro lado, en un nuevo foco de crítica para las voces centrales. Las enfermeras que integran este perfil profesional son excluidas como miembros de los equipos intraprofesionales y señaladas por mantener una relación de conveniencia con los profesionales a los que sitúan sobre ellas. Las participantes explican a este respecto que las enfermeras que ejercen sus roles en dichos mandos velan más por el bienestar de la organización que por el bienestar de las enfermeras asistenciales.

Por parte de la supervisión, ahora es un momento de cambio porque han cambiado la supervisora que teníamos y creo que la que tenemos ahora parece que mirará un poco más por nosotras. A la de antes creo que le interesaba más hacer contentos a los de arriba, a los de la gerencia... · Julia [EAe1]

Las voces centrales transmiten, en este sentido, de una forma especialmente crítica, cómo perciben que las enfermeras en mandos de gestión intermedia permanecen ubicadas en despachos en los que, alejadas de los pacientes y de las enfermeras asistenciales, dedican su tiempo de trabajo a la ejecución de tareas de carácter administrativo. «La supervisión de mi unidad, no... (pausa su relato y retoma la expresión de sus ideas). Hay una supervisión, pero es una supervisión de despacho. Hay un supervisor, pero la única

función que este tiene es cubrir turnos (de trabajo)», expresa, de manera ilustrativa, Ingrid [EAe4].

El proceso de análisis de los relatos de las enfermeras en ejercicio en mandos de gestión intermedia pone en evidencia que es precisamente la ejecución de dichas tareas aquello que, desde las organizaciones de salud, se exige de ellas. «La supervisora es una gestora de turnos. Es cierto que puede haber algo pre-discursivo de la necesidad de otro tipo de líder, pero a la hora de la verdad lo que pides es que asigne turnos», explica Gemma [ECdAe1]. La desviación respecto a dichas tareas se traduce, de hecho, en una necesidad de corrección. «He recibido comentarios de personas superiores a mí que me han dicho que tenía que estar más en el despacho», declara Judit [ECor1].

Las voces centrales reportan que, de manera simultánea a la gestión de los recursos humanos, las enfermeras en mandos de gestión intermedia tendrían, asimismo, la función de asegurar que el trabajo de las enfermeras sea llevado a cabo de una forma eficaz, es decir, de una forma que demuestre sus resultados sobre el rendimiento de las organizaciones de salud, y de hacerlo a la vez que logran que impere el silencio en el ambiente, es decir, a la vez que evitan la producción del ruido que procedería de la resistencia que, a modo de protesta, las enfermeras podrían emprender contra el orden institucional dañino en el que se encuentran inmersas.

Las supervisoras se preocupan de que... de que saquemos el trabajo adelante y de que no hagamos ruido y se preocupan de que la situación se mantenga en este tenso equilibrio. (...) Sí. Los mandos... La única visión que tienen o la única visión que percibo que tienen es: «Cuanto más callado esté todo el mundo y menos problemas manifiesten que hay, mejor estoy haciendo mi trabajo». Entonces ellos han asumido que su función es callar a la gente y hacer que las cosas no cambien, sino que pasen y ya está · Martín [EAe2]

Las participantes refieren, por otra parte, que las enfermeras que se ocupan en mandos de gestión intermedia se encuentran desconectadas de la realidad de los espacios en los que las enfermeras asistenciales se desempeñan y, por ende, de las limitaciones a las que estas últimas tienen que enfrentarse en ellos para ser capaces de desplegar las formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* que conforman su *ethos* profesional.

Las voces centrales ilustran, de este modo, la que empieza a instaurarse como una separación entre la teoría organizativa que sostienen aquellos que ocupan cargos de gestión en las organizaciones de salud y la práctica asistencial que las enfermeras desempeñan.

Lo que pasa del pasillo hacia afuera es de la supervisión y lo que pasa aquí dentro (refiriéndose a la unidad de cuidados en la que trabaja) es nuestro, es nuestro (de las enfermeras)... · Ingrid [EAe4]

Si tú eres una persona (refiriéndose a la coordinadora de la unidad) que sales al pasillo, que conoces las necesidades de los pacientes, que sabes el trabajo que hay, que tienes un parte como el de la compañera, que te lo miras cada día, que sabes lo que tienen los pacientes... Si el que manda sabe esto, sabe el trabajo que hay y controla el tema y sabe cómo quiere trabajar y cómo no quiere trabajar. Ahora, si el que manda está en un despacho y solamente rellena la plantilla de turnos (hace una mueca)... Así es muy complicado... · Martina [EAe8]

Las voces centrales no hacen mención en el transcurso de sus relatos a las relaciones que mantienen con las enfermeras que integran los perfiles de voces que se ocupan en mandos de gestión directiva o en cargos políticos, sindicales o colegiales. La distancia a la que son situadas —y a la que se sitúan ellas mismas— del paciente y, entonces, la proximidad a la que se encuentran de las fronteras simbólicas que separan el mundo de las enfermeras del mundo exterior que las envuelve, las hace ser consideradas como siendo más parte de la organización de salud, en tanto que ente abstracto, que de un concreto «nosotras, las enfermeras».

### **5.10.3. La organización y las enfermeras**

Las voces centrales aluden, en el transcurso de sus relatos, a las relaciones que, en tanto que enfermeras, establecen y mantienen con las organizaciones de salud en las que tratan de desplegar sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo. Las reflexiones que las participantes emiten en este sentido revelan que, tras la concepción de las organizaciones como entes abstractos, se esconden rostros de figuras concretas como son el de las enfermeras que ocupan mandos de gestión directiva, el de

las enfermeras que ejercen sus roles en cargos sindicales o colegiales, pero también el de los gerentes de dichas organizaciones<sup>50</sup>.

La aproximación que las participantes hacen de su relación con las organizaciones de salud es, concretamente, una relación marcada por una falta de reconocimiento que, si bien desde una mirada individual resulta, quizás, algo más matizada, desde una mirada colectiva resulta, indiscutiblemente, unánime. «A nivel individual me siento reconocido y hay gente que no estará de acuerdo conmigo y que no se sentirá reconocido. ¡Ahora! A nivel de la enfermería no te puedo decir lo mismo», expresa Pablo [EAp1]. El *ethos* profesional de las enfermeras se revela, entonces, privado colectivamente de valor en las organizaciones de salud.

Las impresiones que las voces periféricas refieren con relación al reconocimiento de las enfermeras por parte de las organizaciones de salud es dispar. «Yo creo que sí, muchísimo. (...) Siempre se dice que el colectivo de las enfermeras lo hace muy bien. Yo creo que sí que están muy bien valorados», expresa Elsa [MAe1]. «La institución, al final, es la que paga, ¿no? Entonces, si paga poco pues no sé...», se cuestiona Laia [MAp2]. «Yo creo que (están) cada vez más reconocidas. El proceso es lento y, desde mi punto de vista, no lo son lo suficiente ni salarial ni competencialmente», afirma convencido Luís [MAp2].

Las participantes declaran, en este sentido, que su posible reconocimiento depende de que sus prácticas sean consideradas útiles para el rendimiento de las organizaciones en las que se desempeñan, una utilidad que responde a su ajuste a las exigencias que, inspiradas en los rasgos que ellas mismas defienden, pero aplicados a un *otro* plural, se proyectan imperativamente hacia ellas. La sensación de ser instrumentalizadas de manera continua por parte de las organizaciones de salud, de recibir por parte de ellas un trato

---

<sup>50</sup> Las relaciones que unen a las enfermeras asistenciales en ejercicio clínico a las enfermeras en mandos de gestión intermedia son, por momentos, contempladas como relaciones que unen a las participantes con la organización de salud en la que se desempeñan. Este es el motivo por el que en el transcurso del presente código se incluyen algunas de las reflexiones que las voces centrales emiten hacia sus relaciones con este perfil de voz central.

despersonalizado, resulta, entonces, un hallazgo común en todos y en cada uno de los relatos de las voces centrales.

Tienes que hacer muchas cosas para que (como enfermera) te vean (refiriéndose a la organización de salud) como un profesional útil · Ana [EAe5]

La instrumentalización sentida por las enfermeras se materializa, concretamente, en el reporte, en palabras de Diego [EAe3], de sentirse tratadas como «números». Las participantes se sienten como recursos que pueden ser desplazados de un lado a otro sin importar su expertía ni la naturaleza de las tareas a asumir y sin tomar en consideración los efectos que esta práctica puede tener sobre ellas y sobre el proceso de atención al paciente. Lo son según las necesidades que, en cada momento, las organizaciones de salud presentan, necesidades que una vez resueltas, desencadenan su desecho como si, en palabras de Olivia [EM2], de «recursos de usar y tirar» se trataran.

Mi jefe, en base al personal que tiene, decide dónde me pone. (...) No se tiene en cuenta para nada (silencio prolongado) ni mis conocimientos, ni mi experiencia, ni mi situación, a veces, personal. ¿Me explico? O sea, el hecho de que tú cada día estés en un quirófano diferente, que no se tengan en cuenta tus preferencias... A mí, por ejemplo, me gusta estar en traumatología, bueno pues... a lo mejor durante un año ni un solo día voy a traumatología. Siempre me ponen en otorrino, en oftalmología, en cosas que odio profundamente, que no me gustan (se ríe). O sea, nunca te dan un caramelito. Al revés, el caramelito te lo dan el día que hay una intervención que es muy, muy, muy complicada, muy compleja y que como saben que tú la puedes sacar... Entonces, ese día te dicen: «No, Clara, es que tú vales mucho...» · Clara [EAe6]

Ahora tenemos la figura de los *pools* aquí, en nuestro centro, y la verdad es que ha sido un gran avance porque si está disponible me lo pongo (refiriéndose al pool) para que me pase la consulta mientras yo me dedico a otras tareas · Emma [ECdAp2]

Mi vida laboral es muy larga... ¡Todo son días sueltos! (refiere con relación a haber sido desplazada continuamente de un lugar de trabajo a otro) · Olivia [EM2]

Se aprovechan mucho de ti y te llaman para... «¿Quieres ir hoy a trabajar a tal sitio?». No piensan en que tienes una vida y cuando les dices que no, encima se enfadan · Valeria [EAp6]

Hay movimientos entre sustitutos que dices... «Pues no sé qué sentido puede llegar a tener esto si ahora tengo otro cupo de pacientes que me tiene que conocer a mí, yo les tengo que conocer a ellos, volver a establecer una relación más o menos de confianza, y el puesto que yo he dejado tiene que ser ocupado por otro sustituto...» (verbaliza con un tono de incredulidad) · Pablo [EAp1]

Las participantes reportan asimismo, en el transcurso de sus relatos, observar cómo su instrumentalización en las organizaciones de salud desencadena que los resultados de las acciones que emprenden en ellas les son, frecuentemente, usurpados para ser transformados, de manera inmediata, en logros de los que las organizaciones se apropian. El mérito de las contribuciones de sus prácticas a los objetivos organizacionales son, de este modo, sumidos en una profunda ausencia de reconocimiento. La reificación que domina el habla de las voces centrales en este contexto resulta ser especialmente reveladora.

En este hospital tenemos un registro de caídas y esto nos permite saber, en la medida en la que se está aplicando, cómo se han ido reduciendo. Aquí podemos decir que tenemos una de las tasas más bajas de caídas (explica sin mencionar a las enfermeras que son quienes se encargan de cumplimentar dichos registros y quienes, junto a otros profesionales, implementan los planes de cuidados que resultan en la prevención de dichas caídas) · Sergio [GAe1]

Queda muy mal en el papel poner que tenemos tales cifras o tenemos tales otras, y eso es como súper gráfico. (...) Queda muy bien decir «¡Ay! Hemos bajado la lista de espera tanto, hemos operado tanto...». Bueno... Eso no son los médicos solos... Si no tienen al resto del

equipo y a las enfermeras (hace una mueca)... No operarían a nadie, por mucho que quisieran... · Lara [EAe7]

Las voces periféricas médicas se muestran, asimismo, conocedoras de y sensibles a la cuestión de la instrumentalización de las enfermeras en el interior de las organizaciones de salud. La perspectiva que, en este sentido, los participantes médicos mantienen sobre la cuestión del desplazamiento de un lugar a otro al que ellas se ven expuestas difiere, sin embargo, de la que sobre ella mantienen las voces centrales y es que el proceso de análisis de los datos generados a partir de los relatos de los médicos manifiesta, en ocasiones, una migración del foco que se dispone sobre el perjudicado desde las enfermeras y los pacientes hacia ellos mismos.

Yo creo que también les puede suponer un problema en su trabajo el hecho de tener que moverse de una unidad a otra cuando parece que ya están asentadas en un sitio, ¿no? Te han destinado al servicio de Cardiología y, pues, ahí tienes que aprender muchas cosas. ¡Yo que sé! Telemetría o lo que sea... Y, «ahora te mandamos a ginecología», que no tiene nada que ver, ¿no? · Elsa [MAe1]

Probablemente se encuentran con el problema de que entran en una UCI, que es un entorno muy específico, sin haber recibido, a lo mejor, un período previo de adaptación. (...) Luego, por los temas de la bolsa (de trabajo), pues... Cuando uno ha cogido esa experiencia como para poder estar cómodo y bien integrado en un equipo, tiene que marcharse. Yo creo que es un aspecto que se podría mejorar. (...) El problema de: «Hoy estoy aquí, pero a lo mejor mañana me mandan a una planta o a un quirófano», ¿no? Esa incertidumbre de decir: «No sé dónde me mandarán luego»... Yo creo que puede ser un problema porque uno no se implica con el trabajo actual o la propia incertidumbre le mantiene un poco fuera de juego, ¿no? (...) Yo creo que enfermería lo padece, pero que es un problema que vivimos todos · Jorge [MAe2]

Las declaraciones de Sergio [GAe1] a este respecto resultan especialmente paradójicas y es que, si bien a través de ellas reporta que «por ejemplo, la especialización de la enfermería es algo positivo porque te permite tener una enfermería muy especializada, una enfermería de pediatría, de neonatos, de salud mental y... creo que

también van a sacar la de comunitaria» —que denota en él un desconocimiento de la realidad profesional de las enfermeras con relación a su especialización—, permite, simultáneamente, que las prácticas de desplazamiento de las enfermeras de un lugar a otro sean ordinarias en la organización de salud de la que es gerente.

Las voces centrales se retratan, por otra parte y en línea con su instrumentalización, abrumadas, desubicadas en las organizaciones de salud. «Tampoco tenemos muy claro qué es lo que la institución nos pide que hagamos. Es decir, ¿qué somos para el sistema de salud? ¿Qué pide el sistema de salud a sus enfermeras? ¿Qué es lo que tenemos que ofrecer? Te lo cuentan... Te dicen tareas, objetivos, indicadores... Pero, a veces, son cosas que... Creo que, a veces, los árboles no nos dejan ver el bosque», explica, de forma metafórica, Elena [EA<sub>p</sub>3]. La definición de aquello que pide el sistema de salud a las enfermeras emerge claramente, no obstante, mostrando que detrás de los árboles, no habría ningún bosque.

Las organizaciones de salud exigen, en este sentido, el fiel compromiso de las enfermeras. Los valores en los que sus formas de *ser* y de *expresarse* se fundamentan, los conocimientos en torno a los que sus formas de *estar* y de *actuar* orbitan y, sin ir más lejos, el mero trabajo que realizan permanecen, entonces, fuera de las exigencias del espectro de provecho de las organizaciones de salud. «Lo que le pediría a las enfermeras es que lo den todo, o sea, que sean generosas en el esfuerzo. Si cumples más o menos esto, te suele ir bien», expone, en esta dirección, Sergio [GA<sub>e</sub>1].

Las organizaciones de salud se apoyan, de manera estratégica, en el sentimiento de culpa que las enfermeras manifiestan en su relación con el *otro* y con el mundo y en sus expectativas de que, en algún momento, su «compromiso con el ámbito laboral no premiado», verbaliza Clara [EA<sub>e</sub>6], lo será, para sostener la viabilidad de esta instrumentalización. La culpabilización, por una parte, y el compromiso, por el otro, son aprovechados, en este sentido, para extraer de ellas todo su potencial y contribuir así en la productividad de las organizaciones de salud. Este mecanismo, operado sin apenas esfuerzo y mantenido de manera autónoma, no necesita, entonces, más que la colaboración de las propias enfermeras para funcionar.

Aquí solamente funciona cuando a ellos les interesa (refiriéndose al sistema). Si a ellos no les interesa, tú no les importas. (...) Es decir,



cuando el beneficio es para ellos, genial. Ahora, cuando el beneficio es para ti, a ellos no les interesa. ¡Olvídate! · Olivia [EM2]

El sistema parece que premia más al que no hace, que al que hace. Al que más hace es al que le da más caña y cuando formas parte de este grupo, tienes, además, la sensación de que no haces todo lo que tendrías que hacer y esto te genera aún más malestar (se ríe) · Elena [EAp3]

Luego te preocupas porque si tienes que pedirte un día, tal vez te influya en que te lo den o no... (hace una mueca). «¡Ay! No les hice este favor y ahora a lo mejor no me hacen este favor a mí». Y, al final, dices: «Lo paso por alto y, así, si un día yo necesito algo, a lo mejor, es más fácil que me lo den» · Lara [EAe7]

Las voces centrales reportan en el transcurso de sus relatos establecer y mantener, asimismo, una relación con aquellos organismos que, situados más allá de los muros de las organizaciones de salud en las que despliegan sus formas *de estar* y *de actuar*, se encuentran anexados a estas últimas como si de sus entidades satélite se trataran. El proceso de análisis de los datos generados sitúa al sindicato, por una parte, y al colegio oficial de enfermería, por otra parte, como los dos organismos con los que, en este sentido y de manera específica, las participantes refieren permanecer, de un modo u otro, en contacto.

Las relaciones que las voces centrales establecen y mantienen con el sindicato son relaciones creadas y desechas ante el surgimiento en ellas de una necesidad de asesoría, de información o de formación. El sindicato resulta, de este modo, ser construido como un instrumento que ejerce, pasivamente, como consultor y detentor de información clave vinculada a las condiciones laborales de las enfermeras —información clave a la que por otros medios no tendrían acceso—, pero también, activamente, como proveedor de oportunidades formativas que facilitan a las enfermeras sumar méritos para ser mejor posicionadas en las bolsas de trabajo. Las críticas hacia la labor del sindicato son flagrantes.

Lo que procuramos (desde el sindicato) es mantener a todo el mundo informado de todo lo que va sucediendo: de los acuerdos y pactos con la administración, de los permisos y licencias, de las horas de docencia,

del acuerdo de la carrera profesional, de la retribución, de la bolsa de trabajo, de las oposiciones... (...) Y lo que hacemos, también, es mucha formación continuada y facilitar tanto cursos online como cursos presenciales... · Gonzalo [ESin1]

Creo que somos un pilar bastante importante aquí. «Tengo una duda, voy a las delegadas del sindicato del hospital». «Creo que me han saltado en la bolsa de trabajo y me tocaba un contrato, ahí están las delegadas para averiguar si realmente ha pasado esto y si ha pasado ver cómo se puede solucionar». Y, después, por ejemplo, nosotros tenemos un pilar fundamental en el sindicato que es la formación y que puede beneficiar muchísimo al afiliado · Ruth [ESin2]

Considero que los sindicatos está bien que estén, pero no veo que den respuesta a los problemas que tenemos (las enfermeras). A lo mejor la respuesta no es fácil, pero esa es la percepción que tengo de ellos · Ana [EAe5]

A nivel sindical me parece una vergüenza (se ríe). Mira, el sindicato me parece lo peor, la verdad. No estoy afiliada a ningún sindicato porque realmente no creo... No creo en ellos. No creo en ellos porque a mí no me representan. ¡Estos sí que no me representan nada en absoluto! (...) El sindicato es una figura que está ahí y que poco hace por la profesión, a mi manera de ver · Nadia [EAp2]

Las relaciones que las voces centrales establecen y mantienen, por otra parte, con el colegio oficial de enfermería se dejan emerger en escasas ocasiones en sus relatos, revelando, de este modo, en realidad, la ausencia de una relación entre ambos. Los momentos puntuales en los que las participantes hacen alusión a él en el marco de sus encuentros con la investigadora se caracterizan, concretamente, por estar enfocados desde la crítica a su (in)utilidad práctica para las enfermeras y a su (in)acción ante la realidad a la que se ven obligadas a enfrentarse en las organizaciones de salud.

Hay un desconocimiento entre las enfermeras de lo que hacen los colegios profesionales. Es verdad que hacemos promoción, que damos becas de investigación, que financiamos proyectos, pero... La función

real (del Colegio) es la defensa de la profesión y de los profesionales ·  
Carolina [ECc1]

Si tú me preguntas: «¿Conoces a la presidenta del Colegio de enfermería?». ¡No tengo ni idea! «¿Sabes qué ha hecho últimamente?». ¡No lo sé! Lo único que sé es que me metí una vez en la página web del colegio y solo ví cursos holísticos (hace una mueca y se ríe), ¡y ya está (se ríe con mayor intensidad)! · Diego [EAe3]

Las enfermeras participantes describen, en definitiva, las relaciones que establecen y mantienen con la organización de salud en la que están y actúan en tanto que enfermeras, sea cual sea el *otro* al que se refieran, como siendo fría, marcada por la incompreensión, a veces real, a veces fingida. «Las organizaciones no empatizan con nosotros, son muy frías con nosotros», declara, en esta dirección, Diego [EAe3]. «(Las organizaciones de salud) saben perfectamente las condiciones en las que estamos trabajando aquí, pero, sencillamente, no les importa», expresa Lara [EAe7], aludiendo a la perversidad con la que las organizaciones se comportan con las enfermeras. «Puedes decir que sí, que están ahí (señala a lo lejos) y que no saben exactamente lo que pasa, pero sí que lo saben porque la gente habla y la gente se queja, la gente protesta y la gente pide», reconoce, en este mismo sentido, Ingrid [EAe4].

Las voces centrales, rendidas ante la percepción de una falta de reconocimiento por parte de la organización de salud en la que están y actúan como enfermeras, reducen sus expectativas hacia ellas. «No me siento reconocida ni valorada (se ríe) ¡Pero tampoco lo necesito! No necesito el reconocimiento de la institución. Yo solo quiero que la institución escuche, nos escuche, que seamos capaces de hablar», expresa, con un tono de voz exhausto, Ingrid [EAe4]. Las palabras de esta participante desprenden, de manera ilustrativa, los signos desde los que se empieza a trazar el eje de elementos políticos que dan forma a las organizaciones de salud.

### **5.11. El eje de los elementos políticos de las organizaciones de salud**

Las voces centrales trazan sobre el escenario de acción que (re)crean en el marco de los encuentros con la investigadora un tercer eje alrededor del que escogen disponer los elementos que, desde sus miradas más particulares, constituyen la estructura política de

los espacios que habitan. Estos elementos, ya introducidos y reconocidos junto a los que conforman el eje de los elementos sociales como elementos de segundo orden, se corresponden, específicamente, con la representación que, en el marco de las diferentes esferas de participación pública disponibles, las participantes tienen en tanto que enfermer\* en el mundo.

La representación no es tratada, únicamente, como una cuestión microcontextual que sobreviene en el marco de la relación que las participantes establecen y mantienen con *otros*. El proceso de análisis de los datos deja entrever, de forma sigilosa, que es asimismo tratada como una cuestión macrocontextual vinculada a los patrones de legitimidad con los que las enfermeras dicen tener que lidiar frente al *otro* y en el mundo. Las vivencias que las participantes hacen del despliegue de sus voces, de su inmersión en los espacios de participación en los que se expresan y de su acceso a las esferas de representación simbolizan las fuentes desde las que esta representación se desprende.

Los códigos «La expresión de la voz de las enfermeras», «La inmersión en los espacios de participación» y «El acceso a las esferas de representación» que se siguen a continuación desvelan y precisan, pues, las singularidades de la participación de las enfermeras en el espacio público y el eco que sus voces producen en él para construir y dar vida a la estructura política de las organizaciones de salud.

#### **5.11.1. La expresión de la voz de las enfermeras**

Las voces centrales construyen en el transcurso de sus relatos la que deviene la voz a través de la que cada una de ellas pretende transferir sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo en los diferentes espacios de participación, teóricos y prácticos, existentes y por existir, dentro y/o fuera de las organizaciones de salud que habitan. La voz enfermera que las participantes parecen erigir, en este sentido, destaca, especialmente, por ser una voz que no logra situarse frente a sí mismas, frente al *otro* y en el mundo al mismo nivel que la de otros profesionales de la salud.

Las participantes atribuyen a sus voces profesionales una serie de particularidades por medio de las que tratan de justificar la experiencia de inferioridad que de ellas hacen. Estas particularidades tienen que ver, concretamente, con la capacidad que muestran para

ser desplegadas de una manera libre, con la amplitud que pueden alcanzar en el interior de los espacios en los que se expresan, así como con el potencial que presentan para producir los efectos que de ellas esperan. Las voces de las enfermeras son descritas, en este sentido y respectivamente, como voces restringidas, inaudibles e ineficaces.

El despliegue restringido de las voces de las enfermeras se materializa en los relatos de las participantes en la proyección de un contenido temático que, lejos de ser libre, responde, casi sin excepción, a las necesidades de los pacientes a los que brindan sus cuidados, pero también en una articulación que, por lo general, lejos de ser autónoma, es dependiente de que un *otro* le de paso, de que un *otro* la autorice. Las voces centrales suelen expresarse, por consiguiente, para hablar de los pacientes y para los pacientes, pero no para hablar de las enfermeras y para las enfermeras, y solo cuando sus miradas les son explícitamente demandadas.

La falta de audibilidad de las voces de las enfermeras se materializa en los relatos de las participantes a través de una serie de indicios que apuntan, específicamente, a que deben estar preparadas para no ser escuchadas. Las voces centrales se declaran, en este sentido, como carentes de un espacio concreto desde el que permitir que sus voces profesionales dejen rastro en el proceso de atención al paciente y como provistas de un espacio concreto desde el que visibilizar, únicamente, aquellos aspectos de su práctica que un *otro* plural considera de utilidad.

Los sistemas informáticos, por ejemplo, no reflejan el trabajo independiente de las enfermeras · Elena [EAp3]

Las enfermeras no tienen una herramienta informática para desarrollar la historia clínica (de los pacientes) así como se tiene que desarrollar. No hay un módulo de cuidados en ella · Gemma [ECdAe1]

En el sistema informático, ¿qué tenemos? ¿ocho diagnósticos? Tú haces una valoración, unos cuidados y unos diagnósticos enfermeros como toca, pero el programa no está acomodado a nuestros cuidados · Javier [EAp5]

Hay mucho espacio para registrar datos, pero datos clínicos. Yo, por ejemplo, trato mucho con datos sociales y para este tipo de datos no hay

espacio donde recogerlos y donde luego sean visibles porque lo social es lo social y no interesa. Muchas veces según qué datos de interés, pues... ya directamente no los anotas · Olivia [EM2]

Las participantes perciben, en esta misma línea, que sus voces profesionales son oídas, pero solamente escuchadas por el paciente para comprender aquello que otros dicen, es decir, cuando resultan en la amplificación, con un lenguaje considerado como más cercano, de lo que otros profesionales dicen; pero solamente escuchadas por el médico en relación con aquello que facilita el desempeño de su rol profesional; pero solamente escuchadas por sus pares en relación con la adherencia a lo que el sistema espera de ellas; pero solamente escuchadas por las organizaciones de salud en relación a su contribución al alcance de las metas organizacionales.

Es muy típico... Yo tengo muchos pacientes que vienen a la consulta, que han salido de la consulta del médico y que vienen y me dicen: «No me he enterado bien de lo que me ha dicho el médico, ¿tú me lo puedes explicar?» · Lara [EAe7]

La enfermera es una fuente de información. Es la que realmente ve al paciente todo el día y la que sabe si el paciente está decaído, si está bien, si ha empeorado, si ha mejorado, cómo es el trato con los familiares... Es que si tienes alguna duda, pues, se la tienes que preguntar al enfermero o a la enfermera · Elsa [MAe1]

Tú dejas apuntado en la agenda que tal persona quiere dejar de fumar, que hay que hacerle refuerzo positivo y al cabo de dos días te lo encuentras tachado por tus compañeras (enfermeras) porque eso no se considera como una tarea que se tenga que hacer · Martín [EAe2]

No me escuchas demasiado (se refiere a la organización) hasta que te interesa, es decir, hasta que quieres hacer un cambio en la unidad. Entonces, vienes a buscarme, me utilizas y después me desechas... · Martín [EAe2]

La falta de eficacia de las voces enfermeras se materializa finalmente en los relatos de las participantes en su percepción de que estas no alcanzan a tener la influencia necesaria para producir los efectos sobre el *otro* y sobre el mundo que esperarían

desencadenar. «Nuestras palabras caen en sacos rotos», expone, en este sentido, Nadia [EAp2]. Las participantes declaran, entonces, que sus voces pasan desapercibidas, que se encuentran dotadas de una importancia menor que la que se atribuye a las voces de otros profesionales y que deben ser (re)expresadas y (re)aprobadas continuamente.

No sé si puedo decir que no se me escuche, pero no veo que después se haga algo con aquello que digo... · Elena [EAp3]

No se tiene en cuenta lo que enfermería puede aportar. (...) Tú escribes un evolutivo y ves que, al día siguiente, el médico no se lo ha leído. «Sí, está escrito que el paciente no ha descansado en toda la noche y que ha estado en delirium...». ¿Me entiendes? Y tú dices: «Y, yo, ¿qué apporto? Si lo que pongo el médico no se lo lee...» · Martina [EAe8]

Bueno, por parte de los pacientes sí que es verdad que, por lo que ellas (las enfermeras) dicen, vale más lo que les diga un médico que una enfermera. Y, a veces, (los pacientes) no las tienen en cuenta · Lara [MAp2]

Yo creo que no... No hay ninguna cosa que... No hay ninguna elección nuestra que vaya por encima de lo que pueda decir el médico. Las decisiones que tú quieres tomar necesitan de aprobación · Ingrid [EAe4]

A veces, los médicos no te escuchan a la primera, sino que tiene que haber una segunda e, incluso, a veces, una tercera vez · Cecilia [EAp4]

Las propuestas que vienen de las enfermeras se escuchan mucho menos que las que vienen de los médicos y se cuestionan mucho más · Ángela [ECp1]

El proceso de análisis de los datos generados revela que, ante la serie de particularidades identificadas, el despliegue de las voces de las enfermeras requiere de hacer prueba de coraje. «Yo creo que se necesita coraje para decir las cosas», afirma, aludiendo a esta apreciación, Elena [EAp3]. Las voces centrales explican, en este sentido, que la evaluación de los riesgos de expresar sus voces las conduce, muy a menudo, a preferir permanecer en silencio, a preferir no responder, evitando, de este modo y a

expensas de su retiro prudencial de la escena, entrar en conflicto con el *otro* y con el mundo en el marco de las organizaciones de salud.

Las participantes explican a la investigadora, así pues, que si osan cuestionar el orden de las cosas en los espacios que habitan o pronunciarse críticamente acerca de la relación que las une a los distintos elementos materiales, sociales y políticos que lo conforman, asumen el riesgo de ser construidas como sujetos insaciables, inmersos, como explica Gemma [ECdAe1], «en dinámicas de queja, queja, queja». Esta forma de ser construidas desde el exterior se infiltra, asimismo, en su forma de construirse desde el interior. «Los que me conocen saben que siempre soy pesimista, que siempre veo la cosa que falta y no la que tengo. Es verdad que mi visión negativa del mundo me hace tener este sesgo de ver las cosas que me hacen falta y no ver las cosas que tengo, y de siempre querer más, y de siempre querer lo que no tengo», relata, de manera especialmente ilustrativa, Elena [EAp3].

Las voces centrales explican, además, que al ser construidas como sujetos insaciables y como sujetos de queja, son concebidos, simultáneamente, como sujetos que molestan, que son ruidosos e incómodos para las organizaciones y, por ende, como sujetos cuyas voces tienen que ser desplazadas, apartadas, de la escena de acción. Los testimonios de algunas participantes ponen en evidencia este hallazgo a partir del relato de anécdotas vinculadas a sus propias experiencias.

Yo entiendo que tengo un perfil incómodo porque me gustan las cosas bien hechas y, entonces, intento hacer las cosas bien. A día de hoy, en según qué entornos, intentar hacer las cosas bien, ser riguroso profesionalmente e intentar mejorar las cosas por el bien del paciente, por el bien de tus compañeros, es molesto. Es molesto porque implica cambios y eso se percibe desde la institución como una molestia y (como viniendo) de una persona... Pues, eso, ruidosa e incómoda. Y eso es todo lo contrario a una valoración (asume un tono de voz aclaratorio) o es otro tipo de valoración (se ríe) · Martín [EAe2]

Mi trayectoria profesional ha sido un poco molesta en determinados momentos y eso sí que... A ver, no te puedo... No me gusta hablar de la palabra *mobbing*, ¿no? Porque... No quiero pensar que a mí me lo han hecho, ¿vale? Pero bueno, formaba parte de... Cuando molestas...



Cuando eres molesta, pues de lo que se trata es de enterrarte y de que no molestes, ¿no? (...) Mi actitud siempre ha sido una actitud crítica, sincera y coherente, pero cuando eres crítica con cosas que están pasando, pues molestas a la gente que tiene el poder... La molestas. Entonces, si molestas, en vez de escucharte y razonar y discutir y ver por qué... Pues es mucho mejor aislarte, apartarte de forma transitoria y, bueno, pues eso... que no molestes mucho, que no les incordies, quitarte esa capacidad de reclamación, de reivindicación, de... ¿no? Esto pasa en todos los movimientos sociales y... si tú vas en contra de unas ideas, pues lo mejor es mirar para otro lado... · Clara [EAe6]

Las voces de las enfermeras, restringidas, inaudibles e ineficaces, conducen a las participantes a (re)crear un clima de vacío expresivo desde el que sus necesidades no resultan definidas por ellas mismas, sino por un *otro* plural —representado por el médico, por otras enfermeras, pero también por las organizaciones de salud— que se atribuye el derecho de hablar en su nombre y de determinar qué debe ser considerado como problemático y qué no en aquello que concierne, entre otras cuestiones, a las condiciones de ejercicio profesional en las que se ven obligadas a desplegar sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\*.

Las voces de las enfermeras, restringidas, inaudibles e ineficaces, se introducen, a pesar de todo, en los diferentes espacios de participación que cada una de las participantes, desde su mirada singular, contempla disponibles dentro de la organización de salud que ocupa y en la que se ocupa para tratar de encontrar en ellos su lugar, un lugar del que —veremos— no logran, sin embargo, apoderarse de forma plena y es que la serie de particularidades que las acompañan alcanzan a tomar el relevo para condicionar su falta de participación en ellas.

### **5.11.2. La inmersión en los espacios de participación**

Las voces centrales reportan a la investigadora cómo las miradas que encarnan sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo circulan en el interior de las organizaciones de salud y se despliegan en ciertos de sus espacios de participación. Estos espacios, teóricos y prácticos, se corresponden con los distintos entornos en los que cada una de ellas se compromete, de manera activa junto

a otros, para alcanzar el objetivo concreto de influenciar aquellos procesos decisionales que orbitan a su alrededor y que producen sus efectos sobre ellas, pero sobre todo sobre los demás.

Las participantes tratan, en este sentido, los momentos en los que se emprenden los procesos decisionales clínicos como los espacios de participación por excelencia en los que son llamadas a expresar hacia el *otro* su *ethos* profesional. La consideración del paciente como el principal destinatario de los resultados de dichos procesos supone, coincidiendo con la defensa en las organizaciones de salud de un *estar* y de un *actuar* «por y para el paciente», que sea sobre ellos que las voces centrales deciden disponer el énfasis de sus reflexiones. «Te refieres a la toma de decisiones clínicas, ¿no?», pregunta, de manera automática, Diego [EAe3].

El proceso de análisis de los datos generados revela, a este respecto, que la toma de decisiones clínicas entre los miembros que conforman los equipos interprofesionales transcurre de un modo que se aleja del que para ellas representa el ideal democrático. La soberanía no parece residir, entonces, en todos y en cada uno de los profesionales que en ellas participan y es que las voces centrales explican, en palabras de Diego [EAe3], que es «el médico quien (en ellas) lleva la voz cantante» y, en palabras de Lara [EAe7], que es «a las enfermeras a las que (en ellas) se nos (las) consulta o, más bien, se nos (las) informa».

Las voces centrales manifiestan, de este modo, no poder ejercer su influencia sobre la toma de decisiones asociada a los procesos de atención directa al paciente y es que, coincidiendo con los hallazgos que en el transcurso de sus relatos apuntan a su falta de reconocimiento en tanto que enfermeras, perciben que sus contribuciones específicas no son contempladas por el *otro* y en el mundo como contribuciones que merezcan ser tomadas en consideración o que, al menos, merezcan serlo en la medida en que lo son las de los otros profesionales junto a los que (co)habitan a diario en las organizaciones de salud.

Hay médicos, por ejemplo, que van a escuchar muy poco la aportación de un enfermero o de una enfermera y que la van a tener muy poco en cuenta. Y otros, al contrario, no van a dar un paso sin hablar y decir:

«Oye, ¿a ti que te parece? ¿Tú qué piensas? ¿Qué hacemos?». Pero existe. La primera categoría todavía existe, ¿no? · Paula [ECdAe3]

El enfermero de terapia intravenosa ha recomendado la retirada de un catéter y el internista ha dicho que «este catéter no se retira». ¡Y no se retira! Esto es un problema... Es un problema que con el juicio clínico que tú haces y la recomendación que tú haces (como enfermero) pueda venir un profesional a opinar sobre este campo y que se haga, efectivamente, lo que dice este profesional... · Gemma [ECdAe1]

Se supone que las decisiones se toman en conjunto, pero bueno... al final siempre prevalece más la opinión del médico que no la de enfermería · Lara [EAe7]

Las participantes refieren ante tal situación observar cómo el paciente se ve privado del acceso a la mirada teórica —e, incluso, práctica— de las enfermeras en el proceso de atención que se le brinda y cómo ellas, en soledad, se ven obligadas a enfrentarse a las consecuencias que se derivan de decisiones que no comparten. «(Las enfermeras) tienen problemas de sufrimiento moral cuando los médicos toman decisiones que ellas no comparten y no tienen posibilidad de discutirlos o de influenciarlos. Creo que eso también es una injusticia hacia el usuario porque impides que un determinado juicio clínico entre en diálogo con otras miradas», explica Gemma [ECdAe1].

Las voces centrales no aportan, al margen de aquello que concierne a la toma de decisiones clínicas, detalles sobre su inclusión o exclusión en espacios de participación en los que se traten cuestiones que versen más allá de aquello clínico, sino que la alusión superficial a los mismos ocurre de una forma puntual y, en la mayoría de las ocasiones, solamente cuando la investigadora les sugiere que piensen en ellos. Los momentos en los que se emprenden procesos decisionales en los que se abordan cuestiones estructurales organizacionales emergen sistemáticamente, así pues, como espacios en los que parecen no ser implicadas ni implicarse.

Las participantes explican, en este sentido, que la toma de decisiones alrededor de las que giran los elementos que conforman el eje material de las organizaciones de salud y, en concreto, alrededor de las que giran la distribución de los tiempos, el reparto de las cargas de trabajo, la planificación y utilización de los espacios físicos y la selección de

los recursos materiales no se producen —ellas tampoco— de forma democrática, sino que cursan sin su participación y circulan en una dirección descendente, es decir, desde despachos a puerta cerrada y ubicados lejos de la práctica clínica, pasando por las figuras situadas en mandos de gestión intermedia, antes de llegar a ellas

Yo creo que la pirámide la tenemos invertida porque dependemos mucho de los directores, de los subdirectores, de toda la cadena de mandos y a nosotras (las enfermeras asistenciales) nos dejan para el final del todo. Yo creo que tiene que ser al revés. Quien tiene que aplicar las decisiones estructurales que se toman soy yo. Yo sabré si estos cambios pueden ser positivos o negativos, pero ¡pregúntalo! No hay ni diálogo ni comunicación...·(...) Nosotras no podemos tomar decisiones. Todas las decisiones de mi unidad las tiene que tomar un cargo superior, como la supervisora. La supervisora que está un despacho y que no está en contacto con la realidad (expresa con un tono de voz crítico) · Ingrid [EAe4]

Las voces centrales reportan que las escasas ocasiones en las que, de algún modo, son incluidas en la toma de decisiones estructurales organizacionales lo son, desde un punto de vista temporal procedural, al final del proceso. Las enfermeras no resultan, así pues, integradas en las etapas decisionales iniciales, en las que toda iniciativa debatida toma forma, ni en las etapas decisionales intermedias, en las que su curso es determinado, sino en las etapas decisionales finales en las que ya únicamente resta por confirmar su emprendimiento práctico. «No, no nos consultaron, ya directamente vinieron a presentarnos el nuevo material que tendríamos que usar», explica, en este sentido, Julia [EAe1].

La referencia de las voces centrales a su inclusión en otros espacios de participación situados más allá de los espacios en los que transcurre la toma de decisiones clínicas y estructurales organizacionales es más bien infrecuente en sus relatos. Esta es aludida únicamente por parte de las participantes que proceden del perfil de enfermeras en cargos sindicales en el contexto de sus comentarios acerca de las elecciones que periódicamente se celebran en el organismo sindical. La percepción que las enfermeras tienen de su capacidad de decisión en el marco de los diferentes espacios de participación que sitúan a su alcance continúa, de este modo, siendo muy limitada.

Cada cuatro años hay elecciones sindicales. Las enfermeras parece que no entienden que tienen que ir a votar para que después (el sindicato) tenga una representación mayor en la mesa sectorial y, así, a la hora de conseguir mejoras o conseguir lo mejor para nuestro colectivo, lo tengamos más fácil · Gonzalo [ESin1]

Los espacios de participación descritos por las voces centrales se corresponden, en suma y de manera específica, con espacios en los que sus voces profesionales no pueden ser desplegadas libremente y en plenitud. Las participantes apuntan, no obstante en el transcurso de sus relatos, a otros espacios en los que reconocen participar, pero a los que se aproximan, esta vez, como espacios que pueden, con mayor o menor dificultad, ser ocupados físicamente por ellas. El acceso de las enfermeras a las esferas de representación deviene, en este sentido, un hallazgo que se erige como relevante en el proceso de análisis de los datos generados.

### **5.11.3. El acceso a las esferas de representación**

Las voces centrales aportan detalles en sus encuentros con la investigadora sobre su presencia, individual y colectiva, en el marco de las esferas de representación que ubican en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud que habitan. Las esferas de representación a las que hacen alusión se corresponden, de manera específica, con las vinculadas a los espacios desde los que, en tanto que enfermeras, pueden ejercer funciones de gestión en mandos intermedios y en mandos directivos, pero también desde los que pueden ejercer funciones de liderazgo político en cargos gubernamentales.

Las participantes se retratan, en este sentido, situadas bajo un techo de cristal, siendo el acceso que presentan a dichas esferas de representación limitado y obstaculizado. «Una frase que está muy dicha es la del techo de cristal, ¿no? Me da como cosa tener que comentarlo y todo, pero realmente este es uno de los problemas», expresa, a este respecto, Gonzalo [ESin1]. «Aquí (refiriéndose al marco de la profesión enfermera), el techo de cristal es de cemento», señala Claudia [ECp2], acentuando el ya poder metafórico de la expresión. El techo al que se refieren parece, a través de los datos, tener su origen en el exterior y en el interior del colectivo enfermero.

El acceso a las esferas de representación se encuentra, así pues, por un lado, limitado por barreras que las participantes sitúan al exterior de sí mismas, es decir, por barreras

impuestas, más informalmente que formalmente, por los agentes con los que (co)habitan y por las estructuras en las que se perciben colectivamente inmersas. Las normativas que bloquean, explícita o implícitamente, la presentación de candidaturas enfermeras a los puestos ofrecidos y su exposición, una vez incorporadas al cargo, a un cuestionamiento por ser quienes son en un puesto como el ocupado devienen los principales motivos externos que sostienen el techo contra el que sienten chocar.

Nos planteábamos por qué el jefe de servicio tiene que ser un médico. En ningún sitio está escrito que tenga que ser médico, pero la convocatoria es para medicina... Y dices: «No, no cierres eso a medicina porque puede ser cualquiera». O sea... No sé... ¿Por qué una enfermera no puede ser jefe de servicio? (...) Bueno, no han salido las bases, pero sí que es verdad que hemos buscado si tenía que ser médico y en ningún sitio pone que tenga que ser médico. Ya veremos en las bases de este sitio específico si lo limitan solo a medicina, que me imagino que sí que lo limitarán. Pero, ¿por qué no lo puede hacer bien o igual de bien una enfermera? · Lucía [ECor3]

La responsable de enfermería de un determinado centro de salud ha sido nombrada coordinadora del centro y ya hay, en este momento, un recurso del Colegio de médicos diciendo que una enfermera no puede ser coordinadora, que no debería ser coordinadora del centro... · Gonzalo [ESin1]

Hasta ahora no ha habido ninguna enfermera coordinadora de centro (...) y esto ha supuesto un choque importante. (...) Parece ser que una parte del estamento médico piensa que eso es una ofensa a su superioridad (...) y que nosotras (las enfermeras) no podemos aportar todo lo que tenemos que aportar en este cargo · Emma [ECdAp2]

El acceso a las esferas de representación se encuentra, asimismo y por otro lado, limitado por barreras que las participantes sitúan en el interior de sí mismas, es decir, por barreras reconocidas como autoimpuestas. La renuencia a ocupar estas esferas, dicese generalizada entre las enfermeras, motivada por su consideración de estar alejadas del paciente, pero también por el miedo sentido a la respuesta del *otro* y del mundo —un miedo desmentido en el transcurso de algunos de los relatos de las voces centrales—

deviene el principal motivo interno que sostiene el techo contra el que las participantes sienten chocar.

Yo creo que somos las enfermeras las que no estamos aceptando estos cargos · Olivia [EM2]

Si, por ejemplo, yo tuviese que ocupar algún cargo en política... No lo ocuparía, ¿sabes? (se ríe) (...) No, no, no me veo, no veo · Ana [EAe5]

Muchos responsables tienen miedo a la hora de poner un enfermero gerente por «el qué dirán», porque «todo el mundo se pondrá en contra», pero no es verdad... ¡Es que no es verdad! Si tú eliges a la persona adecuada, no es verdad · Paula [ECdAe3]

El proceso de análisis de los relatos de las voces centrales apunta, al margen de la identificación de las barreras precedentes, que el acceso de las enfermeras a las distintas esferas de representación, situado en el encuentro fortuito y, por ende, no ambicionado, de un entramado de circunstancias que las llevan a ellas, no es interpretado como una posibilidad de crecimiento profesional, sino como una transición de carácter temporal y reversible en el sentido de que esperan y, de hecho se espera, que en algún momento de su trayectoria laboral regresen para situarse al lado del paciente, para ubicarse en el espacio que, en tanto que enfermeras, les corresponde<sup>51</sup>.

Convertirme en supervisora fue un poco un accidente · Judit [ECor1]

Yo nunca... No soy una persona ambiciosa en cuanto a cargos. Creo que he tenido, ya te digo, la suerte de que me han ofrecido determinados puestos y he podido escoger si me sumaba a ellos o no, si decía que sí o decía que no. (...) Pero, ocupar un cargo político no se me había pasado jamás por la cabeza, evidentemente · Ángela [ECp1]

---

<sup>51</sup> Este hallazgo ha podido ser iluminado asimismo a través de la identificación de que, entre las voces centrales del perfil de enfermeras asistenciales en ejercicio clínico que han tomado parte en esta tesis doctoral, han sido numerosas las participantes que se han ocupado previamente en mandos de gestión intermedia para, finalmente, regresar al ámbito de la práctica asistencial.

El acceso de las enfermeras a las distintas esferas de representación supone para ellas, de todos modos, un respiro de aire fresco materializado en oportunidades que responden a la posibilidad de comprender el sistema de salud desde una nueva perspectiva; a la posibilidad de llevar el eco de las voces de las enfermeras a los espacios en los que la toma de decisiones macroestructurales se opera; y a las posibilidades para demostrar, una vez en ellos, la capacidad no presupuesta que, como enfermeras, tienen de ocuparse en dichas esferas.

(Ocuparme aquí en el sindicato) me ha permitido conocer de dónde surge toda la normativa, todos los acuerdos, todos los pactos... Es decir, un poco todo lo que es el mundillo... (deja sin terminar su reflexión). Yo conocía más el mundillo de la práctica asistencial y aquí lo que he conocido más es la parte de cómo se elabora, de cómo, de dónde viene todo, ¿no? Tanto la normativa como las leyes, los decretos, los acuerdos, los pactos... · Gonzalo [ESin1]

Bueno, ahora mismo considero que es un regalo, entre comillas — porque no lo tendría que ser— por esta oportunidad que (ocupar este cargo) me confiere de poder hacer o de poder influir, de alguna manera, para que las voces de las enfermeras lleguen a determinados lugares donde se toman determinadas decisiones · Daniel [ECdAp1]

El hecho de que aquí, en Baleares, haya una enfermera en la esfera política, que haya una enfermera gerente... Yo creo que eso nos ha empoderado un montón a nivel colectivo, a nivel de lo que es enfermería. Nos ha empoderado y nos ha dado una visión enorme de: «¿Cómo? ¿Una enfermera siendo Consellera? ¿Y, encima lo hace bien? ¿Y, encima después de los 4 años sigue siendo la misma? ¿No la han cambiado?» O sea, que algo bien estamos haciendo las enfermeras... «¿La gerente en Inca es enfermera? ¡Uy, y lo estamos haciendo bien! ¡Uy, ya no hay tantas críticas del Hospital de Inca! ¡Uy, uy, que estamos saliendo y estamos investigando en Inca y estamos cambiando la forma de *hacer*! ¡Y esto lo lidera una enfermera!» · Lucía [ECor3]

El acceso a las esferas de representación no es contemplado desde la mirada de las voces centrales, pese a las oportunidades ilustradas, como una posibilidad de mejora



fáctica de su consideración social y política en tanto que enfermeras. Esta no logra asegurar la paridad de sus voces profesionales a las voces de los otros profesionales que ocupan y se ocupan en cargos similares en los espacios que habitan. La posición de las participantes continúa persistiendo, entonces, fijada en un rango inferior en la estructura, percibida como jerárquica, de las organizaciones de salud en las que son, se expresan, están y actúan como enfermer\* en el mundo.

∴

La sección subcategorial central nos ha permitido comprender cómo las voces centrales se han embarcado —y nos han embarcado— en un *parcour* de concientización desde el que, en voz alta y propia, han aprovechado la oportunidad brindada por su participación en esta tesis doctoral para (re)crear un escenario de acción en el que, paulatinamente, han dispuesto, hecho visible y dado vida a la relación que mantienen con cada uno de los elementos materiales, sociales y políticos que, desde su perspectiva, configuran los rincones de la matriz sociopolítica en los que se encuentran inmersas en tanto que profesionales de la salud.

La sección subcategorial de impacto y de transición en la que, de ahora en adelante, orientamos el foco de nuestra atención tiene como propósito comprender, desde una mirada más interpretativa y reflexiva, los efectos que los códigos y las subcategorías que han integrado la sección precedente generan sobre las voces centrales y, de forma más específica, sobre la condición de estatus que la relación de las voces centrales con los elementos que conforman las organizaciones de salud le confieren, sobre la respuesta que esta condición genera en ellas y sobre la capacidad de acción que perciben para, de algún modo, retarla.

Las subcategorías «La definición de una condición de estatus para las enfermeras», «La necesidad de una disociación de si» y «La percepción determinista de una falta de capacidad de acción» reúnen, en este sentido, los diferentes códigos alrededor de los que hemos decidido estructurar los hallazgos que se incluyen en esta sección. La presentación de los mismos cumple, de forma concreta, un triple cometido: dar continuidad a la categoría precedente, dar continuidad a la sección subcategorial central de la presente categoría y mediar el paso inmediato hacia la tercera y última categoría de análisis de los datos.



## **5.12. La definición de una condición de estatus para las enfermeras**

Las voces centrales, inmersas en el acto reflexivo a través del que cada una de ellas traza a su manera los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que atraviesan el interior de las organizaciones de salud, definen simultáneamente la que se erige como la condición de estatus que, en tanto que enfermeras, consideran que les es atribuida por el *otro* y en el mundo y que terminan asumiendo como propia. Las participantes se muestran, así pues, frente a la investigadora, como profundamente marcadas por una etiqueta que las acompaña en todo aquel lugar en el que tratan de desplegar sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\*.

El proceso de análisis de los datos generados revela en este sentido que, conforme las participantes indagan en la exploración de las relaciones que las unen a dichos elementos, se aproximan cada vez más al alcance de una consciencia informada sobre la posición que ocupan individual y colectivamente dentro y fuera de los espacios que habitan, siendo esta una posición frente a la que se proyectan como sujetos que, en lucha constante, se ven afectados por un conjunto de sentimientos que comparten en común el hecho de no estar connotados, precisamente, de una forma positiva.

Los códigos «La posición atribuida y ocupada puesta en estudio», «La lucha constante como parte de sus mapas cognitivos» y «El asalto de un alud de sentimientos» que se presentan a continuación albergan en su interior aquellos resultados que permiten comprender cómo las voces centrales se sitúan, en tanto que enfermeras, en la matriz sociopolítica sobre la que construyen discursivamente las organizaciones de salud en las que se desempeñan.

### **5.12.1. La posición atribuida y ocupada puesta en estudio**

Las voces centrales se sitúan en el transcurso de sus encuentros con la investigadora en uno de los múltiples puntos en los que los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que conforman las organizaciones de salud confluyen. El punto en el que se ubican les confiere, concretamente, una posición simbólica en el espacio abstracto en el que se sienten inmersas, una posición a la que nombran haciendo uso del término *estatus*. «(Las condiciones de ejercicio profesional en las que se enmarca nuestro *ser* y *hacer* en

las organizaciones de salud) nos dan (a las enfermeras) un cierto estatus» expresa, de forma ilustrativa, Ana [EAe5].

Las participantes declaran, en este sentido, que ser enfermeras se comporta en ellas como un determinante de su posición social en su relación al *otro* y en el mundo. El hecho de ser enfermeras deviene, así, la respuesta orgánica a la pregunta de por qué se ven privadas de acceso a las condiciones materiales, sociales y políticas que juzgan necesarias para habitar las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan de una manera que se alinee con la esencia de su *ethos* profesional, es decir, con la esencia de sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo.

Si nos circunscribimos al hecho de ser enfermero o enfermera, pues claro... (expresa con un tono de voz que denota evidencia, realizando una mueca y dejando sin terminar su oración) (...) La etiqueta de enfermero ahora mismo funciona como un bloqueo · Paula [ECdAe3]

Las experiencias que las voces centrales dicen hacer, entonces, del tiempo que (no) disponen, de la (sobre)carga que (no) asumen, de los recursos materiales a los que (no) tienen acceso, de los espacios físicos que (no) pueden usar, de la remuneración que (no) perciben, de las relaciones que (no) establecen con los médicos, con otras enfermeras y con las organizaciones de salud en su conjunto, así como de la (no) representación de sus voces profesionales las hace sentirse consideradas y, después, considerarse, como sujetos que encarnan profesionales situados en una posición de desigualdad en las organizaciones de salud.

El enfermero no ocupa la posición social... (Piensa) La posición dentro del contexto sanitario que le correspondería. (El enfermero) no ocupa una posición de igual · Paula [ECdAe3]

Las participantes reflexionan acerca de esta posición de desigualdad no solamente situándose a sí mismas en el espacio, sino situando también a su alrededor a los diferentes agentes con los que comparten su día a día. Las voces centrales ponen de manifiesto, de este modo, cómo cada uno de dichos agentes es distribuido en el marco de una estructura piramidal jerárquica de la que, si bien, la composición de su cúspide

parece tener acuerdo entre ellas, la base de la misma refleja la tensión que se establece entre condiciones de estatus distintas que se funden las unas con las otras.

Pues mira, arriba del todo siempre está el médico. ¡Siempre! Y te diría que, incluso, por encima del gerente si es economista (se ríe). El médico siempre, siempre, siempre está por encima. Forma parte de la estructura... Te diría que incluso ideológica, con tintes patriarcales (de las organizaciones de salud). (...) Yo me sitúo... (silencio prolongado) Bastante abajo. Te diría que casi abajo porque bueno, sé que... A ver, esto va también con mi forma de ser, ¿no? O sea, yo no considero que nadie sea más que nadie... Yo me pongo al mismo nivel que las limpiadoras e incluso por debajo de los celadores porque los celadores son profesionales que tienen mucho poder indirecto e implícito dentro de las instituciones sanitarias · Clara [EAe6]

La organización sanitaria es.... (se ríe) ¡Talmente es una pirámide (se ríe)! (...) ¿Dónde estoy? Al fondo a la derecha (se ríe). No... hombre, profesionalmente estamos... Aún tenemos estamentos por debajo (...) Sitúo por debajo a toda aquella persona a la cual somos capaces de hacerle la vida imposible sin ningún motivo. Es decir, a las auxiliares de enfermería, al personal de limpieza, a los celadores, al personal de seguridad y al personal de administración. Y sitúo por encima a toda aquella gente que está en situación de hacernos la vida imposible sin motivo alguno solo porque les apetece (refiriéndose a los médicos) · Martín [EAe2]

El proceso de análisis de los datos generados pone en evidencia que la condición de desigualdad de la que las enfermeras participantes se sienten portadoras no se opera, ni desde una mirada teórica ni desde una mirada práctica, de una manera simple y rígida. Las voces centrales dejan emerger, en este sentido, en el transcurso de sus relatos, un entramado complejo de matices que, tratados como nuevos determinantes, se entrelazan con el relativo a la profesión ocupada para afectarlas de una forma que sigue reforzando, cada vez más, su condición de estatus en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud.

Y luego, aquí, añade otros muchos factores que hacen que esto aún pueda ser peor... · Lara [EAe7]

La sobreposición dada entre las múltiples categorías a las que, en cierto modo, las voces centrales pertenecen permite vislumbrar en acción, entonces, las dinámicas de interseccionalidad que cobran vida en sus identidades profesionales. El cruce acontecido entre las categorías referidas a la profesión, al género —siendo esta la más reportada—, a la experiencia profesional y al ámbito de ejercicio ocupado sugiere, concretamente, la existencia de diferentes perfiles de vulnerabilidad desde los que las enfermeras participantes emprenden sus caminos hacia la consecución de sus aspiraciones de justicia social y política, perfiles de vulnerabilidad que determinan puntos de partida hacia ellas que divergen entre sí.

Es innegable que hay cuestiones de género que también están sobrevolando toda la... (deja sin terminar su reflexión) · Daniel [ECdAp1]

Te voy a decir una cosa (se muestra confidente). Sé que igual puede sonar fuera de contexto, pero yo creo que no. Yo soy varón y soy totalmente feminista (se posiciona). Considero que todo el mundo tiene que ser igual, sin distinción de nada, pero es verdad que yo tengo ventaja respecto al resto de mis compañeras por el hecho de ser chico. Es decir, yo en una reunión con médicos, digo algo y nadie me lo cuestiona y lo dice mi compañera —que es chica— y, a lo mejor, alguien la puede cuestionar... Yo tengo ventaja... Y me jode, ¿eh? Porque no me gusta, no me gusta... · Óscar [ECor2]

Al ser un hombre en una profesión de mujeres, somos más visibles y es más difícil invisibilizarnos. (...) Yo tengo compañeras que en turnos de trabajo han dicho que algún médico las ha tratado de una manera muy machista. Incluso, las he visto llorar... Las he visto sentirse tan atacadas —tanto por médicos varones como por médicos mujeres— que han acabado llorando. Y a mí eso no me ha pasado. (...) Entonces, entiendo que quien ejerce eso, lo hace sobre personalidades muy concretas. O sea, suelen mujeres y... suelen ser personalidades y caracteres no tan fuertes, porque yo tenía compañeras a las que me hubiera gustado ver

cómo alguien las intentaba hacer llorar. Nos hubiéramos reído todos (se ríe) · Martín [EAe2]

La enfermería es muy feminizada y claro... Todo ese ciclo vital de la mujer... Pues, creo que también nos condiciona a asumir unos u otros retos. (...) Tienes que poder conjugarlo todo... Entonces, yo creo que cuando tienes una edad más madura, con los hijos ya mayores, con menos actividades, te puedes volver a dedicar a la profesión a lo mejor con más intensidad, ¿no? · Ángela [ECp1]

Fíjate que de la cantidad de enfermeras, que yo no sé si seremos el ochenta por ciento que somos mujeres y el resto son hombres... Bueno, pues si vas a mirar... Los jefes, los supervisores... ¡Hay mucho supervisor hombre! Es que es muy significativo porque no se corresponde estadísticamente... Tendría que haber muchos jefes mujeres. (...) Por lógica no tendría que ser así. Se debería mantener la estadística · Lara [EAe7]

Hay veces que se me ha... No sé... Cuando he hecho aportaciones no siempre se me ha tenido en cuenta porque como no estoy ahí siempre (refiriéndose al centro de salud en el que suele ejercer)... Mi opinión no cuenta como la de una persona que esté siempre ahí (explica desde su condición de enfermera que enlaza contratos de sustitución) · Valeria [EAp6]

Cuando estaba recién salido de la carrera, yo hacía todo lo que me mandaban (los médicos). (...) Tú decías «amén» sabiendo que lo que estabas haciendo no lo estabas haciendo bien. Ahora ya estoy en otra situación. Ahora ya tengo la fuerza y el recorrido para defender nuestro (deja sin completar su reflexión)... · Javier [EAp5]

Enfermería, en la UCI, está súper valorada, pero tú te vas a quirófano y ahí se acabó todo. Ahí vuelves años atrás. ¡Años, no! ¡Décadas! ¡Generaciones atrás! Ahí sigue estando el médico (pronuncia abriendo sus ojos y asintiendo con la cabeza) y vamos... No te digo el ATS para no ofender a nadie, pero... (deja sin terminar su oración) · Diego [EAe3]

La visión de la enfermera de hospital para mí no tiene nada que ver y me costaría trabajar en un hospital, sobre todo, por el tema de la jerarquía. Yo creo que está mucho más marcado. Tienes menos poder de decisión en el día a día. Yo creo que, en este sentido, es un lujo poder trabajar en Atención Primaria · Nadia [EAp2]

Las participantes declaran colectivamente tener la sensación, en este sentido, de tener que enfrentarse a un entramado de formas de injusticia que las desplazan y al que otros colectivos profesionales —en especial el colectivo médico— no debe enfrentarse dada su condición de privilegio en las organizaciones de salud. «Es como un desplazamiento», señala Diego [EAe3]. «Es como una deferencia», señala Óscar [ECor2]. «No es por comparar, pero los médicos no tienen muchos de estos problemas porque, por el simple hecho de ser médicos, es como si tuvieran una serie de derechos adquiridos», explica Nadia [EAp2].

El estudio por parte de las voces centrales de la posición que perciben que, en tanto que enfermeras, se les atribuye y asumen en las organizaciones de salud supone, al fin y al cabo, la toma de consciencia acerca de las diferencias de legitimidad existentes entre los profesionales con los que (co)habitan en cada uno de los espacios en los que se desempeñan. Es frente a estas diferencias de legitimidad que se sitúan, combatientes, como sujetos involucrados en una lucha constante por tratar de ser capaces de desplegar de una manera libre y plena sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo.

### **5.12.2. La lucha constante como parte de sus mapas cognitivos**

Las voces centrales, conscientes de su posición de estatus en las organizaciones de salud, manifiestan en el transcurso de sus encuentros con la investigadora sentir que el ejercicio de su profesión se convierte, en si mismo, en una lucha, una lucha que había empezado a gestarse en respuesta a las formas alienantes de retorno que referían obtener y retener del *otro* y del mundo a cambio de la conversión de sus formas particulares de *ser* y de *expresarse* en formas de *estar* y de *actuar*, y una lucha a la que, de un modo paulatino, van reconociendo, individualmente, pero sobre todo colectivamente, como propia.

(Ejercer la profesión enfermera) es una lucha constante, constante, constante (expresa con un tono de voz que denota en ella agotamiento)  
· Emma [ECdAp2]

(La lucha por contar como un igual en las interacciones sociales) es mi  
lucha y nuestra lucha de cada día · Clara [EAe6]

Las participantes se proyectan, en este sentido, desde su membresía a un colectivo más amplio, como «luchadoras», en palabras de Ingrid [EAe4], como «soldaditos de a pie», en palabras de Cecilia [EAp4], como ubicadas «en la trinchera», apunta de nuevo Cecilia [EAp4], como «a pie de cañón», concreta Paula [ECdAe3]. Refuerzan, de este modo, una identidad grupal desde la que, por una parte, entienden que las formas de injusticia que afectan a cada una de las enfermeras en particular, afectan simultáneamente a todas las enfermeras, y desde la que, por otra parte, reconocen que cuando una enfermera se siente en lucha constante, en lucha constante se encuentran todas ellas.

El análisis de los datos generados revela, más concretamente, que las voces centrales se encuentran colectivamente desprovistas de los recursos internos y externos por medio de los que hacer frente a la lucha en la que se reportan inmersas. «(Como enfermera) intentas hacer todo lo que puedes sin casi tener medios (...) y no lo había pensado así, pero ahora que lo dices, es muy injusto», explica, en este sentido, Lara [EAe7]. El dilema desde el que las enfermeras participantes tratan de lidiar con su condición de estatus, antes incluso de tener las condiciones necesarias para ello, se abre paso, entonces, entre sus relatos.

La sensación de estar en lucha constante invade, en definitiva, los mapas cognitivos de las voces centrales. El desánimo que este hallazgo desencadena en ellas descubre, no obstante, un detalle quizás algo más esperanzador. La sensación de estar en lucha refleja, de forma simultánea y pese al contraste que ello supone con relación a la orientación del resto de resultados que integran la presente subcategoría, que si la condición de estatus de las enfermeras puede ser combatida es porque, en realidad, lejos de ser una condición robusta, es una condición flexible cuyas brechas pueden ser ocupadas con propósitos emancipadores.



### 5.12.3. El asalto de un alud de sentimientos

Las voces centrales reportan en el transcurso de sus relatos sentirse abrumadas por un alud de sentimientos que lejos de permanecer en el interior de los límites fronterizos de sus espacios profesionales, los trasciende para irrumpir en cada uno de los espacios individuales en los que sus vidas personales se operan, y que lejos de presentar una tendencia a la estabilización, se intensifica con el paso del tiempo conforme aumenta la profundidad de la toma de consciencia sobre la condición de estatus que, en tanto que enfermeras, se les atribuye y asumen como propia en las organizaciones de salud.

El sentimiento de anulación profesional encarna, específicamente, el sentimiento más saliente y que mejor logra sintetizar las experiencias individuales y colectivas que las voces centrales hacen de las condiciones de ejercicio profesional en las que se sienten inmersas. «(La posición que ocupó en la organización de salud en la que me desempeñé) me impide ser yo. Me bloquea, me anula. (...) Y creo que no soy la única a la que le pasa esto (en referencia a no sentirse en armonía en la organización de salud en la que está y actúa). Creo que es un sentimiento generalizado», se lamenta, en este sentido, Julia [EAe1].

Las enfermeras participantes expresan, entonces, tener la sensación, dadas las relaciones que establecen y mantienen individual y colectivamente con los diferentes elementos materiales, sociales y políticos que conforman el orden institucional para ellas, de no reconocerse, de no saber quiénes son ni qué hacen, de perder el sentido que se atribuyen a sí mismas y el sentido que atribuyen a su presencia, en tanto que profesionales, en las organizaciones de salud. «(Como enfermera) muchas veces piensas y te planteas, ¿qué hago yo aquí?», hace constar, de una forma especialmente ilustrativa, Sergio [ECdAe2].

La tristeza, la frustración, la impotencia, el hundimiento y la quemazón que las voces centrales refieren experimentar en primera persona o que reportan en tercera persona observar que sus pares experimentan representan los matices que el sentimiento de anulación toma en ellas. «Te genera mucha tristeza», lamenta Clara [EAe6], «te frustra», expresa Carolina [ECc1], «te sientes impotente», declara Lara [EAe7], «te sientes hundido», deplora Pablo [EAp1], «te quema», concluye Ingrid [EAe4], buscando, a través

de su expresión en segunda persona gramatical, remover el mundo interior de la investigadora que se mantiene a su escucha.

Las voces centrales se definen, en este sentido, como estando desamparadas y es que si bien ellas no cesan de preocuparse y de ocuparse del bienestar del *otro*, perciben que nadie se preocupa y se ocupa del suyo, que nadie cuida de ellas en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud. «Yo no sé si alguien se preocupa por nuestro bienestar. Lo que yo sé son los problemas que tengo y los problemas que nadie me resuelve», explica Lara [EAe7]. «(Los problemas de las enfermeras) no son una prioridad», declara Sara [ER1]. «Nosotras cuidamos de los pacientes, pero a nosotras nadie nos cuida», concluye Ingrid [EAe4].

La sensación de encontrarse a la deriva conduce, incluso, a algunas participantes a poner en cuestión la autenticidad de las muestras de preocupación que, en ocasiones, perciben por ellas en el *otro* y en el mundo. «Yo creo que se quiere mostrar que sí, que hay una preocupación por nosotras (por las enfermeras), pero, en realidad, yo creo que no la hay (...) y que, al final, nadie se preocupa por nada de esto», apunta con seguridad Julia [EAe1], respondiendo, en cierto modo, a la narrativa de Sergio [GAe1] cuando explica, refiriéndose a las enfermeras, que la tendencia en su organización «no se trata de un usted trabaje y no me cuente».

El proceso de análisis de los datos generados revela, en este sentido, un profundo desconocimiento por parte de las voces periféricas y de los perfiles de voces centrales no asistenciales de las realidades a las que las enfermeras se enfrentan en su día a día. Los relatos de estas participantes muestran cómo los problemas a los que las enfermeras se enfrentan se suponen, se vaticinan, pero no suelen confirmarse y cuando lo hacen son tratados como cuestiones banales, interpersonales, desvinculadas de sus raíces sistémicas y estructurales.

¿Qué problemas (tienen las enfermeras de la unidad)? (Piensa) Tener que aguantarme, supongo (verbaliza irónicamente y se ríe). Mmm... Yo creo que... Los problemas que ellas puedan encontrarse a la hora de trabajar... No se me ocurren... · Judit [ECor1]

(Suspira y se crea un largo silencio) Mira, yo estoy convencida de que... Yo creo que los problemas de los enfermeros en este hospital no deben

ser diferentes a los de otros hospitales, que son: turnos, a veces, muy, muy sobrecargados, es decir, muchísima carga de trabajo y una comunicación en el equipo que, a lo mejor, no siempre es la óptima y la más fluida. (...) Yo creo que estos deben ser sus problemas. Seguro que son estos, ¿no? · Paula [ECdAe3]

Los problemas a los que se enfrentan las enfermeras tienen que ver, principalmente, con los problemas para trabajar de forma colaborativa y con las relaciones interpersonales tóxicas entre ellas... · Gemma [ECdAe1]

(Los problemas a los que se enfrentan las enfermeras) son cosas así más del día a día, muy operativas, como las relaciones con los médicos... Pero, bueno, creo que se justifica, ¿no? Cuando hablamos de que van pillados de tiempo, que los teléfonos no paran de sonar, que el médico suele estar en mil cosas... La enfermera también, pero bueno... ¿Que hay conflictos en el día a día? ¡Los hay! Pero, porque hay mucha carga de trabajo... · [GAe1]

La reducción de los problemas a los que las enfermeras se enfrentan a cuestiones de naturaleza interpersonal justifica la tendencia por parte de las organizaciones de salud a implementar estrategias de resolución de conflictos basadas en la mejora de las relaciones entre los profesionales o en la mejora del afrontamiento que las enfermeras muestran ante ellas. Las sesiones de *coaching* o la disponibilidad de un servicio de ayuda psicológica se revelan, en este sentido, como las principales estrategias movilizadas, dos estrategias ampliamente criticadas por parte de las enfermeras asistenciales, quienes renuevan el sentimiento de que nadie se preocupa por ellas.

Ahora se intenta siempre hacer... ¿Cómo se llamaba? ¡Terapias de *coaching*! Ahora se ha puesto de moda y se hacen en ciertas unidades... Viene alguien y se van analizando las habilidades de cada uno, cómo puede mejorar, cómo no... Y yo me acuerdo de que parecíamos todos tontos. (...) Esto está abocado al fracaso, porque no es actuar donde está el problema · Diego [EAe3]

Se nos ha asignado una psicóloga para que si el profesional necesita hablar, tenga la posibilidad de hacerlo. (...) Y hacemos muchísimos

cursos de comunicación. Intentamos que sean multidisciplinares, o sea, que venga también medicina. Lo que pasa es que medicina participa poco, muy poco en estos cursos. Alguno hay, ¿eh? Alguno va y tal, pero participan poco... · Lucía [ECor3]

A mí, personalmente, según qué tipo de estrategias... Que me traten como si fuese una niña me molesta... Pero supongo que esto es por mi manera de ser... · Elena [EAp3]

Las voces centrales apuntan, en este mismo contexto, que aquello por lo que las organizaciones de salud se preocupan responde a aquello que es visible, a aquello que puede poner en peligro o poner en duda la excelencia de la propia organización. Las cuestiones que pueden ocultarse y mantenerse a la sombra no son materia de preocupación. Las cuestiones que se encuentran expuestas y que son especialmente visibles son, por el contrario, atendidas con prioridad, antes de todo lo demás. Todo cuanto pueda mantenerse en la esfera privada se mantendrá fuera del espacio público permitiéndose, así, su reproducción.

No creo que (las enfermeras) seamos una prioridad. (...) Mira, se ponen con lo que es muy llamativo: las listas de espera. Ahí se actúa rápido porque queda fatal decir que hay mucha lista de espera. ¡Dinero, peonadas, reducimos la lista de espera, y ya no hay problema! Yo no creo que nuestros problemas sean prioritarios ni mucho menos. (...) Porque ya te digo... O sea, falta personal y no tienes para cubrir, pero luego tienes dinero para pagar peonadas... ¡Pues esto no lo entiendo (expresa con un tono de incredulidad)! O... Mira, compraron un ecógrafo súper caro para urgencias —que ya teníamos uno y que no estaba obsoleto ni mucho menos— y yo dije: «¡Venga, hombre, pero si con esto tenéis dinero para pagar a una auxiliar un año entero!». Pero, instalaron esto y... (deja sin terminar su oración) · Lara [EAe7]

Las participantes expresan, por otro lado, no percibir que los sindicatos y los colegios profesionales se preocupen y se ocupen del bienestar de las enfermeras en la medida en la que ellas esperarían. «No hay ningún colectivo que se preocupe de nosotros», señala Martín [EAe2]. «Ni siquiera hay un movimiento sindical y profesional que defienda de una forma coherente y responsable lo que es la enfermería», explica Clara [EAe6]. «El

sindicato es una figura que está ahí y que poco hace por la profesión», apunta Valeria [EAp6]. «El Colegio hace más que el sindicato, pero tampoco es que haga mucho por nosotras», apunta Olivia [EAp3].

El análisis de los relatos de las participantes que se ocupan en cargos sindicales corrobora, en cierto modo, los hallazgos precedentes y es que si bien Ruth [ESin2] defiende que «ese posible alguien que vela por tus intereses somos nosotros (refiriéndose al sindicato) y esto es lo que intentamos transmitir al afiliado: que lucharemos para que se haga justicia por todos sus derechos», Gonzalo [ESin1] se encuentra en apuros para explicar qué significa la acción sindical. «A ver... La acción sindical... A ver si me sé... Porque aunque estemos todo el día inmersos en ello... A ver... Nosotros un poco esto... (...) La acción sindical es pues eso... Facilitar el trabajo paralelo de las enfermeras, que no es el puro y duro», explica.

El alud de sentimientos experimentado por las voces centrales corre el riesgo, en suma, de desencadenar en ellas, en palabras de Ana [EAe5], «un estado de claudicación» desde el que la (re)consideración de sus motivaciones y de sus intenciones de abandonar la profesión se hacen cada vez más prevalentes. «Yo no sé si volvería a ser enfermera», reconoce Julia [EAe1]. «Si hubiera podido, hubiera dejado la profesión», declara Lara [EAe7]. «Yo no conozco a otros profesionales que hayan dedicado toda su vida a una profesión y que terminen dejándola (...), pero enfermeras conozco a muchas», se lamenta Martín [EAe2].

### **5.13. La necesidad de una disociación de si**

Las voces centrales, conscientes de la condición de estatus que se les atribuye y que asumen dentro y fuera de las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan como enfermeras, se embarcan en un proceso de transformación de la relación que establecen consigo mismas, con el *otro* y con el mundo mientras dura la proyección de sus miradas sobre los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que conforman el orden institucional para ellas. Lo hacen con el fin último de ser capaces de sobrellevarlo a la vez que aseguran, aunque sea de una manera juzgada como no plena, el despliegue de sus roles profesionales.

El proceso de análisis de los relatos de las participantes revela, en este sentido, que existe en cada una de ellas una búsqueda continua —no solamente en el marco de las entrevistas, sino también en su día a día en las organizaciones de salud— de distanciarse, de separarse, de disociarse de quienes son, de qué hacen y de qué experiencias hacen de sus realidades. Buscan de este modo, renovando los límites simbólicos de sus mundos, protegerse de un *otro* y de un mundo que no parecen dejar pasar la ocasión de herir la esencia de su *ethos* profesional, una esencia considerada necesaria para asegurar el bienestar del destinatario de todas sus acciones: el paciente.

Los códigos «El distanciamiento forzado de la propia experiencia», «El desarrollo reflejo de un sentido de tolerancia» y «El relevo responsable de un entorno deficiente» que se presentan a continuación conforman el espacio en el que se reúnen aquellos hallazgos que permiten dar luz a cómo las voces centrales asumen, inicialmente, su condición de estatus como enfermeras en las organizaciones de salud.

### **5.13.1. El distanciamiento forzado de la propia experiencia**

Las voces centrales reportan que su inmersión en el proceso reflexivo por medio del que trazan los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que atraviesan las organizaciones de salud y del que toman consciencia de su condición de estatus en ellas representa un proceso, en cierto modo, arduo y doloroso. Este implica reconocer la vulnerabilidad que, en tanto que enfermeras, presentan frente al *otro* y en el mundo, una vulnerabilidad que no cesa de crecer y que refuerza el alud de sentimientos al que se refieren expuestas.

(Esta) no es una reflexión que alguien quiera hacer o (una reflexión) que no cueste hacer porque implica entender que «soy enfermera, (que) no sé hacer nada más y (que) es posible que tenga que dejar de ser enfermera porque esta situación acabe conmigo». No, no es una reflexión agradable... (expresa con un tono de voz que denota abatimiento) · Martín [EAe2]

Las participantes se sienten, por su bien, pero sobre todo por el bien del paciente, en la necesidad de mantenerse a una cierta distancia de quiénes son porque es al desprenderse de si mismas, al convertirse en espectadoras de sus propias realidades, que perciben que

su *estar* y su *actuar* en tanto que enfermer\* continúan siendo posibles. «(Como enfermera) tienes que despersonalizarte o tomar una distancia irreal sobre lo que está pasando o...», expresa, en esta dirección, Martín [EAe2], sin terminar de comunicar sus reflexiones, pero dejando emerger a través de ellas el sentimiento de encontrarse forzado a separarse de sí.

La disociación en la que las voces centrales reportan encontrarse inmersas cumple, en este sentido, la misión de permitirles hacerse desaparecer del escenario en el que todo suceso ocurre para protegerse, individual y colectivamente, de las experiencias que de él hacen y que quisieran no haber tenido que reconocer como reales y, sobre todo, como propias. El revestimiento defensivo que este proceso supone les otorga, de este modo, la posibilidad de «desconectar mientras tienen un pie dentro de la organización», en palabras de Julia [EAe1], su *ser* y su *hacer* más auténticos del *ser* que se ven obligadas a mostrar y del *hacer* en el que se ven obligadas a ejercer.

Las formas de *ser* y de *expresarse* que las voces centrales despliegan se convierten en formas extrañas para ellas de *ser*. «Ser enfermera para mí era una cosa y ahora me doy cuenta de que es una cosa totalmente diferente (...) con la que no me siento a gusto», sostiene, en este sentido, Julia [EAe1]. Las formas de *estar* y de *actuar* que las voces centrales despliegan se convierten en formas frías y puramente instrumentales de *hacer*. «¿Al final qué es? Un trabajo por el cual tú recibes dinero (y es que) el paciente es importante, por supuesto, pero, al final, es una transacción económica», se lamenta, en esta dirección, Clara [EAe6].

Las experiencias individuales y colectivas que las participantes hacen de su *ser* y de su *hacer* en las organizaciones de salud terminan, entonces, desprendidas de quienes las portean con el propósito explícito de evitar el conflicto que dejarse afectar por ellas podría desencadenar consigo mismas, con el *otro* y con el mundo. «¿Cómo te diría? Digamos que... (realiza una pausa reflexiva y continúa su relato) Me mantengo al margen porque el conflicto es muy gratuito, ¿no?», se plantea, a este respecto, Diego [EAe3]. Y es que, al final, el distanciamiento de sí es una cuestión, como indica Clara [EAe6], «de supervivencia».

Las voces centrales se cuestionan, ante la necesidad sentida de disociarse de sí, cómo han podido llegar a alejarse en tal medida de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y

de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo. «A mí lo que más me llama la atención —insisto y recalco— es cómo ejerciendo el cuidado, es decir, cómo creyendo en esos valores de cuidar al *otro*, en esos valores de confianza, de seguridad, de respeto, de altruismo, etcétera, (las enfermeras) nos hemos olvidado de la ética del cuidado (...), nos hemos olvidado del significado de cuidar», se lamenta, en esta dirección, Clara [EAe6].

El distanciamiento que las voces centrales hacen de si mismas y de sus propias experiencias parece, entonces, tener un precio y es que volver hacia ellas les resultará cada vez más complicado. Deberán estar dispuestas a asumir el peso de los corolarios asociados al retorno a aquel *yo* que, malherido y desprovisto de energía, había decidido que lo mejor a hacer era disociarse de si mismo, aún corriendo el riesgo de permitir la libre circulación de las formas de injusticia que lo acechan y de bloquear el despliegue de su agencia política a causa de la ruptura del vínculo moral que este establece con él mismo, con el *otro* y con el mundo.

### **5.13.2. El desarrollo reflejo de un sentido de tolerancia**

Las voces centrales se muestran implicadas, de una manera teórica en sus encuentros con la investigadora y de una manera práctica en su día a día en las organizaciones de salud, en el desarrollo reflejo de «un sentido de tolerancia», en palabras de Gemma [ECdAe1] y de «un sentido de aguante», en palabras de Lara [EAe7], hacia el que contemplan como el orden de las cosas en el que intentan desplegar las formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* que encarnan como enfermer\* en el mundo, un sentido de tolerancia y de aguante que consideran y defienden como siendo particular a su colectivo profesional.

No concibo... O sea, todo esto que hemos hablado, lo trasladas a cualquier otra profesión y es inconcebible. Es decir, es inconcebible que un colectivo tolere y aguante todo esto y encima se vaya a casa y se sienta bien, ¿no? (remitiéndose a las formas alienantes de retorno). Entonces, (las enfermeras) hemos generado esos mecanismos por los que nos vamos a casa y nos sentimos bien, pero somos capaces de contarte todo este... todo este abanico de porquería (gesticula formando círculos), (...) y por los que conseguimos tener ganas de levantarnos al



día siguiente para ir a trabajar. (...) Ya está, lo toleramos · Martín  
[EAe2]

Las participantes consolidan, concretamente, su sentido de tolerancia embarcándose en un proceso de análisis constante por medio del que evalúan y sopesan la importancia de las experiencias que hacen de sus realidades respecto a los motivos por los que están y actúan en las organizaciones de salud. «Canalizan, priorizan sus inquietudes», puntualiza, en esta dirección, Ángela [ECp1]. Sitúan el bienestar de los pacientes por encima de todo. Mientras, racionalizan, banalizan, minimizan todo cuanto viven, recluyéndose, de nuevo, en la esfera reducida, íntima e infranqueable alrededor de la que erigen los límites simbólicos de sus mundos y posicionándose, de nuevo, en un segundo plano.

La minimización movilizada por las voces centrales se manifiesta, en este sentido, en su tendencia a desplazar la atención de sus sentidos hacia la relación que establecen con los pacientes y con las familias que atienden a la vez que tratan de convencerse a sí mismas, pero también a la investigadora, de que las condiciones de ejercicio profesional que configuran las realidades que habitan y que narran de manera descriptiva no son tan dramáticas, tan perniciosas. «Muchas veces quitas hierro al asunto o haces ver que lo que pasa no es tan, tan, grave. Te acostumbras a las cosas, a poner callo, dicen», expresa, de forma especialmente ilustrativa, Julia [EAe1].

La mirada particular que las voces centrales proyectan sobre sus realidades se revela, incluso, como una mirada hasta un cierto punto moralizante y es que la percepción de formas de (in)justicia en las organizaciones de salud se enmarca a través de ella en un contexto que, más amplio, responde, en las voces de Elena [EAp3] y de Ángela [ECp1], de manera respectiva, a «una sociedad (que) es injusta por naturaleza» y a «una vida (que) es injusta por naturaleza». Las enfermeras participantes exponen, en este sentido y con el fin de apoyar la presente consideración, un entramado de situaciones que juzgan como más injustas que las que ellas viven en primera persona.

Las realidades en las que ellas u otras estuvieron inmersas en el pasado, con un «hace unos años las condiciones eran mucho peores» de Víctor [EM1]; las que dan forma a otros espacios, con un «aquí, en comparación con otros lugares, estamos muy bien» de Martina [EAe8]; pero también, las que habitan otros colectivos sociales, con un «no creo que la

injusticia hacia nosotras (las enfermeras) sea más grande que la injusticia hacia otros colectivos y, de hecho, creo que es mucho más grave en otros colectivos, (...) la que padecen los inmigrantes, las mujeres o las personas con menos recursos, ¡esto sí que es una injusticia real, social!» de Elena [EAp3], resultan las más aludidas.

La firme consideración de que la supuesta mayor injusticia experimentada por *otras* suponga, consecuentemente, una situación de menor injusticia para ellas hace que las participantes consideren que, tal vez, la suya sea una mirada distorsionada de la realidad. «Yo creo que (las enfermeras) no estamos tan mal como pensamos que estamos», sugiere por su parte, en esta dirección y con un tono de voz dubitativo, Ruth [ESin2]. «(Las enfermeras) seguramente podríamos estar mejor, pero yo no tengo la sensación de que estemos especialmente mal», añade, por su parte, en esta misma dirección y perplejo, Daniel [ECdAp1].

Las voces centrales logran, en definitiva, por medio del desarrollo y del despliegue de su sentido de tolerancia hacia las realidades vividas en las organizaciones de salud, «justificar aquello injustificable», en voz de Martín [EAe2], «hacer como si (todo aquello que las rodea) no existiera», en palabras de Julia [EAe1], tratando de tener siempre presente «un punto de luz» al que, desde la mirada de Pablo [EAp1], aferrarse, estableciendo la relación menos nociva posible consigo mismas, con el *otro* y con el mundo, pero, por contrapartida, despolitizando y permitiendo la (re)producción de la injusticia que las acecha.

### **5.13.3. El relevo responsable de un entorno deficiente**

Las voces centrales se asumen unánimemente, a la luz de los hallazgos vinculados al distanciamiento de sus propias experiencias y al desarrollo de un sentido de tolerancia, como el rostro visible de las organizaciones de salud y, más allá de ellas, de un sistema de salud que consideran significativamente deficiente en aquello que concierne a la provisión de las condiciones de ejercicio materiales necesarias para desplegar, de forma plena y coherente, las formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* que se corresponden con su *ethos* profesional como enfermer\* en el mundo.

El trabajo lo sacas adelante. Lo que no se ve es a qué coste... · Lara  
[EAe7]

Tenemos la suerte de tener un sistema sanitario que funciona muy bien. Tenemos profesionales muy comprometidos que tiran adelante con unas cargas de trabajo que, a veces, son muy importantes, y las personas están bien atendidas, en general · Daniel [ECdAp1]

Las participantes sienten, de este modo, la responsabilidad de actuar individualmente para mantener, en la medida de lo posible, la calidad de los cuidados que brindan a los pacientes frente a la que perciben como una clara ausencia de respuestas estructurales dirigidas a la mejora de las condiciones de ejercicio a las que se encuentran expuestas. «(Las enfermeras) somos las que sacamos el hospital adelante, somos la base de que todo funcione», «las que siempre vamos parcheando (las deficiencias existentes) para que la cosa (refiriéndose al trabajo) salga», defienden, respectivamente y de una forma ilustrativa, Sergio [ECdAe2] y Cecilia [EAp4].

El análisis de los relatos de las voces centrales revela que es, concretamente, en una dinámica de mimetización, es decir, en una dinámica de amoldamiento al *otro* y al mundo que las participantes se ven forzadas a implicarse. Lo hacen manifestando una dominancia textual de «dependes» y de expresiones en modo condicional, así como una dominancia pragmática de adaptaciones bajo las que subyacen actitudes de resiliencia para ser capaces de perseverar en el acto de cuidar del *otro* a pesar de los desafíos a los que la traducción de sus formas de *ser* y de *expresarse* en formas de *estar* y de *actuar* se enfrenta en las organizaciones de salud.

Lo que haces es sobrevivir, adaptarte. (Las enfermeras) somos resilientes, ¿eh? (expresa riéndose y solicitando el acuerdo de la investigadora). Somos resilientes (verbaliza en un suspiro) · Ingrid [EAe4]

(Como enfermera) tienes que adaptarte. ¡Pero es que enfermería es esto! Es decir, tienes que adaptarte a las situaciones que te vienen porque si no... (deja sin terminar su oración) · Pablo [EAp1]

Las voces centrales, mimetizadas en los espacios que ocupan y en los que se ocupan, se pierden cada vez más a si mismas. Se funden en el *otro* y en el mundo renovando el distanciamiento que adoptan con relación a sus propias experiencias. Las participantes muestran, a este respecto, desplegar un entramado de acciones de distinta naturaleza sobre

los elementos materiales que conforman las organizaciones de salud para tratar de prevenir —y, en su defecto, hacer frente a— las consecuencias que de ellos se derivan sobre los pacientes.

El tiempo, situado por las voces centrales fuera de su alcance, se erige en sus relatos como un objeto del que, si bien no se consideran dueñas, deben, de forma paradójica, esforzarse a gestionar. Las enfermeras participantes refieren, en este sentido, entregar de forma gratuita una parte de su tiempo personal a las organizaciones de salud en las que están y actúan como enfermeras para asegurar que los procesos de atención a los pacientes en los que participan respondan a sus criterios de calidad. «(Como enfermera) estás poniendo siempre de tu tiempo para que el funcionamiento de todo vaya mejor», explica, en este sentido, Pablo [EAp1].

El inicio deliberadamente prematuro de sus turnos de trabajo, la compresión o la supresión completa de los tiempos estipulados para la dedicación a uno mismo y la demora del fin de sus turnos de trabajo devienen, a este respecto, los momentos en torno a los que las participantes reportan movilizar acciones de priorización para paliar los posibles efectos nocivos que la particular concepción del tiempo en las organizaciones de salud puede ocasionar sobre la calidad de los cuidados prestados a los pacientes.

¿Puedo ejercer así como me gustaría? Pues... Prácticamente sí, pero muchas veces en detrimento de mi tiempo, en detrimento de que vengo un poco antes, me quedo hasta más tarde o me quedo sin merendar, simplemente. ¿Me entiendes? · Cecilia [EAp4]

Yo para empezar el turno a las 8:00h, llego a las 7:30h para que me dé tiempo de hacer la mayoría de cosas · Martín [EAe2]

En teoría está establecida una media hora (de descanso) de 11:00h a 11:30h o de 11:00h a 11:20h, pero a veces es un poco... Pues que he cogido ese tiempo para terminar una cura y esa media hora o 20 minutos se transforman en 10 o, a veces, en nada porque me como la merienda en 5 minutos entre que se va un paciente y viene otro · Pablo [EAe1]

Y... me voy a las 15:30H pasadas. Hago más de siete horas y media cada día y aquí las dejo... · Óscar [ECor2]

Estás dando horas siempre para hacer que tu trabajo abarque lo que corresponde · Javier [EAp5]

La (sobre)carga de trabajo, asumida y vivida como inescapable por parte de las voces centrales, las conduce, en ciertas ocasiones, a introducir las distintas actividades asociadas al rol asistencial en una dinámica de multitarea, es decir, en una dinámica de abordaje y de resolución simultánea de múltiples tareas de las que se sienten responsables con el fin de tratar de ofrecer una respuesta a todas ellas sin tener que priorizar ninguna de ellas sobre las otras; o, en ciertas otras, a introducir sus distintos roles profesionales en tensas dinámicas de competición en las que el rol asistencial resulta (casi) siempre el vencedor, (casi) siempre el priorizado.

Al final, para no dejar nada sin hacer, tienes que hacer 50 cosas a la vez... Tienes que estar al paciente, al teléfono, al que me viene de la consulta con no sé qué... · Lara [EAe7]

Nosotros (las enfermeras en mandos intermedios) seguimos siendo asistenciales... Eso es un poco la guerra que tenemos entre comillas porque, por un lado, sí que es verdad que no queremos dejar de ser asistenciales, pero, por otro lado, ves que ¡es tanta la burocracia! o ¡es tanto lo que lo que conlleva el que tú puedas hacer tu trabajo de gestión bien hecho! que, al final, te cojean cosas. Entonces, dices: «Bueno... ¿Hasta qué punto dejo una cosa o dejo la otra? ¿Va todo en el mismo pack?». Es complicado porque, a veces... Vas dejando cosas y sueles dejar el trabajo de gestión... · Silvia [ERes1]

Los recursos materiales parecen mostrarse, asimismo, sujetos a gestión por parte de las voces centrales. Las participantes refieren, en este sentido, verse obligadas a adquirir por su cuenta recursos que consideran básicos, pero que las organizaciones no ponen a su alcance; a velar por el correcto funcionamiento de los recursos de que sí disponen, pero en calidad deficiente; y/o a agilizar su ingenio para, con aquello que tienen a mano y coincidiendo con su posición de *bricoleuses*, responder a las carencias cuantitativas y/o cualitativas de los recursos (in)disponibles para su práctica en los espacios que ocupan y en los que se ocupan.

Estamos en la sala de curas tres enfermeras con un tensiómetro, un termómetro y un pulsi. Me parece que son herramientas súper básicas... Y si me tengo que ir a un domicilio, no me los puedo llevar... Me he tenido que comprar un pulsi (se lamenta). Ya me compré uno, se me rompió, me gasté 30 euros y ahora me tengo que volver a comprar otro. No me parece... Me parece regular... · Nadia [EAp2]

Al final, siempre se te ocurre algo para poder sustituir el material que no tienes... Tienes que agudizar el ingenio... · Pablo [EAp1]

¡Los dosi-flow! «¡Ostras, que lo he dejado a 63 gotas por minuto y esto está cayendo a chorro! No funciona. Se tiene que cambiar». Ahora hemos tenido problemas con esto, por ejemplo. Los tenemos que vigilar. A veces la solución es que los vigiles porque se ve que... No sé qué les ha pasado... Los deben de haber hecho unos euros más baratos. No lo sé... (se ríe) · Julia [EAe1]

Los espacios físicos, limitados en su potencial para ser transformados atendiendo a la rígida arquitectura de las organizaciones de salud, se encuentran, del mismo modo y no obstante, condicionados a ser parcialmente remodelados por parte de las voces centrales. Las participantes reportan, en esta dirección, verse implicadas en la adaptación de los espacios destinados a la atención a los pacientes con el fin de asegurar que estos ofrezcan una estancia cálida y segura en su interior, pero también en la reestructuración de lugares insólitos o en la creación improvisada de espacios alternativos a los ya existentes con el fin de cubrir sus necesidades personales y profesionales.

Cuando estoy haciendo algún intercambio de diálisis peritoneal o lo que sea, como los médicos tienen que cruzar la consulta para ir al baño, pues... Pongo una cajita con mascarillas en el pasillo por si tienen que entrar... Yo cierro la puerta, normalmente, pero bueno... Si tienen que entrar les abro, pero... ¡Por lo menos que lo hagan con una mascarilla! · Lara [EAe7]

(Las enfermeras) usamos la sala de visitas para reunirnos. Ponemos un cartel en la puerta indicando que: «Esta sala, de esta hora a esta hora estará reservada. Por favor, no molestar» · Óscar [ECor2]

La remuneración, considerada a menudo por las voces centrales como inadecuada, atendiendo a la (sobre)carga y a la responsabilidad que asumen en las organizaciones de salud, supone para algunas de ellas tener que ocupar distintos puestos de trabajo a la vez para alcanzar un salario juzgado como más adecuado. La adherencia a las oportunidades que las organizaciones les ofrecen para ejercer sus roles en un sistema de guardias que resulta, no obstante y asimismo, criticado por estar mal remunerado y por beneficiar, al fin y al cabo, a las organizaciones, deviene, en este sentido, la única posible fuente de mejora retributiva para las enfermeras.

Trabajo haciendo guardias para que económicamente llegue a un salario correcto. Económicamente lo veo...¡Injusto! ¡Una injusticia (mira a la investigadora con una mirada cómplice)! Pero bueno... Me gusta mi trabajo y si por aquí no lleno eso, pues, hago guardias, que también me gusta. (...) Tengo menos tiempo libre y menos tiempo para estar con la familia, pero es lo que... Es mi trabajo y lo que me toca. Si yo cobrara más en (mi actual puesto de trabajo), a lo mejor, podría hacer menos guardias... (...) Ahora tengo que hacer cuatro o cinco para tener un nivel económico para mantener mi familia (se lamenta) · Javier [EAp5]

El perfil de «buena enfermera» se renueva, a la luz de la inmersión de las participantes en las dinámicas de mimetización, como aquel que mantiene a flote la organización de salud en la que se desempeña, (re)produciendo el estatus quo que impera en ella, «por y para el paciente». La «buena enfermera» es aquella, pues, que despliega su capacidad de adaptación para contribuir a la invisibilización de la deficiencia de un sistema de salud que, resistente a aceptar su caducidad, deviene cada vez más fuerte por medio de aquellas prácticas de las enfermeras que sugieren que ningún cambio es estrictamente necesario si ellas se encuentran presentes en él.

Las voces centrales, convertidas en el rostro visible de la deficiencia, transforman sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo para prevenir que las formas de injusticia que las acechan repercutan sobre los pacientes a los que brindan sus cuidados. Este deviene el primer indicio de la existencia de un solape entre las formas de injusticia que afectan directamente a las enfermeras y las que afectan indirectamente a los pacientes, así como un primer indicio del hecho de que

es en nombre del paciente que se reproducirán ciertas formas de injusticia a la vez que se abrirá —veremos— un amplio campo de posibilidades para remediarlas.

#### **5.14. La percepción determinista de una falta de capacidad de acción**

Las voces centrales, inmersas en un proceso de distanciamiento de sí, de desarrollo reflejo de un sentido de tolerancia y de relevo responsable de la deficiencia del sistema, transmiten a la investigadora sus impresiones de que hay poco que puedan hacer para (re)pensar el orden institucional dentro de las organizaciones de salud en las que intentan desplegar sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo y, por extensión, de que hay poco que puedan hacer para (re)negociar la condición de estatus que, dentro y fuera de ellas, se les atribuye y asumen como propia.

El proceso de análisis de los relatos de las participantes revela, en este sentido, que las participantes proyectan una mirada especialmente jerarquizada sobre las condiciones de ejercicio profesional a las que se encuentran sujetas, una mirada que condiciona, a su vez, el estado de aceptación, paciente y conformista, con el que se aproximan a valorar, confundidas y escépticas, la amplitud de la influencia que piensan poder ejercer sobre su transformación, y a entregar al *otro* y al mundo, desarmadas y derrotadas, la potestad de decidir sobre su futuro, pero también sobre el futuro de la profesión enfermera en su conjunto.

Los códigos «La fragmentación y la jerarquización de las condiciones de trabajo», «El poder prescriptivo de un destino programado» y «La (im)posibilidad de influencia en el espacio (in)habitado» que se presentan a continuación reúnen aquellos resultados que permiten iluminar cómo las voces centrales se aproximan a los espacios discursivos desde los que (re)pensar el orden institucional de las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan deviene (im)posible.

##### **5.14.1. La fragmentación y la jerarquización de las condiciones de trabajo**

Las voces centrales proyectan sus miradas sobre los elementos materiales, sociales y políticos que constituyen los ejes que atraviesan las organizaciones de salud ejerciendo sobre ellos una rígida fragmentación. Las diferentes condiciones de ejercicio profesional sobre las que las participantes reflexionan en el espacio dialógico que comparten junto a



la investigadora emergen, en este sentido, como si no mantuvieran relación las unas con las otras y, simultáneamente, como si no mantuvieran relación con los elementos macroestructurales que, situados en la base de las mismas, nutren discursivamente y sin descanso su (re)producción.

El eje de los elementos materiales es expresado, en este marco fragmentado, como un eje que, aislado del resto, afecta a las enfermeras en particular en tanto que sujetos individuales. El sentir que no disponen de tiempo, que se encuentran (sobre)cargadas, que no tienen acceso a ciertos recursos materiales y a ciertos espacios físicos necesarios para desplegar sus formas de *estar* y de *actuar* y que no perciben por ellas una remuneración adecuada representan para ellas, así pues, vivencias que las repercuten personalmente porque afectan, de manera directa, a la relación que crean y mantienen con los pacientes a los que brindan sus cuidados.

Los ejes de los elementos sociales y de los elementos políticos son expresados, en este mismo marco, como dos ejes que, aislados del resto, no afectan a las enfermeras a nivel personal, sino más bien a nivel colectivo y, de forma más concreta, a nivel del ente profesional que encarnan en común. La distancia relativa a la que las participantes sitúan las relaciones que establecen con un *otro* plural y la representación de sus voces profesionales en la esfera reducida, íntima e infranqueable que construyen alrededor de sí y del paciente sugiere, así pues, que estos elementos son considerados como menos esenciales que los materiales.

La consideración que las participantes tienen hacia los elementos que determinan sus condiciones de ejercicio profesional no responde solamente, pues, a una consideración fragmentada, sino también, y sobre todo, a una consideración jerarquizada desde la que los elementos materiales reciben sistemáticamente una atención privilegiada y es que, en su conjunto, se funden con la noción de condición de ejercicio profesional en una relación de metonimia que, reduccionista, relega a su sombra, e incluso hace desaparecer del escenario, los elementos sociales y políticos que conforman, asimismo, sus realidades en las organizaciones de salud.

La gente (las enfermeras) necesita tener cubierta la base. Lo básico son «mis turnos», «me quiero juntar días», «tengo un hijo enfermo y necesito cambiarme la noche». (...) Las cosas básicas para ellos son su

tiempo libre, su ocio, sus permisos... Si eso no lo tuviéramos garantizado, el trabajo no funcionaría... · Lucía [ECor3]

La jerarquización de las condiciones de ejercicio profesional muestra, en este sentido, cómo la percepción de la influencia que las participantes piensan poder ejercer sobre la transformación de los ejes de elementos en base a los que fundamentan la definición de su condición de estatus dentro y fuera de las organizaciones de salud comienza, de forma discreta, a perfilarse. «Yo creo que (como enfermera) prestas atención a las condiciones que más te importan y más te preocupan en cada momento específico (de tu recorrido profesional), dejando de lado todo lo demás. Priorizas, ¿no?»», explica, a este respecto, Carolina [ECc1].

Las voces centrales tienden, de este modo, aunque ello —veremos— no mantenga coherencia con la orientación general que finalmente toman las formas de acción que cada una de ellas emprende para (re)pensar el orden institucional en las organizaciones de salud, a priorizar el abordaje analítico de las cuestiones materiales, consideradas más bien básicas, antes de ahondar en el de las cuestiones sociales y políticas, consideradas más bien complementarias, corriendo el riesgo de dejar sin cubrir, así pues, algunas formas de injusticia que, al mismo nivel que otras lo hacen, determinan su condición de estatus en tanto que enfermer\* en el mundo.

#### **5.14.2. El poder prescriptivo de un destino programado**

Las voces centrales contemplan las condiciones de ejercicio profesional en las que dicen sentirse colectivamente inmersas de una forma que no solamente se caracteriza por ser fragmentada y jerarquizada, sino también por ser determinista e, incluso, fatalista. Las participantes se expresan ante la investigadora, en este sentido, como si su futuro colectivo como enfermeras y el futuro de su profesión estuvieran (d)escritos desde antaño, fueran ineludibles y no les ofrecieran la oportunidad de poder (re)escribirlos.

Las participantes sitúan en el mundo que las rodea un potencial libre de agentividad que, desde una mirada abstracta, no recogen para quedárselo y ejercerlo ellas mismas, sino que lo entregan a uno *otro* y, concretamente, a la historia, para permitir que esta lo ejerza. La historia de la profesión enfermera, en la que las historias individuales de cada una de las voces centrales confluyen, se revela, entonces, como un ente agencial capaz de

influir, de forma determinante, sobre la (im)posibilidad de transformar la condición de estatus que, en tanto que enfermeras, asumen en el orden institucional de las organizaciones de salud.

La historia de las enfermeras es retratada, de este modo, como una entidad que, en relación con el futuro de las enfermeras —pero no con su pasado— no les pertenece, siendo más bien ellas, por el contrario, las que le pertenecen. Las participantes muestran, así pues en el transcurso de sus relatos, no ser conscientes de que son realmente ellas mismas las que hacen su historia colectiva. Consecuentemente, asumen ante ella, con una paciencia lejos de ser finita, una actitud de espera a que esta les termine revelando qué es lo que tiene pensado hacer con ellas, qué es lo que tiene pensado para el futuro de las enfermeras y para el futuro de su profesión.

Las voces centrales restan, entonces, a la expectativa de que la historia haga, por su propio pie, su propio camino, que decida acerca de qué elementos del mundo interior y del mundo exterior de las enfermeras no van a cambiar o, por el contrario, sí lo van a hacer y a qué ritmo y en qué dirección lo harán. «Hay cosas que sabemos que no van a cambiar», afirma Lucía [ECor3]. «Esto es como la herencia de los caracteres. Hay caracteres que no cambian y otros que sí, pero nunca inmediatamente, sino al cabo de generaciones. La jirafa no tiene el cuello así de largo (gesticula con sus manos) de la noche a la mañana. Pues esto va a ser así», explica Diego [EAe3].

La historia de las enfermeras se vislumbra, de este modo, entre los datos generados, como oscilando entre un dinamismo, manifestado en los avances que las participantes perciben que, de manera espontánea, se han acaecido en aquello que concierne a la evolución de la profesión, y un estatismo, manifestado en una realidad circundante que ha quedado estancada en aquello que concierne a los aspectos más fundamentales de su condición de enfermer\* en el mundo. «(Las enfermeras) hemos avanzado mucho en un espacio corto de tiempo», explica Pablo [EAp1], pero, contrasta Carolina [ECc1], «creo que ahora estamos en una fase de estancamiento».

Las voces centrales, estancadas así en su historia, transmiten que será el paso del tiempo el que impondrá, de manera innata, una justicia natural en las organizaciones de salud. «A un nivel práctico, (las enfermeras) seguimos prácticamente en el mismo punto, (pero) creo que habrá justicia. No una justicia impartida por las personas, sino una justicia

natural. No sé cómo decirte... Al final, cada uno tiene lo que busca (...). Cada cosa, al final, se aposenta en su sitio. Lo que siembras recoges y, al final, las cosas caen por su propio peso», explica, en este sentido, usando un tono de voz moralizador, Clara [EAe6].

Las reflexiones que las voces centrales emiten en torno al poder prescriptivo de su historia colectiva sobre su destino desencadenan, al fin y al cabo, la prevención de su participación activa en la ideación y la implementación de acciones dirigidas hacia el remedio de las formas de injusticia que las acechan. Las motivaciones albergadas bajo sus aspiraciones emancipadoras se ven, así pues, drásticamente reducidas mientras que las formas de injusticia materiales, sociales y políticas aprovechan la aparente ausencia de voluntad de acción para (re)producir el orden institucional de las organizaciones de salud dándole robustez a falta de resistencia.

### **5.14.3. La (im)posibilidad de influencia en el espacio (in)habitado**

Las voces centrales perciben que la influencia que, en tanto que enfermeras, pueden ejercer más allá de los límites simbólicos de sus mundos, es decir, más allá de la frontera que separa la esfera reducida, íntima e infranqueable en la que se sitúan junto al paciente que atienden del mundo exterior, es restringida. La autoeficacia que las participantes sienten con relación a la transformación y (re)orientación de los elementos materiales, sociales y políticos que dan forma a las organizaciones de salud es juzgada, entonces y de manera unánime, como siendo fuertemente limitada.

No, no hay por dónde meterle mano a todo esto... · Martín [EAe2]

Luchar individualmente es complicado (...) Por mucho que tú, individualmente, quieras hacer algo es imposible (expresa impotente) · Lara [EAe7]

No creo que yo tenga poder para cambiar todo esto · Sara [ER1]

El proceso de análisis de los relatos de las participantes revela que la percepción de falta de capacidad de influencia sobre el mundo exterior es una experiencia común en el conjunto de los perfiles de voces centrales con los que la investigadora comparte espacios de reflexión, pero que también es una experiencia de la que emana una conclusión clara. Las participantes reconocen que los agentes posicionados en los perfiles que las suceden

en la estructura organizacional, sean estos agentes etiquetados como voces centrales o voces periféricas, poseen de manera indiscutible mayor capacidad de influencia que ellas mismas.

Ahora mismo, aquí donde estoy, no creo que pueda tener ninguna clase de influencia sobre esto. ¡Es que depende mucho de tu posición (en la organización)! No es lo mismo ser un peón en el ajedrez, que ser la reina, el caballo u otra figura · Olivia [EM2]

La mirada que las voces centrales proyectan, en este sentido, sobre las diferencias que perciben en su capacidad de influencia sobre el mundo con relación a sus pares es confirmada en el transcurso de los relatos de cada una de ellas. Parece hacerlo, no obstante, en una única dirección y es que si bien inicialmente se reconoce que cuanto más elevado es el rol que uno ejerce en la organización de salud mayor es su capacidad de acción, los obstáculos a los que debe hacer frente para desplegarla no solamente persisten, sino que son cada vez más difíciles de superar.

Ocupar este cargo ha supuesto para mí una oportunidad para dejar de pensar qué cosas cambiaría si tuviese la posibilidad de hacerlo o la responsabilidad de hacerlo y decir: «Bueno, entonces ahora que me están dando la oportunidad de hacerlo, venga, adelante. Si creo que hay cosas que pueden mejorar y que pueden cambiar y creo que desde esta posición puedo contribuir a ello, adelante». Luego es verdad que, desde aquí, te enfrentas a otro tipo de obstáculos... · Daniel [ECdAp1]

Igual que nosotros (las enfermeras) a lo mejor nos encontramos con obstáculos en el día a día para poder llevar esto a término (refiriéndose a las acciones dirigidas a transformar el orden institucional), ellos también se encuentran con obstáculos que los impiden avanzar · Cecilia [EAp4]

Cuando hay enfermeras que llegan a sitios estratégicos desde un punto de vista político... No es que se olviden (de lo que han vivido como enfermeras), pero supongo que también tienen las manos atadas y no pueden llevar a cabo muchas cosas que nos beneficiarían · Clara [EAe6]

Creo que, al final, ellas (las enfermeras que ejercen roles juzgados superiores al propio dentro y fuera de las organizaciones de salud) tienen una fuerza tan pequeña como la que podemos tener nosotras (las enfermeras asistenciales en ejercicio clínico), mira lo que te digo, ¿sabes? Al final, quien controla todo esto es quien controla el dinero. Estamos todos intervenidos · Ana [EAe5]

A mí se me ocurren muchas ideas, pero se me paran. Yo no mando... Yo mando aquí. Bueno, mando... (Trata de corregirse). Tengo un cierto poder, puedo tomar una decisión en mi unidad y tomo decisiones en beneficio de la planta. (...) Y, por otro lado, mis jefas están muy atadas a nivel de presupuesto, a nivel de otros grandes *lobbies* que hay dentro de los hospitales, dentro del sistema de salud o dentro del IB-Salut... · Óscar [ECor2]

Las voces centrales que integran el perfil de enfermeras en cargos sindicales y en cargos colegiales reportan, por su parte, hacer frente también a barreras que las impiden desplegar su capacidad de acción y de transformación. «Nos damos cuenta de que cuando queremos actuar, dentro de la gerencia, tenemos un tope y de que muchas cosas se quedan paralizadas a ese nivel, ¿no?», explica Gonzalo [ESin1]. «Yo creo que sí que (desde el Colegio) tenemos voz para para reivindicar. Otra cosa es que tengamos poder de decisión, que no tenemos, ¿vale? Nosotros podemos reivindicar, podemos instar a la administración para que se produzcan determinados cambios, nos podemos reunir con ellos, podemos aconsejar, pero no los podemos llevar a cabo», explica Carolina [ECc1].

La sensación sentida por las voces centrales de impotencia, de «necesitar algo, no poder tenerlo y no poder hacer nada por conseguirlo», aprovechando las palabras de Lara [EAe7], las hace mostrarse, en definitiva, ante el *otro* y en el mundo, con serias dificultades para pensar a qué se asemejaría un orden institucional alternativo y justo en las organizaciones de salud y, por ende, qué acciones deberían ser emprendidas para dirigirse hacia él. Las participantes, al no observar ninguna salida a sus realidades, entienden que lo único que pueden hacer es contribuir a reproducir el orden institucional en el que se encuentran actualmente atrapadas.

¿Pero qué haces? Cuando estás ahí metida... ¡Es que tienes que sacar el trabajo! (exclama desamparada) · Lara [EAe7]

¿Qué puedo hacer? ¿Me tengo que rebelar contra el sistema? (expresa haciendo uso de un tono de voz de burla) · Ingrid [EAe4]

Las enfermeras participantes, integren el perfil de voces centrales que integren, se descubren así frente a la investigadora, en palabras de Julia [EAe1], «atadas de manos y pies» y terminan por asumir que lidiar con el orden institucional que impera en las organizaciones de salud forma parte, indiscutiblemente, de su trabajo. «Es mi trabajo y es lo que me toca», declara de forma ilustrativa, Javier [EAp5]. La sensación de derrota individual y colectiva y la sensación de resignación invade las experiencias que las voces centrales hacen de sus realidades.

La repercusión de todo esto (del orden institucional en el que se siente inmerso) es que (las enfermeras) nos resignamos porque esto no se puede arreglar a nivel individual o colectivo, porque es injusto, así, de arriba abajo. No puedes luchar contra ello. Tienes que resignarte y comértelo (...) ya que, lo que no pueden hacer los individuos es, desde dentro, intentar cambiar esto porque el sistema está diseñado para que eso no pase (...) ¡Es como hacer rayas en el agua! No vas a conseguir nada. La sociedad está... (Pausa su relato, piensa y continúa). El sistema está muy bien planteado para que esto no cale y para que tú creas que no debe calar · Martín [EAe2]

Ir a contracorriente supone un gasto personal muy importante de energía. (...) Y, ¿qué probabilidades tengo luego de ganar? (...) ¿Merece la pena gastar mi energía en cambiar algo que yo sé que sola no voy a poder cambiar? · Clara [EAe6]

La inacción parece, entonces, consolidarse, por defecto, en los actos de habla de las voces centrales como el modo de respuesta a las formas de injusticia materiales, sociales y políticas que ellas mismas identifican en sus encuentros con la investigadora. Esta primera impresión resulta, no obstante, equívoca y es que las participantes —veremos— reportan, aunque no suelen reconocerlo explícitamente, movilizar acciones que buscan, y en ocasiones alcanzan, efectos de transformación del orden institucional que impera en las organizaciones de salud para convertirlo en un orden (más) justo de acuerdo con su *ethos* profesional.

Los cambios son súper difíciles, pero eso no significa que no tengas que ir sembrando. (...) Yo pienso que cada día siembro y, además, necesito sentirlo así porque me hace sentir bien y me hace sentir que hago el trabajo como creo que es correcto · Nadia [EAp2]



**PARTE III. EL ANHELO EMANCIPADOR: UN MOVIMIENTO SOCIAL Y POLÍTICO**  
**SIMBOLIZADO EN LAS MIRADAS, PALABRAS Y ACCIONES**

La mirada que, en tanto que enfermeras e investigadoras, proyectamos sobre la noción de agencia política llega en el marco de la presentación de los hallazgos de esta tercera categoría de análisis de los datos a su fin. Comprender el mundo interior de las voces centrales, mediante la aproximación a sus formas de pensarse, y el mundo exterior que las envuelve, mediante el reconocimiento de los ejes de elementos materiales, sociales y políticos que conforman las organizaciones de salud que habitan, resulta fundamental para comprender ahora las prácticas que emprenden para (de)construir su condición de estatus en vistas a su emancipación.

«El anhelo emancipador: un movimiento social y político simbolizado en las miradas, palabras y acciones» representa, de este modo, la tercera y última categoría de análisis de los datos generados en esta tesis doctoral. La formulación de la misma ha tenido como propósito reunir los resultados que logran capturar cómo las formas de pensarse de las voces centrales, por un lado, y el reconocimiento de los ejes de (in)justicia trazados en las organizaciones de salud, por otro, se ponen en diálogo para inspirar un movimiento que, agencial en su esencia, se dirige a la transformación del orden del mundo que las rodea cuando este no resuena con su *ethos* profesional.

Las voces centrales se muestran, entonces, a partir de este momento, como sujetos que encarnan algo más que formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* y algo más que un observatorio de lo económico, lo político, lo social y lo cultural de las organizaciones de salud. Se asumen preferentemente, aquí pues y frente a la investigadora, como agentes capaces de desplegar distintas formas de práctica sobre ellas mismas, sobre el *otro* y sobre el mundo de las que, a título de miradas, palabras y/o acciones, se sirven para (re)pensar el orden institucional que, a su alrededor y mediante su participación, se (re)produce continuamente.

La sección subcategorial preambular de la presente categoría ha tenido, en concreto, como propósito explorar, desde una perspectiva sociolingüística, cómo la agencia política cobra vida a través de los rasgos del lenguaje sobre los que las voces centrales se apoyan para reportar las prácticas en las que se sienten implicadas. Los hallazgos que en el transcurso de los relatos de las participantes han apuntado en esta dirección han tomado posición en los diferentes códigos de análisis de los datos agrupados en la única

subcategoría de esta sección que hemos acuñado «La impresión de un\* agente ético y político en el lenguaje: sobre la agentividad intratextual».

La sección subcategorial central de la presente categoría ha tenido, por su parte, el propósito de compilar los resultados que dan luz sobre las distintas formas de práctica que las voces centrales dicen emprender en las organizaciones de salud para, con un fin emancipador, tratar de remediar las formas de injusticia en las que se consideran inmersas. Las miradas, las palabras y las acciones representan, en este sentido, las formas que estas prácticas adoptan a través de sus relatos, pero también las subcategorías en base a las que hemos decidido escindir esta sección buscando deshacer la complejidad de los hallazgos incluidos en ella.

La sección subcategorial de impacto y de transición de la presente categoría ha tenido, por último, el objetivo de poner en cuestión la orientación de las prácticas reportadas por parte de las voces centrales para iniciar el que deviene un análisis en profundidad de las implicaciones teóricas y pragmáticas que de ellas se desprenden con relación a las nociones de *justicia social* y *política* en las organizaciones de salud y de *agencia política enfermera*. Los interrogantes planteados durante esta sección nos permiten enlazar el «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados» con el «Capítulo VI. Discusión» de esta tesis doctoral.

### **5.15. La impresión de un\* agente ético y político en el lenguaje: sobre la agentividad intratextual**

Las voces centrales dejan entrever en el transcurso de sus relatos la existencia en ellas de un\* agente que, con un marcado carácter ético y político, decide emerger con fuerza —sobre todo en los últimos momentos del encuentro con la investigadora— como un emprendedor de prácticas que aspira a transformar las organizaciones de salud en entornos más justos y más alineados con su *ethos* profesional. El análisis del discurso como texto revela, en este sentido, los primeros indicios de lo que podría considerarse, entonces, como una agentividad contenida en las participantes y que hasta este momento no se había hecho visible.

La manera singular por medio de la que las voces centrales se acercan a la expresión de las diferentes formas de práctica que movilizan frente al *otro* y en el mundo

persiguiendo fines emancipadores se caracteriza, en este sentido y específicamente, por ser de naturaleza agencial. Las participantes hacen, así pues, un uso particular del lenguaje para transmitir no solamente el proceso por el que construyen su *yo-enfermer\** y por el que describen el entorno que las rodea —siendo estos los rasgos del lenguaje explorados en las secciones preambulares precedentes—, sino también por el que erigen un *yo-agente* que se muestra capaz de actuar frente al *otro* y sobre el mundo.

Los códigos «La presentación de un yo comprometido con la causa emancipadora», «La construcción de un relato inspirado en el discurso político» y «La creación de utopías organizacionales» reúnen en su interior aquellos hallazgos que, vinculados a los rasgos del lenguaje presentes en los relatos de las participantes, permiten comprender cómo las enfermeras logran manifestar su agentividad a través del texto.

#### **5.15.1. La presentación de un yo comprometido con la causa emancipadora**

Las voces centrales han proyectado hasta este momento una imagen de sí que las expone al *otro* y al mundo como individuos particulares y como individuos miembros de una comunidad marcados por una falta de creencia en su capacidad de acción ante las formas de injusticia materiales, sociales y políticas en las que se perciben inmersas. Los resultados presentados en las categorías de análisis de los datos precedentes señalaban a las enfermeras, entonces, como sujetos que, al no ofrecer indicios claros de movilización transformadora, mostraban tener bloqueado su acceso a una condición de sujetos emancipados.

La perplejidad inicial con la que las participantes se enfrentaban a la idea de que sus voces pudieran ser reconocidas a oídos del *otro* como determinantes en el propósito de alcanzar una causa común —como lo es la emancipadora para el colectivo enfermero— nutría y sostenía, en este sentido, la primera impresión de subordinación irreversible que se (re)producía alrededor de ellas. El proceso de análisis efectuado especialmente sobre los datos generados en la última parte de las entrevistas con las voces centrales sugiere ahora, no obstante, que esta primera impresión no era más que eso: una simple y equívoca primera impresión.

La mirada continuada y atenta de la investigadora parece, a tal efecto y con el tiempo, convertirse para las voces centrales en un elemento primario de desestabilización de sus

incertidumbres acerca de su capacidad de acción ante las formas de injusticia que las afectan y, a su vez, en un elemento secundario de impulso hacia el despliegue progresivo de su agencia política para, precisamente, tratar de remediarlas. La ralentización que en ellas se percibía tras la toma de consciencia sobre su condición de estatus deja paso, pues, a una reactivación enérgica de sus relatos que permite la expresión de sus facetas más inquietas y militantes.

Las voces centrales renuevan así, en el marco de esta tercera categoría de análisis de los datos, su presentación al *otro* y en el mundo, asumiéndose esta vez como agentes que, comprometidos con la causa emancipadora, se alzan entre el ruido discursivo imperante en las organizaciones de salud para imponerse en él con un discurso que, más o menos propio, muestra el afán que poseen por controlar su destino. Desafiantes, las enfermeras se posicionan, entonces, frente a las formas de injusticia de una manera que, atendiendo a la aproximación presentada hasta este momento en sus encuentros con la investigadora, no hubiera podido ser anticipada.

La emergencia de un *yo* que empieza a creer en la importancia de asumir un papel activo en los procesos de transformación de las formas materiales, sociales y políticas de injusticia que atraviesan las organizaciones de salud se hace ahora evidente en los relatos de las voces centrales. El uso preferente de las formas plurales de las personas gramaticales, de núcleos verbales dotados de significado performativo, pero también de una comunicación no verbal que, más dinámica, denota una creciente movilización entre las participantes representan los rasgos del lenguaje que subyacen a la expresión de los hallazgos incluidos en la presente categoría.

Las voces centrales optan, en este sentido, por formular de manera estratégica sus oraciones desde un «nosotras» o desde un «las enfermeras» para compartir sus reflexiones individuales desde una mirada colectiva. Las formas plurales de la primera y de la tercera persona gramatical prevalecen, así, sobre las singulares en el marco de la tercera parte de este capítulo. Los sentimientos de comunidad y de solidaridad que de ellas se desprenden dotan a las declaraciones de las participantes de una lógica de acción ética y política desde la que parece gestarse el coraje necesario para responsabilizarse del emprendimiento de prácticas dirigidas a su emancipación.

Los núcleos verbales dotados de significado performativo, tales como «hacer», «decidir» o «poder», remplazan, asimismo, de manera progresiva, los que en el marco de la segunda categoría aparecen dotados de un significado más bien reflexivo, tales como «pensar», «creer» o «suponer». Las participantes alternan además, en el transcurso de sus relatos, el modo indicativo, subjuntivo e imperativo para expresar, respectivamente, las prácticas desplegadas, los anhelos perseguidos y las órdenes dictaminadas, a la vez que priorizan las conjugaciones de futuro dotando a los textos de una clara orientación hacia un horizonte deseable.

Las marcas de comunicación no verbal patentes en las acotaciones incorporadas en los fragmentos *verbatim* seleccionados para ilustrar los hallazgos de la presente categoría dan luz igualmente a la construcción del *yo-enfermer\** más agencial de las voces centrales. La toma de una postura corporal firme y abierta, la adopción de un tono de voz elevado y taxativo, así como la menor incidencia de pausas y silencios en el fluir narrativo de sus relatos se encuentran, en este sentido, entre los principales rasgos textuales vinculados a la mayor confianza con la que las participantes se asumen frente al *otro* y en el mundo en los últimos momentos de sus entrevistas.

### **5.15.2. La construcción de un relato inspirado en el discurso político**

Las voces centrales se consideran en la última parte de sus entrevistas situadas en una posición de poder que les permite desplegar una serie de estrategias discursivas que, mediante la elaboración de un marco ideológico a su alrededor, buscan persuadir al *otro* de la necesidad imperativa de que se den cambios en las organizaciones de salud para que, en tanto que enfermeras, puedan ejercer su profesión de una forma que se alinee con sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo. La apariencia que, en este sentido, sus relatos adoptan se corresponde, aunque con ciertos matices, con la propia de un discurso político.

La actitud general que las voces centrales adoptan al interactuar con la investigadora, el hilo narrativo en torno al que escogen elaborar sus relatos y los argumentos que en ellos incorporan para sostener sus reflexiones, pero también el momento en el que se inscriben y el público al que se dirigen representan los principales rasgos del lenguaje que marcan sustancialmente sus actos de habla llevándolos a adquirir, progresiva e inadvertidamente, la forma particular del discurso que el aspirante a ocupar un determinado cargo político

pronunciaría en el marco de una esfera pública dada para defender su candidatura y su programa.

Las enfermeras se hacen presentes, así pues, en los últimos momentos de sus encuentros con la investigadora, como agentes que asumen provisoriamente una actitud autoritaria, impositiva frente al *otro*. Su condición de participantes en esta tesis doctoral les permite, entonces, proyectarse en el mundo, aunque sea únicamente por esta vez, como sujetos convencidos de tener algo valioso que decir no solamente en relación con ellas mismas y con la moralidad de las organizaciones que habitan, sino también en relación con los cambios que serían necesarios para (re)pensar el orden institucional que en ellas impera.

El hilo narrativo en torno al que articulan sus relatos resulta, de este modo, curiosamente idéntico o casi idéntico de una voz central a otra. La estructura que estos presentan sigue, pues, un mismo orden enunciativo y se basa, de manera sistemática, en la elección táctica de un impacto desprendido de la condición de estatus que, en tanto que enfermeras, asumen en las organizaciones de salud; en el análisis específico de su trascendencia; en el vaticinio de los efectos que la (no) actuación sobre ellos es susceptible de desencadenar; y en el despliegue normativo final de las estrategias que deberían ser emprendidas para ponerles remedio.

La intertextualidad deviene, en relación con este hilo narrativo, el recurso sobre el que las participantes se amparan para garantizar la solidez del contenido de sus relatos. La apariencia que cada uno de ellos toma es, en este sentido, la de un texto único en el que un entramado de discursos preexistentes y procedentes, concretamente, de las ciencias empresariales —de la administración y de la economía— y de las ciencias sociales —de la antropología, de la sociología, de la psicología, de la historia, de la filosofía y de la política— concurren dialógicamente para que sus respectivos supuestos adquieran una posición dominante en los actos de habla de las voces centrales.

Las enfermeras movilizan y aprovechan, así, las oportunidades de defensa brindadas por el entramado de argumentos que circulan alrededor de los discursos que ellas mismas se encargan de (re)producir en sus relatos de una manera más o menos consciente. Impetuosos y grandilocuentes, los argumentos a los que las voces centrales recurren son enunciados, concretamente, como si de verdades absolutas se trataran; frágiles y llanos

son, sin embargo y paradójicamente, susceptibles de ser fácilmente refutados por el *otro* atendiendo a la sensible carencia de un razonamiento elaborado bajo los pilares sobre los que se asientan.

Expresiones tales como «las enfermeras somos imprescindibles», «nuestro trabajo es primordial» o «el sistema de salud caería en picado sin nosotras», oraciones construidas desde la lógica falaz de un «todo el mundo sabe que (...)» y desde la lógica tendenciosa de un «todos los estudios demuestran que (...)», pero también, retransmisiones literales de las palabras promulgadas por agentes considerados de renombre en el espacio más o menos amplio que las enfermeras participantes habitan se hallan, en el texto conformado por las transcripciones de las entrevistas, entre las fórmulas argumentales más destacadas de esta apreciación.

El momento en el que las voces centrales inscriben los que, atendiendo a los rasgos distintivos anteriores, devienen sus alegatos colectivos es, en cierto modo, indefinido y es que, en este instante del encuentro, protagonizan una evasión del presente contemplando el futuro mientras piensan en los desaciertos del pasado. Así, si bien producen sus relatos en el presente, mantienen una mirada crítica hacia el pasado, pero sobre todo, una mirada esperanzadora hacia el futuro con el fin de lograr que sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* no se vean en la tesitura de tener que (co)existir en el seno de una relación de confrontación constante con el *otro* y con el mundo.

El público al que las participantes dirigen sus reflexiones buscando la adherencia, el apoyo y, en definitiva, el voto a favor de sus alegatos se extiende, finalmente y pese a las apariencias, más allá de la investigadora con la que interactúan. Incluye, en este sentido, a *otros* para hacer de la construcción de organizaciones de salud más justas una aspiración más realizable. Así, otras enfermeras del propio o de otros perfiles de voces centrales, otros profesionales procedentes de diferentes disciplinas y otros individuos que se espera que velen por su bienestar se encuentran, implícitamente, entre aquellos con los que tratan de fidelizar.

### **5.15.3. La creación de utopías organizacionales**

Las voces centrales sienten en la última parte de sus encuentros con la investigadora la llamada a mostrar su *yo* más soñador emprendiendo un acto reflexivo destinado a



representar, de una manera teórica y con un marcado anhelo normativo, cómo podrían e, incluso, deberían ser construidas las organizaciones de salud que habitan para que estas puedan ser consideradas y, entonces, experimentadas individual y colectivamente como siendo social y políticamente justas. Las participantes se embarcan y embarcan al *otro*, a su vez y así, en un recorrido a través de la realidad a la que quisieran poder tener acceso en tanto que enfermeras.

El relato de las participantes se convierte, en este sentido, en un espacio de afluencia, a veces metódica, a veces anárquica, pero siempre dinámica, de un conjunto de ideas por medio del que las voces centrales, persiguiendo un propósito emancipador, renuevan, de manera agencial, el esbozo de los ejes materiales, sociales y políticos que, desde sus miradas particulares, atraviesan las organizaciones de salud. Lo hacen acomodando en sus mapas cognitivos las que terminan considerando y (re)creando, dada la distancia que las mantiene separadas de sus realidades actuales, como organizaciones de salud utópicas.

Las organizaciones de salud utópicas representan, entonces, el ideal normativo de organización que las voces centrales construyen a través de sus actos de habla cuando reflexionan acerca del entorno de ejercicio profesional más justo que aspiran a alcanzar, es decir, cuando piensan en el orden que en su interior debería gobernar para que sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo puedan ser desplegadas de manera libre y armoniosa y puedan resultar, por consiguiente, en la obtención y la retención de formas especialmente (con)movedoras de retorno.

El proceso de análisis de los datos generados revela, así, que la última parte de los relatos de las voces centrales se convierte en un momento de proyección utópica que deja aflorar algunos signos de su agentividad y es que la posibilidad teórica en sus mundos interiores de una organización de salud justa simboliza, en efecto, el comienzo de su posibilidad práctica en el mundo exterior. «¿Por qué no podría ser posible?» se pregunta reflexiva Ingrid [EAe4] a si misma y a la investigadora después de ilustrar el que para ella representa el escenario de ejercicio profesional ideal al que deberían tener acceso las enfermeras. «Todo esto no debería de ser una utopía, sino algo que pudiera ser realidad», continúa aportando Emma [ECdAp2].

La sospecha que las voces centrales proyectan sobre la lejanía a la que sus realidades anheladas se sitúan de las realidades que habitan invade, no obstante y finalmente, sus relatos. «Ahora te presentaré aquí algo muy utópico», previene a la investigadora, en este sentido, Emma [ECdAp2]. Los signos de agentividad identificados en el ímpetu con el que las enfermeras participantes se acogían al acto reflexivo emancipador terminan desplazándose, entonces y progresivamente, tras la sombra de las inquietudes que rodean la factibilidad práctica de sus proyectos. «Esto es una utopía, ¡es una utopía!», exclama Ana [EAe5].

El giro protagonizado por las voces centrales hacia la que puede considerarse como una falta de esperanza en la posibilidad de un futuro mejor para ellas se erige, así, como dominante en la conclusión de sus relatos. «Quizás haya sido demasiado filosófico, ¿eh?» se cuestiona, en este sentido, Víctor [EM1]. Las participantes dan, entonces, la impresión al *otro* de cargarse de valor para tratar de combatir las formas de injusticia en las que se sienten inmersas, pero terminar retrayéndose ante ellas abordando, por ende, la construcción de organizaciones de salud justas como una tarea ardua, fútil e imposible de alcanzar.

∴

La sección subcategorial preambular nos ha permitido comprender a través de los códigos que la han integrado cómo la agencia política de las voces centrales se manifiesta en el uso particular que del lenguaje hacen en la última parte de sus relatos. El proceso de análisis de los datos generados muestra, no obstante, cómo los primeros indicios de la emergencia de la misma trascienden rápidamente el discurso entendido como texto para situarse, manifestarse y concretarse en las prácticas discursivas y las prácticas sociales que las enfermeras despliegan en el marco de su participación a fines emancipadores en los espacios que habitan.

La sección subcategorial central a la que damos paso a continuación pretende, en este sentido, dar visibilidad al proceso por el que las voces centrales expresan su agencia política para (re)pensar el orden institucional que impera en las organizaciones de salud esbozando en su interior nuevos ejes materiales, sociales y políticos con o sin la intención explícita de crear y de consolidar o, incluso, de destruir para reconstruir, una nueva matriz sociopolítica que, considerada como más justa, se alinee con la esencia de las formas de

*ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* que encarnan su *ethos* profesional en tanto que enfermer\* en el mundo.

Las diferentes subcategorías en base a las que hemos decidido presentar la próxima sección se articulan de manera estratégica alrededor las manifestaciones que el despliegue de la agencia política toma en las voces centrales. «Las miradas de las enfermeras», «Las palabras de las enfermeras» y «Las acciones de las enfermeras» se consolidan, en este sentido, como las tres subcategorías que nos permiten ahondar en la comprensión de cómo las enfermeras participantes habitan agencialmente las organizaciones de salud en búsqueda de la instauración desafiante en ellas de un marco de justicia social y política.

∴

### **5.16. Las miradas de las enfermeras**

Las voces centrales manifiestan el despliegue de su agencia política en el transcurso de sus relatos a través de la proyección de una mirada particular sobre la relación que aspiran a construir consigo mismas y con la profesión que representan. Lo hacen en el marco del que deviene el proyecto emancipador que, orientado hacia y articulado desde una noción de justicia social y política no preestablecida, sino elaborada por ellas mismas en sus encuentros con la investigadora, es vislumbrado por cada una de ellas como un posible horizonte al que aspirar y dirigirse colectivamente en tanto que enfermer\* en el mundo.

Las miradas que las participantes proyectan en este espacio muestran, entonces, cómo las enfermeras atribuyen significado a las formas de (in)justicia presentes en el interior, pero también en el exterior de las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan. Lo hacen, concretamente, por medio de la expresión de cómo cada una de ellas se apropia de la experiencia que hace de ella; construye su identidad individual, pero también colectiva, en tanto que sujeto(s) enfermer\* que busca(n) emitir una respuesta frente a ella; y orienta la dirección de las líneas generales sobre las que fundamenta la propuesta emancipadora que pretende defender junto a otras enfermeras.

Los códigos «La identificación y la apropiación de la (in)justicia», «La consolidación de una identidad enfermera» y «El desarrollo de un proyecto colectivo emancipador» que se presentan a continuación reúnen, en este sentido, aquellos hallazgos que iluminan

cómo las voces centrales se implican en la toma de posición frente a la (in)justicia que experimentan en las organizaciones de salud.

### 5.16.1. La identificación y la apropiación de la (in)justicia

Las voces centrales se enfrentan a la descripción de las experiencias que, en tanto que enfermeras, hacen de sus realidades en el interior de las organizaciones de salud con la necesidad, a petición de la investigadora, de nombrarlas, de designarlas con un término que alcance a sintetizar su complejidad. Las participantes se aproximan, en este sentido, a esta tarea arrastrando con ellas un sentimiento de incertidumbre que termina siempre, de una manera u otra, resolviéndose a través de un momento eureka<sup>52</sup> desde el que, de repente, un entramado de conceptos —todos ellos vinculados a la noción de (in)justicia— empieza a ver luz.

¿Cómo te englobo todo esto? No sabría qué decirte ahora mismo, pero déjame que piense... · Martín [EAe2]

¡Lo tengo! (exclama con ímpetu) · Nadia [EAp2]

Sí... porque tú me vas preguntando y digo: «Pues ahora que lo dices, esto es injusto» (se ríe) · Javier [EAp5]

Entonces, (los enfermeros) vivimos inmersos en una injusticia, claro...  
(pronuncia haciendo uso de un tono de voz que denota evidencia) ·  
Paula [ECdAe3]

Las participantes construyen, de este modo, cada una de ellas a su manera, un sentido de justicia social y política en las organizaciones de salud a partir de una proliferación masiva de términos que, a veces convergentes y otras veces divergentes, comparten el hecho de dejar entrever a través de ellos una relación con el *otro* y con el mundo en el

---

<sup>52</sup> El *efecto eureka* se define como la experiencia de comprender, de repente, un problema o un concepto previamente incomprensible. Los encuentros entre las voces centrales y la investigadora suponen, en este sentido para las primeras, la emergencia de momentos eureka en aquello que concierne a la comprensión de la relación que mantienen con los elementos que conforman el orden institucional para ellas en las organizaciones de salud.

marco de la que, discretamente, las enfermeras se asumen situadas en una posición de sujetos afectados negativamente. Las experiencias de ser maltratadas, discriminadas, precarizadas o de carecer de reconocimiento o de respeto se encuentran entre las más citadas entre los relatos de las voces centrales.

Yo te diría que es una forma de maltrato. Es muy grave esto que estoy diciendo, pero es verdad... · Julia [EAe1]

¿Discriminación? A lo mejor no muy directa, pero un poco sutil... · Claudia [ECp2]

¿Precariedad? Para mí es la palabra que va unida a la enfermería, desde el principio · Valeria [EAp6]

Falta de reconocimiento y de respeto · Clara [EAe6]

La palabra *injusticia* permanece, entonces, en una posición marginal entre las palabras que afloran de los relatos de las participantes y es que, inicialmente reservada para etiquetar las realidades experimentadas por los colectivos sociales vulnerables con los que se mantienen en contacto, no es contemplada como una palabra que pueda —y deba— representar las realidades que ellas experimentan en tanto que enfermeras. «La palabra *injusticia* la encuentro un poco grande, ¿no?», expresa, en esta dirección y manteniéndose prudente, Cecilia [EAp4]. «Yo no diría tanto como una injusticia», considera Elena [EAp3].

La propiedad subjetiva que las voces centrales atribuyen al concepto *injusticia* parece hallarse, asimismo, en el origen de la reticencia a su uso con relación a si mismas. «Una cosa es si, en general, es una injusticia y otra cosa es si yo lo siento como una injusticia», explica Emma [ECdAp2]. «Quizás lo que yo encuentro que es injusto, otro no encuentra que lo sea», señala Valeria [EAp6]. «No hay nada más que añadir. Si a ellas (a las enfermeras) les parece que (lo que viven) es una injusticia y así lo sienten, es una injusticia, efectivamente», contrasta, restando valor a la subjetividad del caso, Laia [MAp2].

El progreso de los encuentros de las voces centrales con la investigadora sugiere, no obstante, que el término *injusticia* integra lentamente su vocabulario como una palabra idónea para englobar las realidades que experimentan en las organizaciones de salud e,

incluso, para algunas de ellas, como una palabra demasiado simple para la consecución de dicho propósito. «Es verdad que es injusto», reconsideran Cecilia [EAp4] y Elena [EAp3]. «No lo había pensado así, pero es verdad que es una injusticia (...) porque intentas hacer todo lo que puedes sin que casi te den medios para hacerlo y que tú estés intentando hacer todo lo posible con lo que tienes y que luego no se valore, no se tenga en cuenta, no se vea, es injusto», amplía Lara [EAe7]. «Injusto sería un adjetivo, ¿no? Pero es que tiene que ir más allá de eso», concluye Martín [EAe2].

El proceso de análisis de los datos generados revela que dar un nombre a las propias experiencias resulta una condición previa necesaria para la migración de las reflexiones de las participantes desde la identificación de las formas de injusticia que las acechan hacia la apropiación de las experiencias que hacen de ellas. La omisión de este paso preliminar supone correr el riesgo de mitigar su transparencia, siendo aquello que no se muestra algo que no se ve y aquello que no se ve algo que no existe, pero también el riesgo de descartar su abordaje, siendo aquello que no existe algo que no precisa ser apropiado, atendido ni remediado.

La apropiación de las experiencias de (in)justicia por parte de las voces centrales se descubre, en cualquier caso, como una cuestión especialmente ardua de desenredar. Las voces centrales, inmersas en la esfera reducida, íntima e infranqueable en la que, en tanto que enfermeras, se unen al paciente, y posicionadas frente al *otro* y en el mundo en un segundo plano, rompen la frontera entre las experiencias propias y las experiencias del paciente —una frontera que afecta también a las experiencias que ambos hacen de la (in)justicia— apropiándose, de manera sistemática, de las experiencias de este último, antes que de las suyas propias.

Si algo está siendo injusto con el paciente, entonces, eso a mí (como enfermera) me afecta · Lucía [ECor3]

Las voces centrales (re)producen, en este sentido y cada vez con mayor hincapié, el que se erige como un solapamiento entre la injusticia que las afecta individual, pero sobre todo colectivamente, y la injusticia que afecta particularmente al paciente al que destinan sus cuidados. Las experiencias de injusticia que las participantes dicen hacer en las organizaciones de salud se encarnan, en realidad y antes que nada, en las experiencias de

injusticia que reportan que afectan al paciente y es que si bien expresan a la investigadora sentirse atravesadas por ellas, insisten en que es él quien, al final, las experimenta.

Sí, exactamente no es contra la enfermería en sí (...) ¡Claro! Es injusto a la hora de trabajar, pero esto repercute en una injusticia hacia los cuidados · Martina [EAe8]

La injusticia contra las enfermeras, en el fondo, en el fondo, en el fondo (reitera), es una injusticia hacia el usuario · Gemma [ECdAe1]

La injusticia me afecta tanto a mí como al paciente que tenemos delante. A todos. La primera que recibo soy yo. Lo que pasa es que después de 0,3 segundos ya recibe él. Al final, todo repercute hacia la misma dirección, hacia el paciente · Julia [EAe1]

Al final, los que reciben toda esta tensión a la que nosotras (las enfermeras) nos encontramos expuestas son los pacientes · Valeria [EAp6]

El reconocimiento por parte de las voces centrales de estar experimentando formas de injusticia se encuentra, en definitiva, sujeto a la medida en que el paciente se encuentra afectado por las mismas. Las participantes se declaran, de este modo, dañadas por la injusticia solamente cuando consideran que el paciente lo está y es que, a través de sus relatos, se muestran como combatientes que intentan, a toda costa, sobrevivir de manera resiliente a las formas materiales, sociales y políticas de injusticia que atraviesan las organizaciones de salud, «por y para un paciente» que no representa sino la única víctima de las mismas.

Las condiciones de ejercicio profesional en las que las voces centrales reportan tratar de transmitir sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo resultan, así pues, definidas como injustas en relación con el posible impacto que pueden producir sobre la experiencia que el paciente hace de ellas. Este impacto es considerado, de manera paradójica, como contraproducente y es que se encuentra amortiguado por la implicación que cada una de las participantes muestra tener sobre el mantenimiento a flote de un sistema de salud identificado como estando repleto de deficiencias.

Las voces centrales, provistas de un sentido más o menos robusto de la noción de *(in)justicia* en las organizaciones de salud, defienden, a través de sus relatos, que la identificación y la apropiación de la experiencia que hacen de ella representa solamente, y en realidad, un pequeño fragmento de aquello que consideran necesario para enfrentarse a ella en tanto de agentes dotados de medios para combatirla. Las participantes explican, en este sentido, cómo la (re)consolidación de una identidad enfermera deviene un hito al que precisan dedicar todos sus esfuerzos antes de poder elaborar cualquier esbozo del que —veremos— resulta su proyecto colectivo emancipador.

### **5.16.2. El bricolaje de una identidad enfermera**

Las voces centrales, manteniéndose en una postura crítica consigo mismas, exponen que el no haber sabido situarse colectivamente frente al *otro* y en el mundo se encuentra en el origen de su propia vulnerabilidad como enfermeras. La necesidad de responder a la condición de estatus que les es atribuida y que asumen en las organizaciones de salud las conduce, en este sentido, a considerar como prioridad el tener que forjarse una identidad profesional sólida desde la que comenzar a trazar las líneas estratégicas de su proyecto colectivo emancipador.

Yo creo que lo primero que necesitamos es eso: identidad profesional (afirma con seguridad). Y a partir de ahí, lo otro. (...) Yo creo que los problemas de los que hemos hablado no se van a solventar hasta que no tengamos de verdad una identidad profesional, que sepamos quiénes somos y qué hacemos y que estemos todos de acuerdo en que «somos enfermeras y nos dedicamos a esto», sea «esto» lo que sea. (...) Entonces, hasta que no nos pongamos de acuerdo en qué somos y qué hacemos, pero profundamente de acuerdo (específica con énfasis), lo otro (refiriéndose a las formas de injusticia identificadas) no lo vamos a cambiar · Martín [EAe2]

Las enfermeras participantes, en búsqueda de una identidad profesional, proponen (re)construir aquello que ellas llaman el *discurso enfermero*, un proceso a través del que cada una de ellas emprende la negociación de sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo con el propósito de abordar «este desdibujado de lo que es la profesión enfermera», en palabras de Paula [ECdAe3], y de



influir la orientación de las formas de retorno que obtienen y retienen del ejercicio de la misma para que en ellas se produzca una experiencia más cercana a la (con)moción que a la alienación.

Yo siempre creo que el discurso enfermero es un discurso demasiado abstracto, tan abstracto que no se entiende. (...) Entonces, yo creo que, profesionalmente, tenemos que redefinir lo que aporta un enfermero. (...) Tenemos que definir mucho mejor lo que hacemos, cambiando ese discurso, concretando ese discurso. (...) Tenemos que definir mucho mejor qué es lo que aportamos, qué es lo que hacemos, cuál es nuestra tarea, cuál es nuestra acción... (...) Ese es el reto que yo creo que (los enfermeros) tenemos · Paula [ECdAe3]

El proceso de (re)construcción del discurso enfermero por el que las participantes se enfrentan a los propósitos enunciados aparece articulado en el transcurso de sus relatos en base a dos modalidades de estrategias de negociación y de defensa identitaria: las estrategias de preservación identitaria y las estrategias de adaptación identitaria. Ambas, pese a sus discordancias, buscan determinar un lugar para las enfermeras desde el que, frente a ellas mismas, frente al *otro* y en el mundo, sean situadas y se sitúen como agentes legítimos de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en las organizaciones de salud.

Las estrategias de preservación identitaria, marginales en los relatos de las voces centrales, consisten, por su parte, en la negociación y en la defensa de una identidad enfermera basada en la (re)apropiación y en la exaltación de las etiquetas identificativas que, tradicionalmente, han sido asociadas a las enfermeras y a la profesión enfermera para marcar su diferenciación profesional en las organizaciones de salud que habitan. La identidad enfermera que resulta de la implementación de esta modalidad de estrategia es, entonces, una identidad que, más bien estática, permanece leal a los orígenes de su nacimiento.

El anclaje de las voces centrales a la cultura que consideran que les es propia en tanto que enfermeras deviene la manifestación más evidente de esta modalidad de estrategia identitaria. La adherencia a la historia colectiva de la que se sienten parte y la afirmación del entramado de rasgos identitarios que de ella se desprenden permiten a las participantes, en este sentido, mostrarse al *otro* y al mundo proyectando una imagen de si

mismas que, presumiendo de su supuesta mayor autenticidad, resiste a ser transformada y que, enfrentada a la recepción continua de formas alienantes de retorno, prefiere reiterar su esencia y aquello que la hace única.

Somos —y soy (especifica adoptando un tono de voz aclaratorio)—  
profesionales del cuidado. (...) La parte del cuidado o la cubrimos  
nosotros o no la cubre nadie y, es más, ¡tenemos que cubrirla nosotros!  
· Martín [EAe2]

Las enfermeras cuidamos y a mí me preocupa cómo se está deteriorando  
lo que es nuestra... El cuidado, ¿no? Cómo se deja de valorar lo que es  
básico en él. Me preocupa que dejemos de hacer aquello que nos da  
sentido como profesión, que es el cuidado, ese cuidado que se hace en  
el espacio íntimo · Elena [EAp3]

Las estrategias de adaptación identitaria, dominantes en los relatos de las voces  
centrales, consisten, por su parte, en la negociación y en la defensa de una identidad  
enfermera basada en la modulación y en la alineación de sus elementos constitutivos con  
los valores económicos, políticos, sociales y culturales que imperan a su alrededor para  
permitir su equiparación profesional en las organizaciones de salud. La identidad  
enfermera que resulta de la implementación de esta modalidad de estrategia es, entonces,  
una identidad que, más bien dinámica, permanece leal a las tendencias mundanas.

La ruptura de las voces centrales con la cultura dañina que consideran que les ha sido  
históricamente impuesta deviene la manifestación más evidente de esta modalidad de  
estrategia identitaria. La liberación de su vinculación sistemática a la historia de las  
mujeres y del cuidado, así como a la abogacía, y su remplazo por una vinculación a las  
competencias, las capacidades, las habilidades técnicas o la práctica basada en la  
evidencia permiten a las participantes, en este sentido, mostrarse al *otro* y al mundo  
proyectando una imagen de si mismas dotada, supuestamente, de mayores posibilidades  
de ser admitida y de ser reconocida como encarnando las cualidades necesarias para que,  
en tanto que enfermeras, puedan ser consideradas como miembros de pleno derecho en  
las organizaciones de salud.

Las enfermeras se tienen que dejar ya de historias y tienen que empezar  
a pulir el discurso. El problema es que tenemos un discurso muy

maternalista hacia el paciente. Y tenemos que salirnos de ahí, ¿no? (...)  
El discurso tradicional en torno a la feminidad ha sido muy importante hasta ahora, pero creo que ahora estamos en un momento de cambio y no podemos seguir amparándonos en el cuidado · Paula [ECdAe3]

Yo creo que este *cuidar* nos está haciendo daño · Claudia [ECp2]

(Las enfermeras) tenemos que saber salir de aquí, de esta cultura heredada de lo que es ser enfermera · Víctor [EM1]

La palabra *cuidar* se queda muy... Es esotérica hoy en día, ¿no? La sociedad tiene que comprender que los enfermeros somos profesionales altamente capacitados, altamente formados a nivel teórico y a nivel práctico, con muchas habilidades técnicas y que somos capaces de cuidar de los demás en los momentos de necesidad, pero en base a muchos estudios, no de manera empírica, en base a la evidencia científica · Diego [EAp3]

Las estrategias de preservación y de adaptación identitaria, tan diferentes entre sí, mantienen, no obstante, una relación paradójica y es que ambas, cada una a su manera y cada una en relación con un objeto distinto, son militantes: las primeras, tratando de hacer sobrevivir a las enfermeras en un contexto que no deja de disponer obstáculos en su camino, las segundas tratando de facilitar a las enfermeras tener cabida en el molde definido por el *otro* y por el mundo. La hibridez entre ambas estrategias, pese a su aparente orientación contradictoria, se descubre como común y corriente en los relatos de las voces centrales.

Las voces centrales no parecen, así pues, permitir a las diferencias resultantes del proceso de bricolaje de sus identidades profesionales entorpecer el esbozo de las líneas generales de su proyecto colectivo emancipador. Exponen, en este sentido, de manera casi inmediata, sus reflexiones sobre las aspiraciones generales que presentan con relación a la construcción de un nuevo orden institucional en las organizaciones de salud que habitan, un nuevo orden que, en tanto que enfermeras, les permita, de manera libre y plena, desplegar sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo.

### 5.16.3. La planificación de un proyecto emancipador

Las voces centrales, dotadas de un sentido de justicia social y política que no cesa de evolucionar conforme avanza la proyección de sus miradas analíticas sobre la realidad que habitan en las organizaciones de salud y provistas de una identidad profesional que, desde la preservación y/o desde la adaptación, las define y las defiende como las enfermeras que consideran ser, proceden al diseño del que deviene un proyecto —su proyecto— emancipador que, si bien parece operarse únicamente en el marco de los encuentros con la investigadora, lo trasciende finalmente para operarse en el día a día de sus jornadas de trabajo.

Vamos a construir una profesión mirando hacia adelante, teniendo como objetivo una visión sobre cómo tiene que ser la enfermera o la profesión enfermera, ¿no? Esto nos hace ir a contracultura porque la cultura nos ha marcado tener que ir hacia aquí (señala hacia la derecha) y nosotras queremos girar hacia allá (señala hacia la izquierda) · Víctor [EM1]

El proceso de análisis de los relatos de las participantes revela que el proyecto en cuestión no es un proyecto encarnado por el rostro visible de las enfermeras implicadas en su diseño, sino por las formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* por medio de las que, en tanto que enfermer\*, cada una de ellas se presenta al *otro* y en el mundo. El proyecto emancipador ideado por las enfermeras no representa, de este modo, un proyecto que las defiende de manera individual, sino que defiende de manera colectiva, y aludiendo a las palabras de Paula [ECdAe3], la que consideran «su visión cosmológica».

(Las enfermeras) defienden su terreno y su visión. (Las enfermeras) no defienden a las enfermeras, sino que defienden la visión enfermera, (es decir), la capacidad que tienen de aportar alguna cosa (al proceso de atención al paciente) · Gemma [ECdAe1]

Las participantes despliegan, en este sentido, un proyecto colectivo cuya esencia se encuentra anclada en la lucha por el reconocimiento social de las enfermeras y, más concretamente, en la lucha por el reconocimiento social de las formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* que cada una de ellas portea en tanto que enfermer\*

en el mundo. La posibilidad de emancipación de las enfermeras es contemplada, de este modo por las voces centrales, como el resultado de una lucha dirigida a la negociación de la condición de estatus que asumen en su relación con ellas mismas, con el *otro* y en el mundo.

(Las enfermeras deben dirigirse) a conseguir estar en el puesto que les toca, a conseguir... (deja sin terminar su oración) (...) Hacia ahí creo que tiene que ir la profesión. A conseguir que todo el mundo comprenda que ese profesional tiene que ser el eje que vertebre la salud. Casi nada... (se ríe) · Paula [ECdAe3]

¿Hacia qué sentido? Hacia el reconocimiento profesional, a que se nos respete por nuestra profesión. Todavía queda camino por recorrer... · Cecilia [EAp4]

El reconocimiento social de las enfermeras, considerado como la meta hacia la que las voces centrales piensan que sus aspiraciones emancipadoras deberían orientarse, se descubre en el transcurso del proceso de análisis de los datos como un anhelo individual y colectivo que, a pesar de su apariencia abstracta, encarna no solamente una noción conceptual hacia la que las participantes atribuyen significados distintos y paradójicos, sino que, a su vez, encarna una finalidad a cuyo alcance las participantes buscan tener acceso a través de la adopción de enfoques aproximativos, ellos también, distintos y paradójicos.

El concepto teórico de *reconocimiento social* es concebido por las voces centrales, en este sentido, como la condición que les permitiría ser apreciadas como profesionales de la salud legítimos de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud desde la manifestación por parte del *otro* y la impresión en el mundo de un respeto —de carácter interpersonal— hacia su unicidad y su similitud como enfermeras, es decir, respectiva y paradójicamente, hacia las diferencias que, en efecto, las separan de otros profesionales con los que (co)habitan y hacia la posición de igualdad que, de hecho, debería unirles a ellos.

Yo siempre he pensado que somos diferentes y, además, muy diferentes y que esto, a los profesionales de enfermería y a los profesionales de la

medicina, nos tiene que enriquecer. Yo no quiero ser igual, yo quiero ser diferente · Claudia [ECp2]

Hemos tenido que luchar mucho para llegar hasta aquí. (...) Lo que pasa es que, ahora, dices: «Bueno, esa lucha nos ha llevado a un escenario que es el que tenemos ahora, pero ¿tenemos que seguir jugando de la misma manera o ahora tenemos que jugar de una manera diferente?». (...) Yo creo que hay que luchar de una forma distinta. Hay que luchar por la normalización porque, precisamente, ya estamos en el punto en que podemos jugar a la normalización. Hasta ahora no podíamos, pero ahora sí. Entonces, creo que tenemos que hacerlo porque si no estamos perpetuando el histórico. Yo creo que el objetivo es ser equiparado a cualquier otra profesión. En todo... · Paula [ECdAe3]

Los enfoques aproximativos por medio de los que las voces centrales plantean las que consideran las vías generales de acceso a su reconocimiento social emergen, por su parte, en el marco de un debate ambivalente entre la necesidad de establecer y mantener con ellas mismas una relación en la que sentirse realizadas por medio de su perseverancia en el despliegue de sus formas de *estar* y de *actuar* como enfermer\* y la necesidad de establecer y de mantener con ellas mismas una relación en la que sentirse capaces de crecer por medio del empeño en la expansión de los horizontes limítrofes de la profesión enfermera. La orientación de sus proyectos emancipadores aparece, así, fragmentada.

Las voces centrales más cercanas a la modalidad de estrategias de negociación y de defensa identitaria basada en la preservación identitaria sugieren, por su parte, que su reconocimiento social llegará de forma espontánea si continúan demostrando que son capaces de hacer su trabajo de una manera ejemplar pese a los obstáculos a los que se enfrentan en las organizaciones de salud. El proyecto emancipador propuesto resulta, así pues, en palabras de Ana [EAe5], un proyecto «no ambicioso» que, formulado desde la simplicidad de cuidar y de disfrutar cuidando, posibilita su alineación colectiva con la esencia de su *ethos* profesional.

El objetivo tiene que ser cuidar, pero disfrutar de cuidar y de hacer el bien. O sea, (las enfermeras) no tenemos que «querer el oro y el moro». Todo esto llegará. Si vamos haciendo día a día y nos centramos en las necesidades de las personas —y en nuestras necesidades (las de las

enfermeras), porque también somos personas—... (deja sin terminar su reflexión) (...) No veo que la profesión tenga que destacar en una cosa para que seamos las súper, súper enfermeras (expresa con énfasis). (...) Objetivo: ir haciendo, ir haciendo · Ana [EAe5]

Yo pienso que (los enfermeros) tenemos que ser muy buenos en lo que hacemos y lo que hacemos es cuidar. Tenemos que cuidar bien y no pretender nada más. Entonces, yo creo que nuestro objetivo tiene que ser llegar a dar una atención de calidad a los usuarios. (...) Entonces, ¿cómo enfermeros? Cuidar... · Silvia [ERes1]

Tu grano de arena es hacer tu trabajo lo mejor posible. (...) Hacer bien tu trabajo a pesar de las dificultades · Lara [EAe7]

Las voces centrales más cercanas a la modalidad de estrategias de negociación y de defensa identitaria basada en la adaptación identitaria sugieren, por su parte, que su reconocimiento social dependerá de su capacidad para ampliar el alcance de la profesión. El proyecto emancipador propuesto resulta, así pues, en palabras de Martina [EAe8], un proyecto «más estratégico» que, formulado desde ideales de profesionalización, posibilita el progreso colectivo de las enfermeras apostando por la especialización, la ocupación de nuevos espacios, la asunción de las nuevas responsabilidades y la promoción de nuevos roles profesionales considerados más autónomos.

Yo creo que hay que reivindicar la profesionalización de la enfermería · Paula [ECdAe3]

La profesión tiene que ir hacia la especialización... Creo que (las enfermeras) nos tenemos que especializar. Una enfermera no puede ser un cajón desastre que sirva para todo. La enfermera tiene que ser especialista · Ruth [ESin2]

Yo creo que hay que conquistar espacios y hay que luchar por ellos. Hay que demostrar que (las enfermeras) somos capaces de ocuparlos y de asumir las responsabilidades que conllevan · Ángela [ECp1]

Hay que revolucionar un poco todo esto y (las enfermeras) tenemos que adaptarnos más a la realidad (...) desarrollando, por ejemplo, la figura

de la enfermera de práctica avanzada, es decir, modernizar un poco la institución (...), intentar adaptarnos a los nuevos tiempos · Sergio [ECdAe2]

(Las enfermeras nos tendríamos que mover) por el afán de llevar los cuidados hasta donde no se pueden llevar · Diego [EAe3]

El proceso de análisis de los datos generados en el marco de los encuentros de las voces centrales con la investigadora muestra, en cualquier caso, cómo la lucha por el reconocimiento social es articulada como una lucha complicada de afrontar. «Nos llevará tiempo, años, y mucho trabajo, seguro. Pero, ¿quién dijo que iba a ser fácil?», se pregunta Elena [EAe3]. La lucha por el reconocimiento social, pese a las escasas expectativas de éxito depositadas sobre ella, deviene, entonces, un reto para las enfermeras. «Esto para mí es un reto y si no lo hago yo no lo hará nadie por mí», explica Paula [ECdAe3] en este sentido.

Las voces centrales plantean, de este modo, la necesidad de que las enfermeras den un paso al frente e identifiquen, tal y como señala Clara [EAe6], la lucha por su reconocimiento social como «una lucha propia», comprometiéndose y asumiéndose con relación a ella en tanto que agentes responsables de emprender las acciones que podrían conducir a su alcance. Las participantes plantean esta necesidad desde la expresión de un profundo sentimiento de solidaridad, vinculado a la consideración de tener un deber moral con relación a sus pares enfermeras, y de un profundo sentimiento de sororidad, vinculado al desarrollo de redes de unión entre ellas.

Cualquiera puede ser motor de cambio y, es más, cualquiera tiene que ser motor de cambio (poniendo el acento sobre el «tiene»). (...) Por mi parte, yo siento que tengo mucha responsabilidad en todo esto · Paula [ECdAe3]

Yo creo que somos nosotras mismas (las enfermeras) las que nos tenemos que preocupar por nosotras, por el colectivo, de cuidarnos entre nosotras, de ver que si necesitamos algo lo tenemos que decir... Pero, desde la base (refiriéndose a las enfermeras asistenciales). (...) Al final, somos nosotras las que nos tenemos que apoyar las unas con las otras · Ana [EAe5]



Creo que entre todas tenemos que ser más reivindicativas. Creo que (a las enfermeras) nos falta un poquito más de empuje, un poquito más de hacernos valer nosotras mismas y de levantar juntas la voz y de decir: «Oye, que estamos aquí», ¿sabes? · Cecilia [EAp4]

Las enfermeras asumen que esto (el orden institucional de las organizaciones de salud) es así, pero es que no tiene que ser así. O sea, ¿no se puede normalizar! · Nadia [EAp2]

Las participantes parecen mostrar, en este sentido, sus pretensiones de abandonar el freno que, atendiendo a su percepción de falta de capacidad de acción, pero también a la creencia de la inmutabilidad de su destino como enfermeras, parecían presionar tras la toma de consciencia acerca de los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que atraviesan las organizaciones de salud. Las actitudes de complacencia, de tolerancia y de pasividad política a través de las que las enfermeras contribuyen a la (re)producción de las formas de injusticia que las afectan parecen, entonces y paulatinamente, quedar atrás.

Las participantes explican que el paso al frente que, como enfermeras, sienten que deben dar para, de una vez por todas, «tener la voz y tener la fuerza para decir cómo queremos nosotras (las enfermeras) los cuidados», expresa, en esta dirección, Javier [EAp5], supone, no obstante, la previa superación de retos tanto relacionados con su criticada comodidad y con sus actitudes de espera al cambio en un sistema que no parece poder ser desestabilizado sin esfuerzos, como relacionados con el malestar y el miedo a la respuesta del *otro* que experimentan en el marco de sus intentos por cuestionar y retar el estatus quo institucional.

Sería más fácil si todo el mundo hiciera algo, pero la mayoría (de las enfermeras) no hace nada... Y creo que el hecho de no hacer nada es una actitud de comodidad, ¿sabes? Es evitarse problemas · Julia [EAe1]

No me siento muy cómoda siempre al intervenir. (...) Por mi carácter... A veces parezco muy abierta y muy lanzada, pero también tengo mis preocupaciones, mis miedos y mi timidez de decir: «Ay, ¿ahora me tengo que meter con esto también?», ¿sabes? (...) A veces es por el miedo a la respuesta que tenga el otro. Si tú ya sabes que el otro no

congenia con tu forma de ver las cosas, es difícil acercarte a él... · Ana [EAe5]

Parece que nos cuesta mucho empoderarnos y reivindicar nuestro espacio y reivindicar nuestras funciones y reivindicar... (Pausa su relato) Y yo creo que es por comodidad, porque «eso no me supone ningún conflicto». O sea, «me da igual cómo me hables (refiriéndose al médico), yo ya lo he entendido, ya sé lo que tengo que hacer con el paciente. Entonces, para mí es cómodo no entrar en conflicto contigo porque si te voy a decir algo, seguramente, a ti no te vaya a gustar». Y te dices: «Encima que tengo mucha carga de trabajo, ahora también me tengo que enfrentar a esto». Yo creo que (las enfermeras) tenemos un papel importante en el proceso de cambiar esto · Lucía [ECor3]

Las voces periféricas se expresan asimismo en el transcurso de sus relatos sobre esta cuestión sugiriendo que el paso al frente del que las voces centrales hablan de forma insistente a la investigadora ya es, en realidad, efectivo. El análisis, en concreto, de los relatos de los médicos participantes descubre que, si bien no contemplan a la enfermera —enunciada expresamente en singular— como una profesional que se impone en los espacios que habita, sí contemplan al colectivo enfermero como un colectivo luchador, reivindicativo y que logra aquello que se propone.

Los médicos siempre nos comparamos con el colectivo de enfermería, ¿no? El colectivo de enfermería siempre se ha caracterizado por ser bastante más luchador que el colectivo médico. Yo creo que es un colectivo luchador y que va consiguiendo cosas poquito a poco. Y, como te digo, seguramente tú si se lo dices a una enfermera te va a decir: «Sí, ya ves tú el poder que tenemos...», ¿no? Pero nosotros (los médicos) siempre lo decimos · Elsa [MAe1]

La identificación y la apropiación de la (in)justicia, el bricolaje de una identidad enfermera y la planificación de un proyecto emancipador devienen los motores que impulsan a las voces centrales a moverse en un gradiente de implicación participativa con relación a la transformación del estatus quo que impera en los espacios que habitan y que oscila, específicamente, desde la articulación de la palabra, a modo de ideas de cambio, hasta el emprendimiento de acciones concretas en dirección a dicho fin. «Yo considero

que (el sistema) es injusto y a mí lo que más me hace enfadar y lo que, a su vez, me activa son las injusticias», explica, en esta dirección, Ana [EAe5].

### **5.17. Las palabras de las enfermeras**

Las voces centrales manifiestan el despliegue de su agencia política en el transcurso de sus relatos dando continuidad a la proyección de la mirada particular que sostienen sobre la relación que, en tanto que enfermeras, aspiran a construir consigo mismas y con la profesión que representan. Lo hacen por medio de la articulación de palabras que no hacen más que encarnar las ideas de cambio que, como si de un lugar de paso discursivo se trataran, son formuladas en dirección a las que, más adelante, se descubren como las acciones que refieren emprender, individual y colectivamente, con una intención emancipadora en los espacios que habitan.

Las palabras que las voces centrales articulan muestran, entonces, las propuestas transformativas que cada una de ellas plantea sobre los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que trazan en las organizaciones de salud. Estas persiguen el propósito, ahora, de (re)orientarlos, uno por uno, hacia la construcción y la consolidación de un nuevo marco de justicia social y política en su interior, es decir, de un nuevo orden institucional en ellas. Las palabras de las participantes representan, de este modo, formas de acción que no se consumen puesto que restan, finalmente, en una estricta ideación transformativa de la matriz sociopolítica en la que se encuentran inmersas.

Las reflexiones en base a las que se fundamentan las palabras que, a modo de ideas de cambio, las participantes piensan que deberían ser implementadas dentro y/o fuera de las organizaciones de salud para que estas puedan considerarse como siendo (más) justas —atendiendo al papel facilitador que su transposición a la realidad cumpliría en relación con el libre y pleno despliegue de sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo— giran, concretamente, en torno a la necesidad imperativa de disponer de nuevo al paciente en el centro del sistema de salud.

Los códigos «Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos materiales», «Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos sociales» y «Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos políticos» que se presentan a continuación reúnen, en este sentido, aquellos hallazgos que dejan entrever cómo las voces centrales formulan las que devienen

las líneas específicas del proyecto emancipador que desearían que pudiese hacerse realidad.

### **5.17.1. Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos materiales**

Las voces centrales proyectan hacia la investigadora la proposición de una serie de ideas de cambio dirigidas a la (re)orientación del eje de los elementos materiales que atraviesa las organizaciones de salud. Las ideas de cambio que, en este sentido, articulan emergen en sus relatos de forma temprana, coincidiendo con la inmediatez a la que las alusiones a las formas de (in)justicia materiales que configuran sus realidades se dejan aparecer en ellos. El tiempo, la (sobre)carga, los recursos materiales, los espacios físicos y la remuneración son, de este modo, (re)visitados ahora desde una mirada analítica, pero sobre todo transformadora.

Las participantes perciben, a este respecto, en una forma alternativa de organizar el trabajo de las enfermeras, una mejora potencial de las condiciones materiales a las que, de manera individual, pero también de manera colectiva, se encuentran sujetas. La sugerida (re)organización del trabajo es comprendida, más concretamente, como una manera de transformar las condiciones básicas de su ejercicio profesional, una transformación que, sintiendo que no depende estrictamente de sí mismas, debería ser implementada desde las altas esferas decisionales de un modo transversal y en todos y cada uno de los espacios que habitan.

El tiempo, elemento sobre el que las voces centrales hacen orbitar gran parte de sus críticas iniciales hacia los obstáculos a los que hacen frente para desplegar de forma plena sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar*, es llamado a una flexibilización de su rigidez, a una ralentización de su paso y a una ampliación de su disponibilidad. Las participantes reclaman, en este sentido, que se (des)programen los tiempos de atención a los pacientes, que se les permita ejercer su profesión a un ritmo de trabajo que no haga peligrar la calidad y la seguridad de los cuidados prestados y que se les brinde, en definitiva, más tiempo para *hacer*, pero también para *ser*.

Una educación diabetológica, por ejemplo, no es: «Hola, mira, aquí tienes la tabla, estos son los alimentos y te tienes que pinchar así». No...  
Cada usuario tiene un proceso de aprendizaje y hay veces que 10

minutos, pobrecitos (refiriéndose a los pacientes), los toman en sentarse y levantarse (se ríe). ¿Entiendes? Entonces, los tiempos de las consultas tendrían que reorganizarse · Cecilia [EAp4]

Se debería de tener en cuenta que si hay más registros que completar porque tú (refiriéndose a la organización) quieres dar calidad en la asistencia, dale a la enfermera tiempo para cumplimentar bien esos registros, para hacer unos registros que de verdad sirvan para algo y que de verdad vayan encaminados a dar unos cuidados de calidad a los pacientes · Lara [EAe7]

Necesitamos tiempo para poder atender bien al paciente. Siempre estamos corriendo y eso pone en peligro la salud del paciente. A mí me gusta poder trabajar a su lado... No lo sé... Tener tiempo de poder decir: «Hola, soy Julia, soy enfermera, te prepararé para poder entrar a quirófano. Si necesitas cualquier cosa... Si tienes algo que te preocupa...». Así es como a mí me gustaría trabajar · Julia [EAe1]

La (sobre)carga de trabajo que las voces centrales reportan asumir y sentir a diario requiere, desde sus miradas, ser tomada en consideración para que su trabajo deje de ser experimentado como un peso que portear. Las participantes proponen, a este respecto, reajustar las ratios enfermera-paciente para que atiendan la singularidad de cada proceso de atención, contener la inserción de las innovaciones tecnológicas en sus realidades hasta que las cifras de dichas ratios permitan una adherencia segura a las mismas y abandonar la ejecución de aquellas tareas que no les corresponden asumir o que (ya) no aportan valor a su profesión.

Tenemos una de las cifras más bajas de enfermeras por habitante según los informes publicados por la OCDE. Tenemos que ser capaces de ajustar las ratios y de hacerlo, además, introduciendo elementos diferentes a la hora de hacer la distribución de los recursos, como elementos que tienen que ver con los determinantes sociales, pero también con los perfiles y los niveles de dependencia de los usuarios, la intensidad de los cuidados... · Daniel [ECdAe1]

La incorporación del aparataje (refiriéndose a la introducción de los avances tecnológicos en la práctica enfermera) está bien, pero... ¡Si te

hacen falta ladrillos! ¡Hacen falta ladrillos! ¡Qué vas a construir el tejado primero y luego después te están faltando... (deja sin terminar su oración)! El que está abajo... y el que cuando está en urgencias tiene los boxes triplicados... quién necesitas que esté allí es la gente de base: auxiliares, enfermeros... Tú puedes tener un pedazo de ecógrafo ahí que si no tienes la base cubierta, no te sirve de nada. Bueno eso es lo que pienso... · Lara [EAe7]

Tenemos mucha tendencia a vernos delegar muchas cosas que a veces no nos corresponden o que no aportan valor a nuestra práctica y esto tendría que cambiar · Elena [EAp3]

Los espacios físicos a los que las voces centrales dicen (no) tener acceso para situarse y para situar su práctica son apuntados, asimismo, aunque de forma menos insistente, como blanco de la necesidad de implementar cambios dirigidos a su mayor adecuación. Las participantes instan, concretamente, a que el diseño de los espacios que habitan sea decidido contemplando las necesidades particulares del perfil particular de los pacientes que en cada uno de ellos se atiende. La disponibilidad de espacios de mayor practicidad para las enfermeras deviene, de este modo, la consideración sostenida en dirección a la transformación de los espacios que ocupan.

En el tema de espacios, se tiene que mejorar... Estaría bien tener una sala más grande de enfermería con sillas y tal porque, como te decía, el traspaso de información se hace en el control y ahí hay muchas interrupciones · Ruth [ESin2]

Los recursos materiales que las voces centrales refieren (no) disponer para desplegar sus prácticas en las organizaciones de salud se sitúan, asimismo, en sus puntos de mira como una condición de ejercicio que exige ser sometida a reevaluación. Las participantes sugieren, en este sentido, la necesidad de que los recursos que usan sean considerados como herramientas fundamentales de su trabajo, que el proceso decisional vinculado a su

determinación sea un proceso democrático<sup>53</sup> y que la gestión posterior de los mismos responda a una gestión responsable desde la que su distribución se produzca de forma equitativa.

El tema de los recursos materiales es algo que falla y que tendría que mejorarse. No sé de qué forma lo articularía mejor, pero... Es que cuando te faltan recursos, ya de entrada, no te apetece... Estás en un entorno no favorable que hace que, a veces, la persona no se sienta a gusto a la hora de trabajar · Silvia [ERes1]

Que las personas puedan tener acceso a cuidados de enfermería —o a cuidados en general— desde una perspectiva de equidad en cualquier lugar de la Comunidad es uno de los objetivos en los que se debería trabajar. Con esto quiero decir que si tu padre ingresa en un hospital tenga acceso a los mismos cuidados de calidad que si mi padre ingresa en otro hospital, por ponerte un ejemplo · Daniel [ECdAp1]

La remuneración, ampliamente criticada por las voces centrales en el transcurso de sus relatos, es finalmente abordada como estando ligada a un imperativo de modificación. Las participantes explican, de este modo, que el valor de su salario, congelado e inmutable al paso del tiempo, debería ser reconsiderado. Debería responder a los desafíos sociales a los que las enfermeras se enfrentan y a las responsabilidades, cada vez mayores, que las enfermeras asumen en las organizaciones de salud. Debería serlo sobre su base y no sobre sus complementos —variables y adicionales— para prevenir su susceptibilidad a ser tratado como objeto de medidas de recorte económico.

(Las enfermeras) tendríamos que tener un sueldo unificado que estuviera acorde con el resto de sueldos de la sanidad y acorde con la responsabilidad que asumimos · Martín [EAe2]

---

<sup>53</sup>La interpretación de este elemento como un elemento perteneciente al eje de los elementos políticos que conforman las organizaciones de salud hace que su ilustración se presente en el código «Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos políticos» (p. 399).

La nómina (de las enfermeras), a veces, está más inflada por el incremento de salario que suponen ciertos complementos como el de la carrera profesional (...), pero si te fijas en el sueldo base... (levanta las cejas y hace una mueca) ¡Es que como nos quiten complementos —o (baja el tono de voz) como algún político se cruce y nos quite los complementos—! (...) El sueldo base sí que lo aumentaría porque los complementos se pueden quitar en cualquier momento y... ¡Es que nos quedamos a dos velas! · Cecilia [EAp4]

Las voces centrales erigen a través de las palabras precedentes la nueva orientación del eje de los elementos materiales que, desde sus miradas particulares, atraviesa el interior de las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan. La relación que las participantes establecen con cada uno de los elementos de este nuevo eje material ideal les permitiría, entonces, desplegar de forma libre y plena sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\*, pero también obtener y retener a cambio de ellas un retorno situado al nivel de la experiencia que hacen de su relación con el *otro* y con el mundo.

### **5.17.2. Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos sociales**

Las voces centrales proyectan hacia la investigadora la proposición de una serie de ideas de cambio dirigidas a la (re)orientación del eje de los elementos sociales que atraviesan las organizaciones de salud. Las ideas de cambio que, en este sentido, articulan emergen en sus relatos de una forma tardía, coincidiendo con la actitud de osadía que acompañaba el análisis crítico de las formas de (in)justicia sociales que configuran sus realidades. El reconocimiento que se libera de las relaciones que establecen con el *otro* es, de este modo, (re)abordado ahora, desde una mirada exploratoria, pero sobre todo idealizadora.

Las participantes perciben, en este sentido, en una forma alternativa de construir las interacciones que mantienen con los *otros* —con los médicos, con las otras enfermeras y con las organizaciones de salud en tanto que entidades—, una mejora potencial de las condiciones sociales a las que, individual, pero también colectivamente, se encuentran sujetas. La planteada (re)construcción de sus relaciones con los *otros* es comprendida, más específicamente, como un modo de abrirse al mundo buscando una (re)valorización



interpersonal de sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en él.

Las relaciones que crean y preservan con los médicos son señaladas, a este respecto, como requiriendo una profunda transformación de las bases en las que se fundamentan. Las participantes sugieren, en este sentido, la necesidad de superar la todavía imperante cultura de dominancia médica a través de medidas que promuevan la colaboración entre ambos, medidas entre las que incluyen el reconocimiento recíproco de sus respectivas contribuciones en los equipos interprofesionales, el respeto mutuo de sus diferencias, la disolución de las jerarquías, el establecimiento de metas comunes y la planificación de encuentros frecuentes entre ellos.

Me parece fundamental que cambien las dinámicas en los equipos interprofesionales y que se trabaje de forma colaborativa · Lucía [ECor3]

Lo ideal sería que, en los microequipos (médico-enfermera), se reconociera que nadie es más que nadie, que cada uno de nosotros tiene su función, que cada uno de nosotros somos los eslabones de una misma cadena y que un eslabón solo no funciona, sino que tienen que unirse el uno al otro · Cecilia [EAp4]

Hay que trabajar para alinear las jerarquías entre médicos y enfermeros, para que un enfermero sea un interlocutor igual de válido que un médico · Paula [ECdAe3]

Tenemos que trabajar juntos. Mucha gente dice: «Me callo por no enfadar al médico» o «por no discutir». ¡No es discutir! Es intentar llegar a tomar una decisión entre los dos para el bien del paciente, que es lo que importa · Javier [EAp5]

(Médicos y enfermeras) tenemos que empezar a comunicarnos. ¿Cómo? Haciendo reuniones conjuntas en las que todos los profesionales podamos aportar conocimientos, es decir, que no se valore tanto la jerarquía o el título, sino que valoremos otras cosas, es decir, los conocimientos que tienen las enfermeras sobre los pacientes a los que atendemos · Carolina [ECc1]

Las relaciones que las enfermeras establecen y mantienen con sus pares, formen parte de los perfiles de voces centrales que formen parte, resultan, asimismo, un foco de emisión de pistas transformadoras para ellas. Las participantes consideran de suma relevancia (re)negociar la relación que establecen entre ellas antes de poder orientar su lucha hacia el *otro* y el mundo que las rodea. La intervención sobre sus mundos interiores representa, así pues, el primer cambio, el paso previo en su camino hacia su emancipación en su relación a *otros* y en las organizaciones de salud. La necesidad de unirse y de creer en ellas mismas se erige como una idea de cambio a priorizar.

Yo creo que el primer cambio sería que hubiera más unión entre las enfermeras · Nadia [EAp2]

Como colectivo, (las enfermeras) nos lo tenemos que hacer mirar, ¿eh? Somos una banda desorganizada, ya te lo digo (se ríe)... · Óscar [ECor2]

Si nosotros no tenemos una cultura del reconocimiento entre nosotros (refiriéndose a las enfermeras) (...), ¿Qué esperamos? ¿Que nos reconozcan los demás, así, mágicamente? · Martín [EAe2]

Creo que necesitamos, en primer lugar, creer más en nosotras (las enfermeras) porque si nosotras creemos en nuestro potencial podremos conseguir más cosas · Julia [EAe1]

Yo creo que si la organización cambia, pero las enfermeras no creen que el cambio es importante ni que depende de ellas tampoco vamos a conseguir nada · Carolina [ECc1]

Las participantes ponen, asimismo, el acento sobre el rol que piensan que las enfermeras en mandos de gestión intermedia pueden jugar en relación con el alcance de sus aspiraciones de justicia social y política en las organizaciones de salud. La posición estratégica que les atribuyen en ellas debería ser aprovechada para hacer más por las enfermeras. La responsabilidad del bienestar de las enfermeras resulta, de este modo y consecuentemente, muy a menudo situada, de forma exclusiva, sobre dicho perfil profesional.

Los mandos intermedios son fundamentales, fundamentales. (...) Para mí son la clave porque están cerca de la asistencia y cerca de los profesionales. (...) Cuando eres supervisora de unidad puedes hacer mucho porque, evidentemente, si gestionas bien tu unidad y todas las unidades son bien gestionadas, al final el hospital, en este caso, pues está... funciona bien o puedes contribuir a que funcione mejor, ¿no? · Ángela [ECp1]

Yo cuido de los pacientes y también de mis compañeras, pero el supervisor tendría que cuidar del personal · Ingrid [EAe4]

Las relaciones que las enfermeras instauran y sostienen con las organizaciones de salud son, por último, exploradas como sujetas, ellas también, a la necesidad de experimentar cambios. Las voces centrales apuntan, en este sentido, a la importancia de la conversión del trato instrumental que reciben en tanto que simples números que están ahí para servir los intereses de otros, en un trato humano desde el que sean (re)conocidas como individuos que encarnan formas legítimas de *ser* y de *hacer* y desde el que se (re)conozca el valor que su trabajo tiene no solamente dentro de las organizaciones de salud, sino también fuera de las mismas.

A veces solo con eso, con tratarte como una persona y no como un número ya tienes mucho ganado... · Clara [EAe6]

Las organizaciones tienen que hacer mucho, muchísimo por las enfermeras. (...) Las organizaciones tienen que reconocer el valor de lo que aportan las enfermeras a la salud de las personas y a la sociedad en su conjunto · Carolina [ECc1]

Las voces centrales hacen una llamada, en esta misma dirección, a la necesidad de que exista un mayor conocimiento por parte de las enfermeras asistenciales de las realidades a las que se enfrentan aquellos que se ocupan en las altas esferas de las organizaciones y, a su vez, a la necesidad de que desde dichas esferas se (re)conozcan las realidades a las que las enfermeras asistenciales se enfrentan para desplegar sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo. La relación de consciencia bidireccional entre ambas se hace, pues, imperativa.

(Dirigiéndose en general a aquellos que se ocupan en mandos de gestión en las organizaciones de salud) Claro... Es que yo me decía: «Si tú no me entiendes a mí porque no sabes lo que yo hago, ¿cómo te tengo yo que entender a ti si tampoco sé lo que tú haces? Si hubiera mayor transparencia acerca de qué es lo que estamos haciendo cada uno de nosotros, quizás sería todo más fácil. Quizás yo podría entender que lo que yo pido no me lo puedes dar, pero como no lo sé y tú me estás exigiendo cosas que tampoco sabes si puedo cumplir por X motivos...» ¡Seamos transparentes! Al fin y al cabo todos tenemos que estirar del mismo carro... · Ingrid [EAe4]

Las enfermeras que han integrado los perfiles de voces centrales no asistenciales apuestan, por su parte, por proyectar en cada una de las enfermeras asistenciales una posición de líder de proyectos de naturaleza diversa —pero, en cualquier caso, orientados hacia la mejora de la calidad de los cuidados prestados a los pacientes— o el ideal de una enfermera que ocupe a la vez todos los ámbitos de actuación por ocupar<sup>54</sup>. Esta idea de cambio, reportada en sus relatos como ya ampliamente extendida en las organizaciones de salud, es fuertemente criticada por las voces centrales que forman parte del perfil de enfermeras asistenciales.

Cada uno pretende darle... Yo qué sé... Esto es como los entrenadores de fútbol, ¿no? Llega un entrenador a un equipo. Él tiene que dar su personalidad al equipo y el equipo tiene que demostrar un cambio, ¿no? Pues los mandos intermedios creen que esto de la enfermería es lo mismo... (expresa haciendo referencia a la proliferación de proyectos en las unidades de práctica clínica) · Martín [EAe2]

Todos los proyectos me parecen súper interesantes, pero lo que me has generado (refiriéndose a los mandos de gestión intermedia y directiva) es ansiedad porque yo hago todo lo que puedo, no tengo tiempo libre

---

<sup>54</sup> La no inclusión de fragmentos *verbatim* procedentes de las entrevistas con las enfermeras no asistenciales para ilustrar este hallazgo resulta intencional, siendo esta una estrategia desplegada para prevenir la posible identificación de la voz central hablante. Los fragmentos *verbatim* recogidos ofrecen, no obstante, la voz referencial de las mismas.

—de verdad que no lo tengo (insiste, se justifica)— y tú me vas dando más cosas a hacer. Y: «Mira haz esto y haz esto otro y...». No me da la vida para hacer tantas cosas. Me gustaría tener más tiempo para hacerlas, pero... ¿Cuándo y cómo? (...) Quiero hacer cosas, pero seamos realistas y proponme cosas realistas con los recursos que tenemos y con la capacidad de modificar cosas que tenemos · Elena [EAp3]

Cuando decimos que la enfermera tiene que ser una súper mega enfermera que sea capaz de implicarse en la asistencia, en la docencia, en la investigación, en la gestión... Yo haría asistencia, docencia e investigación, pero es que es imposible que una sola persona haga todo eso · Ana [EAe5]

Las participantes reclaman, por último, que las exigencias que las organizaciones de salud proyectan sobre ellas respecto al qué y al cómo las enfermeras ofrecen respuesta a las necesidades de su *otro* más inmediato —el paciente— y a sus otros *otros* —el médico, las otras enfermeras y las organizaciones de salud en si mismas— sean consideradas como exigencias bidireccionales, es decir, que las organizaciones de salud cumplan con ellas en su relación con las enfermeras. La correspondencia entre lo que las organizaciones exigen y a lo que las organizaciones se deben se formula, de este modo, como una nueva idea de cambio que perseguir.

Yo creo que los mandos intermedios, los gerentes y tal (resume) tienen que ser ejemplares. Ejemplares personalmente (anuncia con un tono de voz clarificador) (...) porque si no, no tienen credibilidad ninguna. Si yo a mis enfermeras les digo que tienen que tratar con respeto y con educación y ser súper empáticas y ponerse en la posición del paciente y de la familia, yo tengo que serlo con ellas · Óscar [ECor2]

El proceso de análisis de los datos generados sugiere que la (re)construcción de las relaciones que unen a las enfermeras a sus *otros* podría verse ampliamente beneficiada por la implementación práctica de nuevas ideas de cambio que, esta vez, trascienden las paredes de las organizaciones de salud para afectar a la cuestión del reconocimiento social —entendido desde una perspectiva de mayor alcance— de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo. Las participantes plantean, en este sentido,

la necesidad de que el *ethos* profesional enfermero sea (bien) (re)conocido por parte de la sociedad en general.

Las voces centrales explican, de este modo, que cada enfermera debería dedicar parte de sus esfuerzos a difundir hacia el *otro* y en el mundo quiénes son y qué hacen en tanto que tales, «proactivamente y con mucha creatividad», sugiere Víctor [EM1]. Debería, en este sentido, aprovechar las esferas públicas que los medios de comunicación y las redes sociales ofrecen para ello evitando, por encima de todo, su participación en la (re)producción de los estereotipos vinculados a la imagen culturalmente extendida de la enfermera como una mujer vocacional dedicada al *otro*, que orbita desde antaño y de forma libre en torno a ellas.

Yo creo que también es una cuestión de cómo (las enfermeras) nos vendemos a la sociedad. Tenemos que saber vender el producto (se ríe). Y para venderlo hay que creérselo · Ingrid [EAe4]

Tendrían que hacerse campañas a nivel social para que se pudiera ver realmente «qué es, a qué se dedica y qué puede ofrecer» la enfermera. O sea, visibilizar esa imagen de la enfermera y de cuál es su trabajo · Nadia [EAp2]

La población tiene que entender que la enfermera no es la que lleva la cofia y pone inyecciones, ni tampoco es la persona que va con escote y minifalda. Yo pondría en valor todas las cosas buenas que hacemos las enfermeras. Siempre. «Pum, pum, pum, pum». A través de las redes sociales, los blogs, los periódicos... · Víctor [EM1]

Las participantes exponen, asimismo y finalmente, la necesidad de que otra idea de cambio se consuma más allá de las organizaciones de salud, en las Facultades de Enfermería. Las enfermeras sugieren, en este sentido, que estas poseen un rol a jugar en la formación de futuras enfermeras dotadas de una nueva forma de comprender de manera crítica el entorno que las rodea. La promoción del pensamiento crítico en las nuevas generaciones de enfermeras es, así pues, apuntada como una idea de cambio sobre la que deberían focalizarse parte de los esfuerzos dirigidos hacia la emancipación de las enfermeras.

Me sorprende la poca crítica que hay entre las nuevas generaciones de enfermeras · Lucía [ECor3]

Yo creo que desde la Universidad... Habría que inculcar desde ahí...  
Creando gente... Pues, no digo que totalmente teóricos. No, no, no, sino con espíritu crítico y con una capacidad para hacerse valorar muy grande. Es ahí donde se genera todo... · Diego [EAe3]

Las voces centrales erigen a través de las palabras precedentes la nueva orientación del eje de los elementos sociales que, desde sus miradas particulares, atraviesa el interior de las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan. La relación que las participantes establecen con cada uno de los elementos de este nuevo eje social ideal les permitiría conectar con los *otros* de una manera distinta, de una manera desde la que sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo podrían estar más próximas de percibir el reconocimiento individual y colectivo que piensan que merecen recibir.

### **5.17.3. Las ideas de cambio sobre el eje de los elementos políticos**

Las voces centrales proyectan hacia la investigadora la proposición de una serie de ideas de cambio dirigidas a la (re)orientación del eje de los elementos políticos que atraviesan las organizaciones de salud. Las ideas de cambio que, en este sentido, articulan emergen en sus relatos de una forma que, asimismo tardía, coincide con la actitud de osadía que acompañaba la evaluación crítica de las formas de (in)justicia política que configuran sus realidades. La representación que las voces de las enfermeras alcanzan en las esferas de participación es, de este modo, (re)considerada ahora desde una mirada diagnóstica, pero sobre todo reformista.

Las participantes perciben, a este respecto, en una forma alternativa de posicionarse como enfermeras en las organizaciones de salud una mejora potencial de las condiciones políticas a las que, individual, pero también colectivamente, se encuentran sujetas. La sugerida (re)posicionalidad de si mismas frente al *otro* y en el mundo es comprendida, más específicamente, como una nueva forma de situarse en los espacios que habitan como

sujetos legítimos de habitarlos y como sujetos que, por sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar*, tienen algo único que aportar en el interior de los mismos<sup>55</sup>.

Las organizaciones de salud deberían tener como eje principal al paciente y como protagonistas principales a las enfermeras. Actualmente, las organizaciones de salud tienen como eje principal al médico y a las máquinas y como protagonistas secundarios a los gestores · Martín [EAe2]

La cesión de una voz profesional autónoma y, entonces, capaz de intervenir de una forma que represente su *ethos* profesional y se encuentre, en cierto modo, desprendida de las limitaciones impuestas por las voces de *otros* en el marco de sus interacciones sociales, se consolida, en este sentido, como la idea que subyace a las proposiciones de cambio que las voces centrales sugieren en esta dirección. Estas proposiciones giran, de una manera específica, en torno a la representación de las enfermeras en la toma de decisiones clínicas y no clínicas, en diferentes espacios de gobernanza, en nuevos espacios de práctica o en espacios ya existentes.

Las voces centrales reclaman, concretamente, que la toma de decisiones clínicas y no clínicas en las que las enfermeras son teóricamente llamadas a participar respondan a un proceso del que no se encuentren sistemáticamente excluidas y del que su participación en él sea un requisito de obligado cumplimiento para que este se produzca. Las participantes consideran, así pues, que la toma de decisiones clínicas y no clínicas debería, respectivamente, contar con sus miradas si pretende impactar de forma positiva sobre la experiencia que los pacientes hacen de sus procesos de atención y si pretende que lidien con los resultados que de ella se derivan.

Las decisiones clínicas deben tomarse por consenso. (...) Deben ser decisiones tomadas de forma democrática. (...) El enfermero tiene que ser considerado como un integrante más del proceso, por lo que su

---

<sup>55</sup> Paula [ECdAe3] ya había hecho referencia a esta toma de posición cuando explicaba que las enfermeras debían orientar su proyecto emancipador hacia «conseguir que todo el mundo comprenda que ese profesional (la enfermera) tiene que ser el eje que vertebré la salud».



intervención tiene que ser reconocida como única e importante para el resultado final, siendo el objetivo que todos tomemos la decisión mejor para el paciente. Y hay que trabajar para conseguir eso, para conseguir que la opinión del enfermero sea igual de importante. Y hay que trabajar para que si el enfermero dice: «Oye, este paciente no se puede ir porque me falta cerrar no sé qué con él», ese paciente pueda tener una estancia de un día más en el hospital para que pueda irse con las mejores garantías de recuperación posibles... Ese es el ideal porque todavía no es así · Paula [ECdAe3]

Desde la perspectiva de la organización creo que también tenemos trabajo por hacer. Ejemplos fáciles como el de la representatividad, por ejemplo. En un comité de un hospital cualquiera, habitualmente, hay tantos médicos, tantos otros profesionales y una enfermera, mientras se habla de multi o de interdisciplinariedad... Intentamos que esto sea más equitativo y que esta representatividad esté más presente, pero queda trabajo para hacer... · Daniel [ECdAp1]

Sería interesante que quien tomara decisiones consultara a quién va a aceptar y a poner en práctica esas decisiones, ¿no? (...) Creo que una solución intermedia es que los coordinadores estén arriba, en la toma de decisiones, al menos de consultores. «Vamos a poner en marcha el programa tal». Vale, pero pon a gente que vaya a hacerlo, no solo a teóricos (...) porque: «¿Cómo lo hacemos en la práctica? ¿Cómo son las plantas? ¿Cómo son los centros de salud reales? ¿Qué vemos en el día a día?». Esto es la fuerza que tiene el coordinador, que está en los dos lados, ves lo de arriba y lo de abajo... Creo que somos importantes en ese sentido · Óscar [ECor2]

Las participantes apuntan, asimismo, a la necesidad de tener mayor representación en los espacios de gobernanza que se encuentran disponibles a su alcance. El acceso de las enfermeras a las esferas de la gestión y de la política es abordado, en este sentido, como una medida para darles visibilidad como profesionales capaces de ocuparlos y de defenderse en ellos con éxito y eficacia; como una medida para sentir que sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermeras\* están siendo, de algún modo, protegidas y garantizadas desde los mismos a un nivel de repercusión más amplio; y como

una medida que posibilita que, desde dichas esferas, se tome consciencia de las realidades a las que se enfrentan las enfermeras en el sistema de salud.

Yo creo que es importantísimo que se nos dé esa oportunidad de tener acceso a lugares donde se toman decisiones importantes. Yo creo que es importantísimo... · Lucía [ECor3]

No es la solución, pero es un paso importante. Es un paso importante porque yo creo que funciona a muchos niveles distintos. No solamente se ha visto que, con la ocupación de enfermeras en cargos de alta gestión o en cargos políticos, el sistema no se ha hundido, sino que se ha visto que ha mejorado. Entonces, será que las enfermeras —o como mínimo estas enfermeras— alguna cosa bien hacen (se ríe)... · Daniel [ECdAp1]

Si tú eres economista lo más probable es que tú primes lo que es la eficiencia económica porque ese es tu *background*. Es la visión que tú tienes de las cosas, ¿no? Si tú eres médico, posiblemente en lo que estés centrado sea en los procesos asistenciales, ¿no? Si tú eres... No sé qué decirte... Cualquier otra profesión tiene ese pseudo sesgo, ¿no? Claro... el hecho de ser enfermera me incorpora en este cargo con esa visión por la que coloco al paciente antes que todo lo demás · Paula [ECdAe3]

Yo creo que todos vivimos en burbujas y la de la política o la de la macro gestión es una burbuja que te aleja, a veces, de la realidad, de lo cotidiano, de las personas, de los centros. (...) Claro, la práctica clínica te ayuda a tocar tierra, a saber cuáles son los problemas reales de la gente... El hecho de ser enfermera me ha ayudado mucho en este cargo por eso (...) porque yo cuando trabajaba en la asistencia vivía, desde la cercanía de los ciudadanos, los efectos de la crisis: cómo perdían sus trabajos, cómo dejaban de poder pagar la tarjeta sanitaria... Mi visión enfermera supuso el poder influir en políticas de recuperación del daño social. Me ayudó a tener el camino más fácil. Teníamos muy claro hacia dónde teníamos que ir. No es lo mismo que aterrice aquí una persona ajena a la sanidad que no conoce toda esta realidad. (...) Por eso yo creo que es importante que participemos en política. (...) No hace falta estar

afiliado, basta ser simpatizante y querer participar. Creo que es algo que tenemos que hacer más las enfermeras... · Ángela [ECp1]

Tenemos suerte de que en nuestra Comunidad, enfermeras que vieron las deficiencias que tiene la enfermería y las injusticias que está viviendo la enfermería, ahora están en los cargos más importantes de la Comunidad... Y esto nos está viniendo bien · Javier [EAp5]

Las voces centrales erigen a través de las palabras precedentes la nueva orientación del eje de los elementos políticos que, desde sus miradas particulares, atraviesa el interior de las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan. La relación que las participantes establecen con cada uno de los elementos de este nuevo eje político ideal, cuya orientación es juzgada como más próxima a un ideal democrático, les permitiría no solamente integrar de manera plena sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en los espacios de habitan, sino propiciar en ellos su escucha por parte del *otro* y del mundo.

### **5.18. Las acciones de las enfermeras**

Las voces centrales manifiestan el despliegue de su agencia política en el transcurso de sus relatos traduciendo dentro y/o fuera de las organizaciones de salud que ocupan y en las que se ocupan en tanto que enfermeras ciertas de sus miradas y de sus palabras en formas distintas de acción que, comunicadas en primera persona porque las emprenden personalmente o comunicadas en tercera persona porque son sus pares quienes las emprenden, se orientan, específicamente, hacia la consecución de un propósito emancipador cuyo alcance se deja oscilar entre un supuesto individual y un supuesto colectivo.

Las acciones que las voces centrales reportan muestran, entonces, las prácticas que, movilizan buscando, de una forma más o menos consciente y más o menos intencional, (re)negociar su condición de estatus en tanto que enfermeras frente al *otro* y en el mundo. El principio que rige el conjunto de las acciones que despliegan, las formas que estas adoptan y a través de las que se manifiestan, así como el entramado de anécdotas que orbitan a su alrededor se erigen como las cuestiones específicas sobre las que versan las

distintas reflexiones que las participantes articulan en la última parte de sus encuentros con la investigadora.

Los códigos «La remodelación de los límites del movimiento de las enfermeras», «La reflexión transversal a la acción», «Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje material», «Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje social» y «Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje político»<sup>56</sup>, que se presentan a continuación reúnen, en este sentido, aquellos hallazgos que permiten comprender las acciones concretas en las que las voces centrales se ven (in)directamente implicadas aspirando a su posible emancipación individual y/o colectiva.

### **5.18.1. La remodelación de los límites del movimiento de las enfermeras**

Las voces centrales transmiten a la investigadora por medio de sus relatos, a veces de una manera deliberada en forma de posicionamientos individuales, otras veces de una manera inadvertida en forma de datos que emergen en el marco del reporte de sucesos vividos y a los que parecen atribuir escaso significado agencial, cómo se encuentran individual y colectivamente implicadas en acciones que, consistentes en una puesta en marcha de la remodelación de las limitaciones de su movimiento en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud, alcanzan, en cierta medida, desestabilizar su orden institucional.

La remodelación de los límites del movimiento de las enfermeras se postula, en este sentido, como el principio que subyace a todas aquellas acciones que las voces centrales reportan emprender —u observar emprender por sus pares— con el fin de que sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* entren en diálogo con los elementos que conforman las organizaciones de salud que habitan —y que se encuentran en el origen de

---

<sup>56</sup>Los dos primeros códigos aquí anunciados incluyen hallazgos cuyo contenido resulta introductorio, pero de sumo interés para comprender la orientación y los efectos de las acciones que las voces centrales emprenden sobre los elementos que conforman sus realidades en las organizaciones de salud, acciones que se recogen en los tres últimos códigos de la presente subcategoría. La escasa presencia de fragmentos *verbatim* que ilustran los hallazgos presentados en los dos primeros códigos se encuentra paliada, en cierta medida, por su abundancia en los tres últimos.

las formas de injusticia materiales, sociales y políticas que las acechan y que acechan a los pacientes que atienden— para (re)negociar su condición de estatus en tanto que enfermeras en ellas.

La pregunta que guía la identificación y el análisis de las acciones de las participantes que dan continuidad a sus miradas y a sus palabras se formula, entonces, en torno a cómo las enfermeras se (re)agencian sobre los ejes que atraviesan las organizaciones de salud para mantenerlos alineados con el que consideran su *ethos* profesional. La respuesta que los datos generados en las entrevistas con las voces centrales ofrecen a esta pregunta deja entrever cómo las participantes usan y ocupan las brechas discursivas que recorren el estatus quo para retarlo a través de acciones transformativas sobre la relación que mantienen con ellas mismas, con el *otro* y con el mundo.

Me he fabricado como enfermero y ejerzo mi rol como yo quiero, a mi manera, a mi manera de entender cómo debo ayudar a las personas, es decir, no como está establecido, sino de la forma en que a mí me gustaría que lo estuviese · Víctor [EM1]

Las reflexiones analíticas que las voces centrales proyectan en torno a las acciones transformativas que, en las organizaciones de salud, son emprendidas hacia su posible emancipación contribuyen a poner de manifiesto que los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que las conforman no resultan ser, en definitiva, tan robustos como inicialmente pensaban. Son frágiles y es que su (re)producción, pero también su (de)construcción, dependen, en cierta medida, de sus propias prácticas, prácticas que se acompañan de una serie de particularidades que se operan y se manifiestan dentro y fuera del corpus textual generado.

### **5.18.2. La reflexión transversal a la acción**

Las voces centrales, implicadas en la remodelación de los límites a los que sus movimientos se encuentran sujetos, proceden a la toma de decisión, a veces consciente, otras veces inconsciente, pero siempre de carácter transversal, acerca de cuál es la forma más precavida, más segura, de desplegarlas para que estas generen, con alta probabilidad, los efectos emancipadores en los que se albergan sus esperanzas de cambio en relación

con la condición de estatus que no solamente les es atribuida en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud que habitan, sino que también asumen como propia.

Las participantes revelan entonces, en el transcurso de sus relatos, que las suyas no son acciones que emprenden de manera impulsiva, sino acciones que se encuentran ampliamente precedidas y sostenidamente acompañadas —mientras se prolongan en el tiempo— por un entramado de procesos de naturaleza reflexiva del que, aunque inicialmente suponga un enlentecimiento en su despliegue, se sirven para evaluar estratégicamente los impactos positivos y negativos que de sus acciones pueden desprenderse. «Todo esto (refiriéndose a las acciones que moviliza) es muy deliberado. No hay nada accidental dentro de esto, sino que todo está pensado y con una estrategia detrás», explica Paula [ECdAe3].

El proceso de análisis de los relatos de las voces centrales pone de manifiesto cómo, con el propósito de alcanzar su reconocimiento, las enfermeras participantes optan por desplegar frente al *otro* y en el mundo acciones a las que se aproximan desde actitudes que dependen de su consideración, en cada momento, como adecuadas a la situación en la que se enmarcan. Las acciones reportadas se mueven, en este sentido, de una manera ambivalente, a través de los ejes de elementos que conforman los espacios que habitan, entre la inercia y la performatividad, la transparencia y la clandestinidad, la agresividad y la moderación o corrección políticas.

Me dices: «¿Ganas de cambiar las cosas?». Bueno, espero que haya una oportunidad. Ya no soy yo la que provoca la oportunidad, sino que yo espero a que salga esa oportunidad para contribuir a mi manera, ¿sabes?  
· Clara [EAe6]

La lucha contra la injusticia forma parte de mi agenda oculta. Todo lo que intento hacer lo hago de una manera simbólica, muy poco manifiesta, a propósito. Yo no voy a escribir eso. Nunca se lo voy a contar al universo, pero lo hago todo el tiempo, todo el tiempo, todo el tiempo... Son pequeños símbolos que pasan absolutamente inadvertidos, que si no te fijas, no los ves, pero que, al final, generan una cultura, generan una normalidad · Paula [ECdAe3]

Si queremos un cambio hay que molestar porque si no, no se mueve nada · Olivia [EM2]

¿Manifestaciones y huelgas? Cada vez menos porque... Es lo que decimos... Hay que tener unos servicios mínimos y... Por muchas manifestaciones y huelgas que hagas si no las enfocas bien, te arriesgas a que sea un peligro para el paciente, a que sea contraproducente y a que dejes (en tanto que sindicato) de tener buena relación con la administración. ¿Qué es lo mejor? Llevarse bien con la administración · Gonzalo [ESin1]

Hay que luchar, pero teniendo en cuenta que (las enfermeras) podemos generar rechazo si la reivindicación es constante. Hay que adaptarse y moderarse. Cuando estás reivindicando muchas veces las cosas lo que haces es que generas en el *otro* un «ya están otra vez», ¿sabes? Generas rechazo. O sea, la reivindicación total, constante, constante, constante, constante, genera cansancio en el *otro*. Entonces, yo evito eso · Paula [ECdAe3]

Me parece que (las personas que ocupan cargos en los mandos de gestión directiva), a veces, quieren ser demasiado políticamente correctas y eso impide que esto (refiriéndose al sistema) no quiebre · Óscar [ECor2]

Las voces centrales, dedicadas a la remodelación de los límites a los que se enfrentan sus movimientos en cada uno de los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que conforman el orden institucional para ellas en las organizaciones de salud que habitan y a la aplicación práctica de las decisiones estratégicas que tratan de asegurar su triunfo y de prevenir su fracaso en la persecución de sus propósitos emancipadores, se adentran, especialmente en la última parte de sus encuentros con la investigadora, en la presentación del entramado de hechos anecdóticos en los que se enmarcan las diferentes acciones que emprenden.

### **5.18.3. Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje material**

Las voces centrales describen en sus relatos cómo emprenden acciones individuales orientadas a la transformación de la relación que mantienen de forma colectiva con los

elementos que constituyen el eje material que atraviesa las organizaciones de salud que habitan. Las reflexiones que las participantes proyectan hacia la remodelación de los límites de sus movimientos sobre dicho eje se encuentran mediadas, coincidiendo con la osadía comparativa por medio de la que se aproximan a ellos y con su ubicación concreta fuera de su alcance, por actos de intervención hablada que predominan sobre los actos de intervención factual.

Las participantes explican, en este sentido, que sus acciones transformativas sobre el tiempo de que disponen, la (sobre)carga que asumen, los espacios físicos a los que tienen acceso, los recursos materiales de los que se sirven y la remuneración que perciben, más allá de las adaptaciones en las que se implican para mantener el funcionamiento de un sistema que consideran deficiente, se sitúan mayoritariamente sobre actos de intervención hablada que consisten en informarse de sus derechos, en informar de las carencias que perciben en su entorno con relación a ellos y en solicitar mejoras a quiénes consideran que se encuentran en posición de poder hacer algo al respecto.

Las enfermeras se informan. Las participantes protagonizan acciones por medio de las que se implican activamente en la búsqueda de la información que piensan precisar para emitir un juicio fundamentado sobre las condiciones materiales de ejercicio en las que se encuentran colectivamente inmersas y para, posteriormente, *bricolar* con ella las acciones que se dirigen a informar y/o a solicitar mejoras en esta dirección. Las voces centrales asistenciales en ejercicio clínico no reconocen necesariamente estas acciones como acciones que lleven a cabo y es que son las participantes procedentes del resto de perfiles de voces centrales las que informan a la investigadora de ellas.

Las enfermeras acuden al colegio por cosas muy concretas. (...) Las enfermeras vienen por problemas de bolsa, vienen por problemas de ratio, porque no les han revisado bien los indicadores de cumplimiento... Vienen a asesoría laboral —que esto ya no lo comparten conmigo porque son consultas privadas—, por temas legales... Ya me gustaría que fuese de otra manera, ¿eh? Pero las quejas son poco relacionadas con la profesión y más relacionadas con la organización · Carolina [ECc1]



Las enfermeras que más acuden al sindicato para hacer consultas son las nuevas generaciones. (...) Acuden para, por ejemplo, que les ayude a mirar o a explicarle dónde está el baremo de la bolsa, los plazos que hay, cómo tienen que rellenar las solicitudes, cuándo tienen que estar pendientes de la salida del listado provisional de la bolsa, qué hacer si no están de acuerdo con el autobaremo, el tema de las oposiciones... ·  
Gonzalo [ESin1]

Cuando empecé a trabajar en este puesto de trabajo cogí el Boletín Oficial del Estado y miré qué me tocaba cobrar en la nómina. Y dirás: «Eres un poco...». Pero ¡no! Llegó la primera nómina y cobré 500 euros menos. Como justamente me tenían que pagar unos atrasos, fueron 200 euros... Y dije: «Bueno, quizás sea porque me han quitado más IRPF». Entonces, fui a mirarlo en detalle y... ¿En serio? (expresa indignada) ·  
Olivia [EM2]

Las enfermeras informan. Las participantes protagonizan acciones por medio de las que comunican a otros agentes detalles relacionados con las condiciones de ejercicio profesional a las que se encuentran expuestas pretendiendo, en primer lugar, hacer conocer al *otro* de las realidades que, en tanto que enfermeras, experimentan en las organizaciones de salud y mostrándose, en segundo lugar, a la espera de que este *otro* muestre indicios de sensibilidad hacia ellas. El diálogo que versa sobre estas cuestiones se (re)produce entre las voces centrales, siendo infrecuente que se (re)produzca entre las voces centrales y las voces periféricas.

(Las enfermeras vienen a comunicarme) de todo (se ríe). Bueno, me vienen a comunicar que «no tenemos tiempo», que «esta agenda a mí, así, creo que no me irá bien porque no tengo tiempo» o «esto hará que tenga que quedarme en el trabajo hasta muy tarde». Quejas de organización, quejas de otros estamentos... «Es que si las enfermeras hicieran esto» o, al revés, «el médico no se preocupa de nada y todo lo tenemos que hacer nosotras» (se ríe). Quejas de falta de espacio, quejas

de falta de recursos, quejas de los enfermos —¡muchas!—... · Emma [ECdAp2]<sup>57</sup>

(Las enfermeras) vienen a proponerme ideas de cambio o a decirme que tienen alguna dificultad en el día a día y que habría que mejorar en esa cuestión, ¿no? No tener acceso a no sé qué, no saber alguna cosa... (...) No sé si tendrían que venir a contarme algo más. El canal de comunicación que más usan es el de las supervisoras · Gemma [ECdAe1]

(Las enfermeras) me lo cuentan todo. Sí... Es fácil llamarme, subir, hablar y... (...) Te cuentan, por ejemplo, las cosas que han hecho mal otros estamentos y que repercuten en su trabajo. (...) Te cuentan, temas de relaciones, malos entendidos... (...) Me vienen a contar sobre los días libres (se ríe), la falta el material, las cargas de trabajo... (...) Sí, eso sobre todo · Silvia [ERes1]

Las enfermeras solicitan mejoras. Las participantes protagonizan acciones por medio de las que piden el reajuste de sus condiciones materiales de ejercicio profesional a las enfermeras que sitúan en posiciones jerárquicas más elevadas que las que ellas ocupan. Las acciones que las voces centrales movilizan en esta dirección responden, entonces, a actos individuales de intervención hablada que exigen la continuidad pragmática de la información que comparten con ellas, información que transmite la existencia de una necesidad que debería ser resuelta.

Yo, por ejemplo, he ido al despacho tanto de mi coordinador como de mi supervisora... No he exigido nada, pero he intentado que vean que necesitamos más gente... Yo sí que ahí he hablado directamente con ellos. He ido a su despacho a decirles: «Por favor, tenéis que meter a alguien más, tenéis que meter a alguien más. Para nosotros es un problema el no tener días cubiertos, para nosotros es un problema a la

---

<sup>57</sup> El relato de Emma [ECdAp2] representa, de una forma especialmente ilustrativa, la construcción de las enfermeras como sujetos de queja, un hallazgo presentado en la segunda categoría de análisis de los datos.

hora de gestionar la agenda no saber si va a haber una enfermera por la tarde porque esto triplica el trabajo». O sea, que sí que he ido a hablarles directamente de esto... · Lara [EAe7]

Las participantes manifiestan, en este contexto, la importancia de que los argumentos que ponen al uso en el marco de las solicitudes de mejora de sus condiciones materiales de ejercicio profesional sean formulados en base a un contenido ampliamente anclado en la cuantificación. Los argumentos que las voces centrales movilizan son, de este modo, argumentos cuya validez a oídos del *otro*, pero, finalmente, también a oídos propios, reside en la consideración preferente de datos vinculados a hechos fehacientes —por su carácter juzgado como más objetivo— y en el mantenimiento a distancia de sus vivencias más subjetivas.

Mi jefa sabe que si voy a reclamar algo no es porque me apetezca a mí. Se lo voy a justificar, voy a pasarle un informe... Cada vez que pedimos algo no es porque sí. Te voy a buscar evidencia y te lo voy a presentar para que no me puedas decir que no y para que me digas: «Tienes razón, lo que me falta es el dinero» · Óscar [ECor2]

Creo que (las enfermeras), a veces, agotamos esfuerzos en mostrarlo de una forma inadecuada (refiriéndose al valor de su contribución al proceso de atención al paciente). O sea, creo que nosotras mismas nos tiramos tierra encima porque, realmente, si tú quieres demostrar una cosa, documéntala bien, busca datos y delante de la evidencia no te pueden decir que no. A veces, nosotras, como profesión, ponemos mucho corazón en las cosas. Esto está muy bien, pero el corazón, en según qué ámbitos... Hace que nos digan: «¡Ya están aquí las enfermeritas poniendo su pasión!». Creo que la evidencia es importante · Emma [ECdAp2]

A la hora de pedir que necesitamos más enfermeras, nosotros (refiriéndose a las enfermeras en mandos de gestión directiva) tenemos que ser objetivos y nos tenemos que basar en los registros. (...) Tú como gestor lo percibes porque sabes que es verdad, pero si no está objetivado... (expresa con un tono de duda) · Sergio [ECdAe2]

El proceso de análisis de los relatos de las voces centrales revela que es de una forma menos frecuente que las participantes se implican en actos de intervención factual sobre la remodelación de los límites de sus movimientos en el eje de los elementos materiales que atraviesa el espacio que habitan. Las participantes ofrecen, en esta dirección, una resistencia a continuar tolerando ciertas de sus condiciones de ejercicio profesional — notablemente las vinculadas al tiempo y a la (sobre)carga de trabajo, pero también, en ocasiones, a la remuneración— haciendo un uso personal y selectivo de las normas que rigen su funcionamiento en las organizaciones de salud. Lo hacen con la intención simultánea de preservar el bienestar de las enfermeras y de proteger a los pacientes de los efectos que de dichas condiciones se derivan. Los participantes que han mostrado acciones en este sentido han sido varones.

Yo soy mando intermedio y soy muy *pro-empleado* en el sentido de que no soy *pro-empresa*. Mi visión es hacia que el paciente esté bien cuidado, a que la enfermera y las enfermeras trabajen a gusto, con los mejores recursos. (...) Yo creo que la normativa, en general, tiene que ser un recurso en el caso de que las cosas no vayan bien. (...) Si la normativa me dice que no puedo hacer algo, pero no hacerlo beneficia a mi planta, yo no lo hago. Normativas: «Una persona no puede pedir un día de asunto propio si no es con 7 días de antelación». A mí me da igual (pronuncia las sílabas de cada palabra por separado). «¿Tú qué necesitas el día para mañana? Yo te lo arreglo para mañana, solo faltaría» · Óscar [ECor2]

En algunos momentos puntuales he reforzado los turnos. He puesto más enfermeras por turno y le he dicho a la gerencia: «Voy a poner más enfermeras porque no damos abasto. Punto. ¡Ya devolveremos las horas!» · Óscar [ECor2]

Cuando hay que tomar medidas de... o cuando viene una crisis y hay que ajustar las ratios... Yo lo siento, pero por ahí no voy a pasar... · Sergio [ECdAe2]

Cuando hacemos reuniones —que la gente viene de su casa fuera de su horario laboral—, luego yo les cuento las horas de las reuniones como horas trabajadas para que se las paguen · Óscar [ECor2]

Si un paciente se tiene que quedar un día más porque en su casa no pueden acogerle, pues se va a quedar un día más. O sea, a mí me puede venir el gerente a decir: «Es que es mucho gasto» (se hace decir). «Sí, sí, pero yo no puedo dejar a un paciente solo en su casa, que no se puede levantar e ir al baño y que no tiene recursos. No, no se puede, me sabe mal» (responde) · Óscar [ECor2]

Yo durante un tiempo fui coordinador de dos unidades de manera simultánea. Yo pedía que crearan una plaza de supervisión para la segunda unidad. Yo tenía 30 años y con 30 años tiras con todo. Hasta que hubo un año en que se empezó a pagar por objetivos. Yo no llegué al 100% en una de ellas, sino al 95%. La directora de enfermería me dijo: «Has llegado al 95% en esta unidad, cobrarás menos». La miré a la cara y le dije: «¿Me estás diciendo que llevando dos unidades...? ¿Qué es un 5%?». Y me dijo: «20 euros». Y le dije: «¿Me vas a quitar 20 euros, cobrando lo mismo y llevando dos unidades? Pues mira... vamos a hacer una cosa: No me los pagues, pero a partir de mañana que sepas que no necesitas a un coordinador, necesitas dos, porque yo me piro». A la media hora me llamó la subdirectora y me dijo: «No, hombre, no, tú cobrarás». Y le dije: «Es que no es por no cobrar, es que me estáis tomando el pelo. ¡Ya está bien! ¡Hasta aquí hemos llegado! O pones un coordinador inmediatamente o conmigo no contéis». Al día siguiente, sacaron la convocatoria. Se habían ahorrado tres años de sueldo (se ríe). Me sentí menospreciado. (...) En fin... · Óscar [ECor2]

Los actos de intervención hablada o de intervención factual que las voces centrales emprenden o ven emprender por sus pares sobre el eje de los elementos materiales que atraviesan las organizaciones de salud contribuyen, en definitiva, a su (re)orientación para facilitar que sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo puedan ser desplegadas de forma plena y libre. Los hechos anecdóticos que las participantes reportan en relación con dichos elementos se acompañan en sus relatos del reporte de nuevos hechos anecdóticos, esta vez, relacionados con los elementos sociales que las rodean.

#### 5.18.4. Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje social

Las voces centrales reportan en el transcurso de sus encuentros con la investigadora emprender acciones individuales dirigidas a (re)pensar la relación que cada una de ellas mantiene con los elementos que constituyen el eje social que da forma al orden de las cosas en las organizaciones de salud que habitan como enfermeras. Las reflexiones que las participantes emiten hacia la remodelación de los límites de sus movimientos sobre dicho eje responden, concretamente, a actos de enfrentamiento, cuando esta se expresa sobre su relación con los médicos, y a actos de solidaridad y de sororidad, cuando esta se expresa sobre su relación con sus pares.

Las participantes señalan, en este sentido, anteponer frente a los médicos sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo como un acto de enfrentamiento hacia ellos que busca, específicamente, rechazar la que contemplan como su condición de subordinación colectiva a ellos. Las acciones que las voces centrales emprenden en esta dirección se sitúan, entonces, en el marco de un relato a través del que se hace palpable una escena dominada por la hostilidad y es que el reporte de las mismas se produce revestido de una heroicidad detrás de la que se esconden peligros vinculados a su probable punición.

Las enfermeras (re)accionan, así pues, frente a los médicos. Les responden a veces desde la contención para evitar herirlos y otras veces desde la ira, fatigadas de tolerar las situaciones de opresión en las que se muestran inmersas. Buscan, de este modo, devolver a los médicos al que contemplan como su espacio profesional cuando estos proyectan intenciones de invadir o invaden el espacio profesional de las enfermeras. (Re)negocian, así y a continuación, la delimitación fronteriza entre ambos. Lo hacen en ocasiones en defensa propia y en ocasiones en defensa del paciente del que juntos cuidan. Lo hacen, sobre todo, en el momento en el que las tensiones entre ambos se producen, pero también, en algunas ocasiones, de manera previa a las mismas.

¿Estrategias? A veces no queda más remedio que «el miedo lo tiro para atrás» e ir y hablarlo. Muy sutilmente, muy suavemente, siempre preguntándole a él (al médico) qué haría (en referencia a una toma de decisión clínica posiblemente conflictiva). No imponer nada porque si impones algo... (hace una mueca). Sí, sí... (se confirma a si misma). Y,

a veces, me doy cuenta de que a un profesional (a un médico) lo que le molesta es que le vayan a decir lo que tendría que hacer. La manera de aproximarse a eso es que él vea cómo lo tiene que hacer (se ríe). Estrategias de estas... No es fácil. Es muy difícil. Sí, sí... (se confirma a si misma), porque te puedes encontrar a este profesional en el pasillo y que no te mire a la cara y esto no es agradable, ¿sabes? · Ana [EAe5]

Yo tengo una supervisora que es tremendamente trabajadora, que es tremendamente conciliadora, que es contundente, inteligente y concisa. Esta supervisora ha conseguido que los médicos la miren con respeto y la escuchen. Ha conseguido que los médicos pasen visita en la planta a una hora razonable. ¿Por qué? Porque les habla, porque no se calla... Ella coge a los cirujanos y les dice: «Escuchad, si venís...». Y les explica, ¿no? En lugar de gritar, les dice: «¿Sabéis qué pasa? Tendríais que venir sobre las 10:00h como muy tarde porque tenemos que hacer las higienes... El paciente ha sudado, ha tenido fiebre, necesita que le hagamos la higiene y le tenemos que hacer la cura. Si vosotros venís a las 14:00h le tenemos que volver a levantar la cura que hemos hecho. Nosotros lo necesitamos, pero no solo nosotros... Los pacientes lo necesitan. No vengáis a las 14:00h a levantar la cura». Ya no vienen a las 14:00h a levantar la cura. En cambio, la anterior supervisora lo decía gritando y ellos decían: «Pues, entonces, pasaremos a las 15:00h». Cuando alguien se vuelve a desviar, coge al jefe de servicio y le dice: «Escucha, habla con este médico porque... Mira, ven, ven, nos hace levantar los apósitos dos veces al día. ¡Mira cómo está la piel del paciente!». «Tienes razón, tienes razón», le dicen · Gemma [ECdAe1]

Yo siempre he dejado muy claro a mi microequipo (refiriéndose al médico junto al que ejercía su rol profesional como enfermera asistencial) cuáles son mis funciones y que yo no dejaría mi consulta para ir a aguantarle la bata · Claudia [ECp2]

Los médicos me reconocen porque los sorprende, porque no saben muy bien cómo tratarme y, entonces, escogen tratarme bien. Los sorprende porque... Nos sentamos de tú a tú y ellos (refiriéndose a los médicos) vienen con una propuesta que consideran que debe implantarse y yo les digo: «Pero, vamos a ver. Aquí yo no sé lo que quieres exactamente, no

sé si has pensado en esto otro». Y se quedan así (abre los ojos), descolocados, no saben muy bien... Claro, esto ha ido calando y, entonces, algunos ya directamente me evitan, con lo cual yo creo que esto es un signo de reconocimiento. Intentan hacerme la cobra por un lado y, al final, se encuentran conmigo... Entonces, no me reconocen porque tenga la autoridad sobre todo un equipo de gente que trabaja con ellos, sino porque no saben muy bien cómo tratarme. Me respetan, no me contradicen, asimilan las cosas que yo digo, pero creo que me respetan más bien por lo que no soy que por lo que soy, es decir, una enfermera sumisa, fácil de convencer, que dice que sí a todo. No sé si me he explicado... · Gemma [ECdAe1]

Yo tengo una pizarra en la que figura el nombre de las enfermeras y de las auxiliares que llevan las zonas de los pacientes para que cualquier médico y cualquier persona que venga aquí acuda a la pizarra y vea que la habitación 423 la lleva Camelia. «Camelia, ven un segundito no sé qué, no sé cuántos» para darnos feedback sobre el paciente. En el momento en que alguien se salta ese *feedback* (las enfermeras) nos cabreamos. A mí no me parece bien que un médico venga a ver a un paciente y se largue sin hablar con la enfermera. ¡Es obligatorio! Si viene alguien nuevo y no conoce esto, yo lo tengo que coger y decirle: «Oye, no te puedes largar de la unidad sin hablar con la enfermera, o al menos hablar conmigo y yo ya se lo diré a mi compañera, pero no te puedes ir porque nos cabreamos mucho» (se ríe) · Óscar [ECor2]

No porque él sea médico, yo me voy a callar o no voy a decir que no a un tratamiento. ¿Por qué no puedo decir que «no» si veo que no va a ser beneficioso para el paciente? ¿Por qué me lo digas tú (refiriéndose al médico con un tono de voz despectivo)? Pues, yo firmo que no pongo el tratamiento por «esto, esto y esto» y que tú se lo pones por «esto, esto y esto». Se lo mandas a otro compañero porque yo no se lo voy a poner · Javier [EAp5]

(El médico) me dice: «Ahora te diré el número de teléfono de este paciente. Hay que llamarlo para hacerle una espirometría». Y yo: «¿Y?». Dice: «Pues eso, que lo llames». Y le digo: «Creo que aquí hay un error, yo no llamo a los pacientes». Y me dice: «Sí, porque ahora



cada enfermera hará las espirometrías de los pacientes de su cupo». Y le digo: «Sí, cada enfermera hará sus espirometrías, pero yo no llamo a los pacientes» · Nadia [EAp2]

Ayer estaba enfadada y les contesté (refiriéndose a los médicos) como encontraba que les tenía que contestar: «Escúchame, escúchame, si yo no he hecho una cosa no es porque me haya dado la gana no hacerla. Es o bien porque no la he podido hacer o bien porque he pensado que era mejor hacer otra cosa. (...) Y, a mí, no me tienes que hablar mal porque no me gusta que me hablen mal y me imagino que a ti tampoco te gusta». Supongo que me vieron la cara de «estoy hasta aquí» (se señala la frente). Vinieron a disculparse mil veces. «Me sabe mal, eres a la que menos le tendríamos que...» (expresa haciendo alusión a aquello que dicen los médicos). «¡Pero no es a la que menos o a la que más! ¡Esto no lo tenéis que hacer!» · Julia [EAe1]

(Tras relatar haber sido observador de una falta de respeto por parte de un médico hacia una enfermera que trabaja en la unidad de la que es mando de gestión intermedia) Y yo estaba ahí y le dije: «¿Perdona?» (expresa con un tono de desprecio). «¡Que la enfermera no está!», volvió a decirme. Y le dije: «¿Ves dónde está? Está cogiendo una vía. No sé qué quieres, pero no te puede atender». Y me preguntó: «¿Pero entonces qué?». Y le dije: «Pues que ahora mismo te vas a ir de la unidad, porque no vas a gritarle ni a ella ni a mí ni a nadie, o sea, que te largas inmediatamente». Y me dijo: «¿Cómo?». Y le dije «Que te pires de aquí, si no quieres tener más problemas, o sea, ¡fuera de la unidad!». Se fue, mandó un correo a su jefa de servicio y su jefa de servicio nos envió una carta de disculpas por escrito. Nunca más volvió a la unidad · Óscar [ECor2]

Las participantes relatan, por otra parte, emprender acciones dirigidas a modificar las percepciones que otros tienen de las relaciones que las enfermeras mantienen con los médicos. Lo hacen, concretamente, tratando de corregir, a través de sus actos de habla, las ideas preconcebidas que sus allegados y que los pacientes que atienden sostienen en torno a las relaciones entre ambos colectivos profesionales.

Mi madre el otro día me dice: «La enfermera de mi doctora...». Le digo: «Uy, ¿qué le pasa a tu doctora?». Me dice: «Hija mía, pero ¿qué me estás contando? La enfermera de mi doctora...». Le digo: «Pero es que tu doctora no necesita una enfermera, la que necesita una enfermera eres tú». Claro... Ella no lo entendía y decía: «Pero, ¿qué me estás diciendo?». Y yo le decía: «¡Que la enfermera es tuya, no es de la doctora!». «¡Ay hija qué cosas más raras dices!». (...) Creo que a los pacientes también hay que explicárselo. «Ha dicho el médico que me pongas un inyectable». Yo decía: «No, tú tienes que someterte a un tratamiento. ¿Tú te sabes poner el inyectable? No, yo te lo pongo porque tú no sabes. Si fuese una pastilla tú te la tomarías». Claro... Se te quedan así (abre los ojos). «Te pongo el inyectable no porque lo diga el médico, sino porque tú no sabes» · Ángela [ECp1]

Las voces centrales señalan asimismo, en el transcurso de sus relatos, emprender acciones individuales sobre las relaciones que las unen a otras enfermeras junto a las que habitan las organizaciones de salud, buscando, específicamente, tejer vínculos estrechos entre ellas. Las participantes narran, en este sentido, su implicación en el despliegue de un entramado de actos por medio de los que pretenden construir y consolidar redes de solidaridad y de sororidad que consisten en actos de cuidado de si mismas, actos de cuidado contemplados como necesarios para, al fin y al cabo, hacer frente a las realidades en las que se encuentran inmersas.

Las enfermeras, si bien no parecen cuidar de ellas mismas, sí se cuidan entre ellas, sí se protegen entre ellas y sí se hacen presentes para ellas. Expresan, en este sentido, una preocupación, casi continua, por el bienestar de sus pares enfermeras buscando, incluso, por momentos, generar una consciencia acerca de las formas de injusticia que las acechan, una consciencia que, sumando cada vez más adeptas y operando sobre ellas con un efecto dominó, deviene colectiva. Lo hacen en el mismo lugar en el que se desempeñan creando en ellos espacios donde antes no existían para entablar un diálogo que empuja a algunas de ellas hacia la acción concreta.

Como compañero, muchas veces, tienes la obligación moral, ética, por tu educación... (deja sin terminar su reflexión) (...) Cuando he visto a una de mis compañeras mal, lo he hablado con ella. «Oye, yo creo que

te tienes que largar de aquí. Estás muy quemado o quemada y te tienes que ir. No hay otra solución». Es que no hay otra, muchas veces. Por mucho que te cambien las condiciones de trabajo, a veces, es muy complicado... Esto se lo dije a una compañera mía. Le dije: «Tú estás quemada y tienes que irte de aquí» · Diego [EAe3]

(En el contexto de sentir que un médico ha podido tratar mal a una de sus compañeras enfermeras) ¿Sabes qué pasa? Que a veces las miras y es tan evidente... Y les dices: «Ey, escúchame, estoy aquí, yo ahora te vendré a ayudar. Tú sabes que esto va así...». Y lo hablamos. A veces nos lo contamos entre nosotros (las enfermeras) y, a veces, se lo cuentas a tu superior porque crees que son cosas que se tienen que saber · Julia [EAe1]

Cada mañana hago un café aquí, en el hospital, con las compañeras (enfermeras) y salen estos temas (se ríe). Mientras tomamos el café salen estos temas de que faltan enfermeras, de cómo estamos organizadas... · Ana [EAe5]

Yo la puerta del despacho nunca la cierro y, además, la abro físicamente. Intento trabajar siempre en la planta para que (las enfermeras) me contacten, para que me pregunten. Intento resolver siempre cualquier cosa e intento resolverla al momento para darles una respuesta. (...) Intento demostrar que su tiempo es muy importante y que yo estoy ahí para ayudarlas. Esto es lo que quiero transmitirles. (...) Por otro lado, yo he formado a compañeras que ahora son coordinadoras y yo les he explicado cómo trabajo yo. Entonces, ellas han adoptado mi manera trabajar, pero con su personalidad. (...) Me utilizan como consultor. Llevo más años en esto y hago un poco como de consultor. «Oye, ¿cómo haces tú esto?», me preguntan. Y mientras tomamos el café, de manera informal... «Oye, pues mira, hazlo de esta manera porque así te facilita...» · Óscar [ECor2]

Yo me hago presente en las unidades. Me paseo. Estoy siempre por el hospital. Entonces, hay enfermeras que aprovechan el hecho de verme para contarme las cosas · Gemma [ECdAe1]

Muchas veces aprovecho las sesiones (intraprofesionales) que hacemos por las mañanas en la unidad, sobre todo los meses que hablamos de comunicación, para introducir algunos de estos temas. El tolerar que nosotras las enfermeras toleremos eso es lo que me cuesta... «¿Os estáis dando cuenta de que estamos tolerando el «mi», el «me haces», el «me pasas», el «me quitas», el «me pones», ...?» (refiriéndose al lenguaje instrumental con el que los médicos se dirigen a las enfermeras) · Lucía [ECor3]

El proceso de análisis de los datos generados en los encuentros con la investigadora revela la existencia de un marcado silencio en torno al despliegue por parte de las voces centrales de acciones individuales y/o colectivas dirigidas a la (re)orientación de la relación que las mantiene unidas a la organización de salud en la que *son, se expresan, están y actúan* en tanto que enfermer\*. La aproximación a las mismas como si de entes abstractos se trataran podría encontrarse, en este sentido, en el origen mismo de las dificultades que las participantes muestran para entrever la proyección de actos directos hacia ellas.

Los actos de enfrentamiento y los actos de solidaridad y de sororidad por medio de los que las voces centrales ejercen su influencia transformacional sobre algunos de los elementos que conforman el eje social que atraviesa las organizaciones de salud siguen contribuyendo, por su parte y en definitiva, a facilitar el despliegue pleno y libre de sus formas de *ser, de expresarse, de estar y de actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo. Los hechos anecdóticos que las participantes reportan en relación con dicho eje se conectan estrechamente con los hechos anecdóticos que reportan respecto al eje de los elementos políticos que orbitan a su alrededor.

#### **5.18.5. Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje político**

Las voces centrales explican en el marco de sus entrevistas con la investigadora su implicación en el despliegue de acciones individuales dirigidas a la remodelación de los límites de sus movimientos sobre el eje de los elementos políticos que constituyen el orden institucional de las organizaciones de salud que habitan. Las reflexiones que las participantes proyectan en esta dirección responden, concretamente, a una serie de actos a través de los que cada una de ellas moviliza su identidad profesional, hace circular su

voz profesional en los espacios de participación y se posiciona en las esferas de representación que ocupa.

Las participantes muestran entonces en sus relatos debatir la identificación que, en tanto que enfermeras, sienten que deben hacer de si mismas frente al *otro* y en el mundo. Las identidades profesionales de las voces centrales aparecen, de este modo, a veces plenamente visibles, a veces parcialmente ocultas, a veces completamente encubiertas, de manera oscilante, en función de las particularidades de cada una de las situaciones en las que se expresan y, en particular, en función de quién ejerce como interlocutor, de qué propósitos se pretenden alcanzar y de en qué espacio transcurre la interacción social en cuestión.

Las voces centrales procedentes del perfil de enfermeras asistenciales en ejercicio clínico parecen, en este sentido, tenerlo claro: las enfermeras deben exponerse al *otro* y en el mundo en tanto que tales. Ellas escogen, entonces, consecuentes con aquello que defienden, presentarse como enfermeras ofreciendo, no obstante, más o menos detalles acerca de los elementos que conforman sus identidades según el nivel de especialización atribuido al entorno de práctica en el que se ocupan, siendo, concretamente, los espacios en los que prevalece un rol técnico los más reivindicados y en los que prevalece un rol centrado en el cuidado —dícese básico— los más reservados.

No puede ser que las enfermeras (asistenciales en ejercicio clínico) no nos identifiquemos como profesionales · Carolina [ECc1]

Yo llevo el identificador y digo: «Hola, ¿qué tal? Soy tu enfermera», ¿no? (...) (Las enfermeras) no nos presentamos a los pacientes abiertamente como enfermeras. Parece que hay... yo percibo como que hay miedo, ¿no? O sea es como miedo o... (deja sin completar su reflexión) · Martín [EAe2]

Yo suelo decir que soy enfermera y nada más porque cuando comentas que eres enfermera en una residencia... La reacción de la gente la considero de menos respeto en comparación a cuando dices que estás trabajando en un hospital. Parece como que si fueses menos enfermera, una enfermera de segunda... Entonces, no especifico dónde trabajo · Sara [ER1]

Las voces centrales procedentes del resto de perfiles de enfermeras se presentan, por su parte, divididas a este respecto y es que, mientras algunas de ellas parecen tener claro que deben presentarse abiertamente al *otro* y en el mundo como enfermeras que ocupan espacios de desempeño no asistenciales, otras dudan acerca de la necesidad de precisar el puesto de trabajo concreto en el que ejercen escogiendo proyectarse simplemente como enfermeras, y otras se cuestionan acerca de la necesidad de precisar su *background* profesional, escogiendo no identificarse como enfermeras, sino como la denominación del cargo en el que se desempeñan.

El proceso de análisis de los relatos de las participantes en cuestión descubre que no son la previsión de tener que dar explicaciones al *otro* acerca del rol profesional ejercido —dada la consideración de que la enfermera es aquella que se sitúa al lado del paciente— ni tampoco la impresión de que ser demasiado detallista en la descripción del rol profesional asumido sea interpretado como querer destacar sobre el *otro* —dada la consideración de que la enfermera debería ser más bien discreta— las razones principales que se hallan bajo los procesos de elección identitaria, sino el valor diferencial que se atribuye a sus voces en función del contexto en el que se despliegan y, con él, las posibilidades de construirse como sujetos legítimos de *ser*.

Yo la primera cosa que digo es que soy enfermera. (...) «Enfermera» siempre es lo primero. (...) «Yo soy enfermera», lo primero y muy orgullosa · Claudia [ECp2]

Yo digo que soy enfermero. Básicamente eso. Habitualmente no especifico el cargo que ocupo. A ver si lo puedo explicar bien... Últimamente, no lo especifico porque no me parece relevante. Sí que es cierto que si estoy con alguien que tiene algún tipo de relación con el sistema sanitario, a veces te lo pregunta y, entonces... (se presenta como enfermero). Pero, tampoco doy muchos detalles de si tengo un cargo de gestión o no lo tengo. Digo que trabajo, en general, en los servicios de la central y ya está. Me parece suficiente. Depende de en qué contexto me encuentre... Si estamos hablando de conocer a cualquier persona externa el ámbito laboral o si estamos a una reunión de trabajo donde valga la pena resaltar el cargo que ocupo · Daniel [ECdAp1]

Depende, depende. Si es alguien a quien creo que tengo que mostrar los galones, pues sí que me presento como (enuncia todos sus roles). Lo saco todo. Si es alguien a quien, por la relación que tengo que tener con él, no son necesarios o ni siquiera es de buen gusto sacar los galones, pues no lo hago. Soy enfermera y si alguien me pide más, pues ya voy ampliando · Gemma [ECdAe1]

Yo no le digo a todo el mundo que soy enfermera y lo hago propósito. Lo hago de forma deliberada porque mi forma de entender la normalidad es, precisamente, no ahondar en lo extraordinario. Para mí, hacer visible el rol que ejerzo significa ahondar en lo extraordinario y poner de manifiesto lo extraordinario. Y yo lo que creo es que el ejercicio tiene que ser al contrario. Yo creo que la normalidad es que un enfermero tiene que tener las mismas oportunidad que cualquier otro profesional para ocupar este cargo. Los otros profesionales que han ocupado este cargo nunca han especificado su formación y a nadie le parecía extraño que una persona, con una formación ajena al ámbito de la salud, ocupara este cargo. Y yo lo que quiero con esto es, precisamente, luchar para que a nadie le llame la atención el hecho de que yo sea enfermera, sino que sencillamente, mi visión cosmológica, mi visión del entorno, de lo que tiene que ser y de cómo tiene que ser, está condicionada por el hecho de ser enfermera y eso no me hace una peor candidata a ocupar este puesto. (...) Yo lo que quiero es darle absoluta normalidad · Paula [ECdAe3]

La elección de la terminación de género por medio de la que las voces centrales se refieren a los miembros del colectivo enfermero se revela, asimismo, como un elemento que, integrado en su identidad profesional, algunas de ellas deciden tomar en consideración para presentarse en tanto que enfermer\* en el mundo. Las participantes se debaten, en este sentido, entre la preferencia por usar el sufijo femenino, reivindicando las raíces femeninas de la profesión; el sufijo femenino y el masculino a la vez,

considerando la necesidad de ser más inclusivas; o el sufijo masculino, para romper con la asociación tradicional del colectivo a una supuesta naturaleza femenina<sup>58</sup>.

Yo por eso también soy una gran defensora de no hablar de las enfermeras en general. A mí me gusta hablar de «las enfermeras y los enfermeros». Podemos poner «las enfermeras» delante porque somos más, pero hablar de «enfermeras» es feminizar todavía más nuestra profesión y no dar valor a los enfermeros que también se sienten... (deja sin terminar su reflexión) (...) Es feminizar más la profesión (retoma su conclusión) · Claudia [ECp2]

Debatiendo con compañeras mías... Hay algunas cosas que les molestan. Por ejemplo, que yo use el genérico masculino les molesta. Y yo creo que, al final, si tú sigues utilizando «la enfermera» y «el médico» lo que estás haciendo es perpetuar roles que están muy arraigados en la sociedad. Y, aunque tendemos a abstraernos, no se puede abstraer... Seguimos con techos de cristal, seguimos con violencia de género, claro... Si tú utilizas eso, si tú trasladas eso a la práctica profesional, siempre se establece y se va a establecer una relación jerarquizada simbolizada en el lenguaje. Y yo precisamente lo que quiero es dar un paso adelante y decir: «No, no, vamos a normalizar: si el genérico en castellano es masculino vamos a utilizarlo porque nosotros lo que tenemos que hacer es normalizar». ¡Yo soy tan fanática de la normalización! · Paula [ECdAe3]

Los efectos que se desprenden de la movilización que las voces centrales hacen de sus identidades profesionales en las organizaciones de salud no son otros, en definitiva,

---

<sup>58</sup> Las reflexiones presentadas en la sección subcategorial preambular de la primera categoría de análisis de los datos en torno a los giros de género protagonizados por las voces centrales se diferencian de las reflexiones expuestas en la presente sección subcategorial central en torno a la elección de la terminación de género a emplear para referirse a los miembros del colectivo enfermero en el hecho de que los primeros resultan ser fruto de un acto de habla irreflexivo e involuntario y los segundos de un acto de habla reflexivo y voluntario. Este es el motivo por el que ambas reflexiones, pese a albergar un significado común, se encuentran ubicadas en códigos de análisis distintos.



que los que atañen a la posibilidad condicional y adaptativa de permitirse desplegar sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* de una manera más afirmada, y de ampliar la probabilidad de obtener y de retener formas (con)movedoras de retorno a cambio de su trabajo y es que, como expresa de forma crítica Paula [ECdAe3], «soy consciente de que ese sesgo (refiriéndose a la barrera que genera el hecho de ser portador de la etiqueta *enfermera*) todavía se produce».

Las voces centrales reportan, por otra parte, emprender ciertas acciones individuales que conciernen a la circulación de sus voces profesionales en los espacios de participación concebidos como ya existentes en las organizaciones de salud que habitan. Las participantes relatan, en este sentido, invertir esfuerzos hacia su democratización por medio de la inclusión en ellos de sus propias voces, pero también de las voces de los pacientes a los que brindan sus cuidados. Lo hacen exigiendo al *otro* su consideración en la toma de decisiones clínicas, osando intervenir en ellas aún cuando sus voces no son demandadas.

Nosotras (refiriéndose a las enfermeras que trabajan en su unidad) hemos invertido esfuerzos en crear un sistema para que la toma de decisiones en nuestra unidad se produzca de forma compartida. La hemos estructurado de tal manera que todo el mundo tenga el mismo tiempo para contribuir en ella y de tal manera que no nos solapemos ni repitamos información y que podamos llegar a un consenso de cuál es la línea o de qué es lo que tenemos que hacer con el paciente · Ingrid [EAe4]

Las participantes declaran, siguiendo este mismo hilo argumental, hacer circular sus voces profesionales en los espacios de participación vinculados a la toma de decisiones no clínicas, pero que repercuten en el *fluir* de su práctica cotidiana. Las voces centrales escenifican, de este modo frente a la investigadora, interacciones en las que proceden a elevar sus voces para oponerse al cumplimiento de toda aquella resolución que emana de procesos decisionales organizacionales que no son compartidos con ellas, respondiendo, de esta forma, a la que consideran como una marcada ausencia de espacios democráticos en las organizaciones de salud.

Yo tuve una vez un problema con compras porque cambiaron un determinado recurso material sin consultar a las enfermeras de la planta. ¿Qué hice yo? Me cogí todo ese material. Me planté en el despacho del director de compras del hospital y le puse el material encima de la mesa. Le dije: «Mañana quiero el antiguo material, porque nadie ha probado este. Tú lo has comprado porque es más barato y no funciona por esto, por esto y por esto. O mañana tengo el material que teníamos o, si no, se deja de hacer esta práctica en la unidad». Al día siguiente teníamos el material antiguo. Y le dije: «Y, a partir de ahora, cuando quieras introducir un producto nuevo no hay ningún problema, pero tienes que consultar con el que lo va a usar. ¿Quién va a usarlo? ¿Las enfermeras? Pues me mandas un par de paquetes, lo van a probar, van a hacer una valoración por escrito y sobre esa valoración tú decides. Si son buenas y son más baratas las compras. Si son malas no las compras». Solucionado (se ríe) · Óscar [ECor2]

Las acciones que las voces centrales dicen emprender en el marco de los espacios de participación en los que se produce la toma de decisiones no clínicas se acompañan, asimismo, de otras acciones de carácter transversal a los ejes de elementos materiales y sociales que atraviesan las organizaciones de salud. Las participantes muestran, en este sentido, implicarse en actos por medio de los que iluminan y comunican las formas de injusticia que las acechan, pero que sobre todo acechan a los pacientes, actos que permiten no solamente su emergencia en superficie, sino también el alcance de y la disrupción en la consciencia de los *otros*.

Yo cuando veo una injusticia necesito verbalizarla y llevarla donde sea · Nadia [EAp2]

Yo supongo que es mi forma de ser, mi forma de vivir. Intento ser sincera, coherente, responsable, comprometida y honesta. Entonces, claro, la hipocresía no entra dentro de mí —¡y eso que me voy controlando ya últimamente! (se ríe)—. Pero no... A ver, yo creo que lo único que me queda es poder expresar cómo creo que deben ser las cosas, lo cual no quiere decir que tenga la verdad absoluta. (...) La palabra es, precisamente, lo único que me queda para poder combatirla

(refiriéndose a la injusticia que percibe que se (re)produce a su alrededor) · Clara [EAe6]

Las voces centrales expresan, finalmente, emprender acciones sobre, pero también desde, el acceso que presentan a las esferas de representación. Las participantes describen, en este sentido, salir de su zona de confort asumiendo su lugar en espacios habitualmente no ocupados por enfermeras<sup>59</sup>; aprovechar las ventajas que su disposición simbólica en ellos ofrece para convertirse en altavoces de las formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* de las enfermeras y de las formas de injusticia a las que se enfrentan; y abandonarlos cuando responden, irremediabilmente, a espacios que cuya eticidad no concuerda con su *ethos* individual y profesional.

Yo creo que (las enfermeras asistenciales) tienen voz. Yo soy su altavoz. Muchas veces las cosas que digo en las reuniones en gerencia no son porque yo las diga, sino porque la gente (las enfermeras) de mi planta me las dicen y yo las transmito. Las digo y las defiendo y me peleo por ellas. Soy un poco sindicalista en ese sentido (se ríe), un poco *outsider*, aunque eso me genere un problema. Para mí es más fácil callarme, pero si hay que reivindicar algo, yo lo reivindico porque entiendo su postura (la de las enfermeras asistenciales) · Óscar [ECor2]

Cuando estás en gestión, hay una cosa que tienes que saber hacer y que a mucha gente le cuesta, que es saber irse. Saber irse es difícilísimo porque la gente se acantona y se enroca en los sitios y no hay quién la mueva. Yo me he ido muchas veces porque yo tengo que estar contenta con cómo hago las cosas en general. (...) Si yo en algún momento dijera «me siento condicionada, coartada», me dijeran «por aquí no, vete por otro lado» y yo no me sintiera cómoda, me iría. ¡Es que es así! (...) Me he ido de otros sitios. Varias veces, porque, a veces, pasa. ¡Es que a veces pasa! Tú tomas decisiones, pero siempre hay alguien por encima de ti que toma decisiones también, ¿no? Y, a veces, entras en conflicto

---

<sup>59</sup>Los fragmentos *verbatim* vinculados a este hallazgo son omitidos. Algunas de las participantes son enfermeras que se ocupan en espacios no ocupados habitualmente por enfermeras y la presentación de hallazgos contextualizados podría suponer la identificación de las mismas.

con esas decisiones de arriba. Tú tienes que valorar si ese conflicto te supone romper con tu propia visión de las cosas o no. Si no, bueno pues, intentas torearlo. Si es que sí lo más saludable es que no sigas. Y yo he dimitido varias veces. Creo que hay que hacerlo. Creo que es importante porque, si no, no lo vas a hacer bien · Paula [ECdAe3]

Las acciones que las voces centrales dicen protagonizar sobre la expresión de la voz de las enfermeras, su inmersión en los espacios de participación y su acceso a las esferas de representación contribuyen, en definitiva, a la remodelación de los límites de sus movimientos sobre el eje de los elementos políticos que atraviesa las organizaciones de salud que habitan. Las reflexiones emitidas a este respecto ponen fin, de este modo, a la presente subcategoría de análisis de los datos y a la sección subcategorial central de esta tercera categoría de análisis de los datos, dando paso a la última sección subcategorial de impacto y de transición de este «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados».



La sección subcategorial central nos ha permitido comprender cómo, a través de las miradas, las palabras y las acciones, las voces centrales despliegan su agencia política para tratar de transformar el orden institucional de las organizaciones de salud que habitan en un nuevo orden que, proyectado como siendo más justo, es capaz de alinearse con su *ethos* profesional. El despliegue de su agencia política no siempre desprende, pese a sus intenciones primarias, los efectos de emancipación deseados, sino que es frecuente que de él se liberen efectos que, de forma accidental y colateral, contribuyen a (re)producir el estatus quo institucional o, incluso, a engendrar nuevas formas de injusticia para las enfermeras.

La sección subcategorial de impacto y de transición que se sigue pretende, en este sentido, iluminar el entramado de repercusiones que las miradas proyectadas, las palabras articuladas y las acciones emprendidas por las voces centrales tienen, concretamente, sobre el potencial emancipador general de las mismas para las enfermeras, sobre el rol que las enfermeras se asignan en relación con la lucha por su reconocimiento social, y sobre la forma que adopta la legitimidad de esta última. El nivel de análisis que se desprende de la elaboración de esta sección supone, pues, la posibilidad de releer los hallazgos presentados en la sección subcategorial central desde una nueva lente.

Las subcategorías «La emancipación de las enfermeras en tela de juicio», «La responsabilidad de la transformación del orden de las cosas» y «La forma legítima de lucha» responden a las diferentes subcategorías en base a los que hemos decidido organizar los resultados que orbitan alrededor de las cuestiones previamente anunciadas. Los hallazgos que en su interior se albergan presentan, como ya ha sido indicado anteriormente, la particularidad de no conducir, esta vez, a una nueva categoría de análisis de los datos, sino a un nuevo capítulo que tiene como propósito principal poner en diálogo el conjunto de resultados presentados en el presente capítulo.



### **5.19. La emancipación de las enfermeras en tela de juicio**

Las voces centrales exponen en la última parte de sus relatos las miradas proyectadas, las palabras emitidas y las acciones emprendidas en la lucha por su reconocimiento social. Lo hacen ampliamente convencidas de que estas son las que las llevarán a alcanzar con éxito sus propósitos emancipadores. Las participantes no contemplan, sin embargo, que bajo las mismas no solamente se (re)produce un entramado de efectos previsibles y deseados, sino también un entramado de efectos inesperados y no perseguidos que las (re)subordinan, aunque de una manera distinta, y que mantienen inalterado el orden institucional en las organizaciones de salud que habitan.

Las participantes escenifican, en este sentido, sin pretenderlo, un diálogo establecido entre la necesidad de responder a las formas alienantes de retorno que tanto las dañan y los peligros de exponer su *ethos* profesional a una transformación de sus elementos constituyentes más esenciales; un avistamiento del riesgo que sus prácticas tienen de generar un nuevo marco ideológico en relación con las formas de pensarse, posicionado entre los otros posibles como el único que debe imperar; y un juicio acerca de la relativa simplicidad que rodea a cada una de las miradas, a cada una de las palabras y a cada una de las acciones sobre las que disponen sus esperanzas emancipadoras.

Los códigos «El ajuste de las enfermeras al molde del *otro* y del mundo», «Los riesgos de imponer un nuevo régimen ideológico» y «La inocencia de los movimientos hacia la transformación» que se presentan a continuación recogen los hallazgos que ponen en duda el potencial emancipador de las miradas proyectadas, de las palabras emitidas y

de las acciones emprendidas por las voces centrales en dirección a su reconocimiento social en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud que habitan.

### **5.19.1. El ajuste de las enfermeras al molde del *otro* y del mundo**

Las voces centrales proyectan sus anhelos emancipadores desde una mirada orientada inicialmente hacia sí mismas, hacia sus mundos interiores y, más concretamente, hacia su *ethos* profesional. El malestar con el que experimentan sus identidades profesionales frente a las formas alienantes de retorno que obtienen y retienen en tanto que enfermer\* en el mundo simboliza, en este contexto, la ceniza a partir de la que hacen prender un discurso identitario que busca (re)definir sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* para que se ajusten al molde que el *otro* y el mundo parecen tener preparado para ellas.

Las participantes se alejan, de este modo, de sus formas de pensarse para, haciendo uso de las palabras de Víctor [EM1], «mostrar la profesión (enfermera) desde otro ángulo». Lo hacen, específicamente, transformando el discurso identitario por el que abogan en los primeros momentos de sus encuentros con la investigadora en un nuevo discurso identitario funcional desde el que, revestidas de la que se erige como una falsa sensación de seguridad ontológica, se sienten capaces de posicionarse frente al *otro* y en el mundo como sujetos con mayores posibilidades de ser (re)conocidos en las organizaciones de salud.

Las voces centrales pretenden cambiar y/o cambian, entonces, sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo, viéndose envueltas en un proceso de (re)construcción acerca de quiénes son y de qué hacen en tanto que tales, un proceso de (re)construcción que no emprenden desde la voluntariedad, sino desde la obligatoriedad, y que no emprenden pensando en sí mismas, sino pensando en cómo hacer que el *otro* las perciba de manera individual y colectiva como merecedoras de obtener y de retener formas de retorno no alienantes, sino más bien (con)movedoras a cambio del ejercicio de su profesión.

Las participantes se dejan aparecer, entonces, no solamente como sujetos envueltos en la referencia crítica a un entramado de discursos que ensalzan ideas procedentes del sistema económico, político, social y cultural dominante que las rodea y que, por reportar

algunos de los ejemplos más salientes en sus relatos, tienen que ver con la excelencia profesional, la tecnificación de los roles, la innovación en los cuidados o la cuantificación de las prácticas, sino también como sujetos que, desde sus propias voces y en sus propias prácticas, (re)producen dichos discursos en el marco de las organizaciones de salud que habitan. Algunas participantes se muestran conscientes del presente hallazgo.

Tecnificar la profesión y poder contabilizar... (Suspira) (Las enfermeras) nos ponemos de espejo cosas que no tendríamos que ponernos de espejo. Sistemas en los que todo está cuantificado. (...) Una visita médica dura 4 minutos y después pautas X cosas. Todas contables, ¿no? Y, entonces, nosotros tenemos que ser iguales (se lamenta). A alguien se le ha ocurrido que tenemos que ser iguales. (...) La intención es equipararnos a otras profesiones porque tenemos un complejo de inferioridad. No marcamos nuestro terreno porque tenemos que ser igual que los otros, ¿sabes? Como la enfermera de por sí no es lo que debería ser, entonces, voy a ser «igual que» · Martín [EAe2]

Las enfermeras de hospitalización, en general, son «las enfermeras de la planta, las últimas». Sin embargo, se hace hincapié en las cosas que hace la enfermera de neumología, de consultas externas, de diálisis, de quirófano, de no sé qué... Está muy bien, ¿eh? Porque hacen trabajos impresionantes, pero la de planta también. Entonces, tú ves noticias de «la nueva terapia aplicada que hacen las enfermeras del gabinete de digestivo». ¡Ah, qué chulada! «La nueva no sé qué...». ¡Ah, qué guay! (Pausa) En planta también hacemos cosas, pero es como... «Bah, la planta, que esta ahí...» · Óscar [ECor2]

El proceso de análisis de los datos generados en los encuentros con la investigadora revela, dejando de lado el apunte precedente, que las participantes responden a las formas de injusticia que las acechan con la proyección de miradas que, centradas en unas mismas, convierten —e invitan también al *otro* a convertir— problemáticas de orden estructural en problemáticas de orden individual que les son propias, que forman parte de sus mundos interiores y que, por ende, deben ser resueltas desde la transformación de unas mismas. El origen, el fluir y el desenlace de las formas de injusticia se (con)funde, por consiguiente, entre las enfermeras y la estructura en la que se encuentran inmersas.

(En respuesta a cómo nombraría las formas de injusticia analizadas)  
¿Todo? ¿Todo englobado? (Piensa) Una falta de reconocimiento o un problema de la identidad de las enfermeras. La identidad profesional de las enfermeras es complicada · Carolina [ECc1]

Las miradas —y, más adelante, las palabras y las acciones— que las voces centrales dejan emerger en el transcurso de sus relatos presentan, en este sentido, dificultades para ser interpretadas como prácticas discursivas y sociales emancipadoras y es que el análisis en profundidad de las mismas revela que sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* no logran a través de ellas alinearse consigo mismas, sino que lo hacen con el *otro* y en el mundo, desencadenando —veremos— la (re)producción de antiguas y nuevas formas de injusticia que atentan contra las enfermeras y contra la profesión enfermera.

### **5.19.2. Los riesgos de imponer un nuevo régimen ideológico**

Las voces centrales exponen a la investigadora el conjunto de miradas, de palabras y de acciones en torno al que sostienen sus anhelos emancipadores construyendo a partir de él un proyecto emancipador colectivo que, asociado tanto a la formulación de una serie de ideas de cambio que deberían ser aplicadas sobre los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que atraviesan las organizaciones de salud, como al despliegue de un entramado de actos por medio de los que tratan de hacer de él una realidad, se erige, no obstante, como un proyecto que no parece considerar la multiplicidad de enfoques existentes entre las enfermeras.

Yo veo que todas las enfermeras tienen una manera diferente de *ser* y de *hacer*, pero, al final, es verdad que todas somos enfermeras · Julia [EAe1]

Las participantes conciben, en este sentido, una idea de justicia social y política en las organizaciones de salud que corre el riesgo de imponer, aunque sea de una manera inconsciente y no perniciosa, un nuevo régimen ideológico. Lo hace en relación con el orden institucional que debe —en imperativo y no condicional— dominar en ellas y en su relación con ellas mismas y es que si bien reconocen la variabilidad de las formas de *ser* y de *hacer* de las enfermeras, defienden, de manera simultánea, la necesidad colectiva



de llegar a una cierta forma de consenso acerca de quiénes son y quiénes deberían ser y acerca de qué hacen y qué deberían hacer las enfermeras.

Hasta que no nos pongamos de acuerdo en qué somos y qué hacemos, pero profundamente de acuerdo, lo otro (refiriéndose a su condición de estatus en las organizaciones de salud) no lo vamos a cambiar · Martín [EAe2]

El proceso de análisis de los datos generados muestra, entonces, cómo el principio de consenso desafía el ideal democrático que debería imperar en las organizaciones de salud. Lo hace rompiendo con la heterogeneidad de los discursos identitarios individuales y colectivos de las enfermeras, imponiendo uno solo sobre los demás: el que consideran que, llegado el momento, las dotará del perfil de legitimidad con el que cada una de ellas deberá contar para dar un paso al frente, para articular sus palabras y para emprender sus acciones hacia la aspirada transformación del estatus quo institucional en el que se encuentran inmersas.

El enfermero tiene que tener voz, pero para tener voz tiene que contar algo y tiene que contar algo concreto y que no sea la importancia de la cronicidad, la importancia de cuidar (expresa escarneckiendo). ¡No hombre, no! · Paula [ECdAe3]

Las voces centrales escogen elevar, de este modo, únicamente a las «enfermeras que son capaces de simbolizar esta visión de las cosas», expresa Martina [EAe8], escogen «dar voz y sacar a jugar (al espacio público) a los enfermeros y enfermeras que tienen un discurso muy bueno», explica Paula [ECdAe3], siendo «esta visión de las cosas» y «este discurso muy bueno» aquel que, en palabras de Elena [EAp3], «vende», aquel que muestra al *otro* y al mundo aquello que ambos quieren ver en ellas, aquel que se ajusta al molde del *otro* y del mundo y que deja como inviable la representación equitativa de todas las enfermeras.

No, yo siempre he dicho una cosa: Una cosa es lo que me representa y otra es sentirme representada. Esto es lo que me representa, pero yo no me siento representada · Ingrid [EAe4]

Los riesgos de la imposición de un nuevo régimen ideológico suponen, al fin y al cabo, un reto para la emancipación de las enfermeras y es que la erradicación de las diferencias entre ellas desencadena accidentalmente la emergencia de nuevas formas de injusticia para ellas. Las participantes incurren, en este sentido, en un proceso reflexivo en el que una idea única de lo que debería ser «la enfermera» constituye el centro alrededor del que hacen girar un discurso que, en palabras de Claudia [ECp2], «habla en nombre de todas», un discurso que dictamina un absoluto que aspiran alcanzar a través de transformaciones discretas e inocentes.

### **5.19.3. La inocencia de los movimientos hacia la transformación**

Las voces centrales presentan las miradas, las palabras y las acciones que dirigen a la transformación de la relación que, en tanto que enfermeras, mantienen con los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que atraviesan las organizaciones de salud, tratándolas como formas de movimiento que, desde una mirada interpretativa, resultan ser marcadamente inocentes. Lo son tanto en aquello que concierne a la orientación general de su contenido teórico como en aquello que concierne a las oportunidades potenciales de su transposición práctica en los espacios que ocupan y en los que se ocupan.

Mientras tú des todo lo que tienes que dar, te hagas valer, te hagas ver, hagas ver que haces un trabajo de calidad... Dirán: «Ostras, es que dan buenos resultados, es que enfermería da muy buenos resultados en salud, por lo tanto, es importante cuidarla porque si no la cuidamos y le damos alas y le damos fuerza, ¿qué pasará?» · Martina [EAe8]

Las participantes expresan, en este sentido, un entramado de reflexiones alrededor del que para ellas podría ser considerado como un marco de justicia social y política en las organizaciones de salud. Este no supone una transformación radical y global de las formas de injusticia a las que las enfermeras se enfrentan, sino que supone un remedio superficial y microcontextual de las mismas a través del que se les permite permanecer en un estado indefinido de suspensión que aprovecha la ausencia de movimientos en sus raíces para continuar operando e, incluso, para continuar incrementando la fuerza con la que se imponen como inamovibles.

El proceso de análisis de los datos generados revela, en esta dirección, que es por medio de sus miradas, sus palabras y sus acciones que las voces centrales se muestran capaces de ocupar y de usar las brechas que el orden institucional de las organizaciones de salud deja libres para ser (re)pensado. Las ocupan y las usan manteniendo, no obstante, sin cambios la estructura económica, política, social y cultural sobre la que estas se sostienen. Las formas de movimiento reportadas suceden, de este modo, en el microcontexto en el que las formas de injusticia se expresan manifestando, *a priori*, un potencial emancipador limitado al individuo y con efectos a corto plazo.

Las voces centrales juegan, entonces, con las normas del juego, un juego en el que no han tenido ni la posibilidad de decidir si querían jugar o no jugar ni la oportunidad de poder participar en la elaboración de las normas del mismo. Muestran, en raras ocasiones, así pues, aprovecharse de la dependencia que las organizaciones de salud tienen en relación a su trabajo para posicionarse frente ellas con actitudes desafiantes desde las que sugieren, en palabras de Óscar [ECor2], «que si este es el juego, he aquí las condiciones con las que queremos jugar». Estas actitudes, si bien se expresan en el microcontexto, expanden, *a posteriori*, su potencial emancipador a un nivel colectivo y con efectos a más largo plazo.

Desde mi puesto de trabajo, yo creo que sí que apporto algo a la sociedad porque estoy intentando generar cultura, tal como lo entiendo yo, claro... · Paula [ECdAe3]

Las participantes que emiten reflexiones en esta última dirección se mantienen, así pues, alejadas de la proyección de miradas, de palabras y de acciones basadas en el «hacer como si» su condición de estatus en tanto que enfermeras fuese temporalmente otra y más bien próximas a la proyección de miradas, de palabras y de acciones basadas en la transformación profunda del que, en palabras de Paula [ECdAe3], «siempre ha sido nuestro marco simbólico» porque aquello que se requiere es, concretamente, en palabras de Gemma [ECdAe1], «algo que no se produzca a golpe de normativa, sino a golpe de cambio cultural».

Ahí ya no se encamina directamente al tema de la enfermería... Pero no sabía si era como delirante, ¿no? (expresa dudando de la validez de su pensamiento crítico) Porque sí que he llegado a pensar que somos

invisibles porque las enfermeras somos básicamente mujeres y se nos da por implícita esa capacidad de sacrificio o esa obligación de sacrificio y de cuidar a toda costa porque es nuestro deber o es lo que siempre se ha visto. Así que ese machismo todavía está en la sociedad, creo yo... Entonces, creo que se necesitaría un cambio de mentalidad de la sociedad y un cambio de mentalidad, también, de las mujeres · Lara [EAe7]

La transposición práctica de las miradas, de las palabras y de las acciones reportadas por las voces centrales en el transcurso de sus relatos, sean estas superficiales o profundas, se presenta acompañada, asimismo, de un enfoque inocente. Las participantes muestran, en este sentido, tener fe en que la transformación de la relación que mantienen con algunos de los elementos que integran uno de los ejes que atraviesan las organizaciones de salud provocará de manera condicional, colateral y automática la transformación de la relación que mantienen con el resto de elementos del mismo eje o de los elementos que integran un eje distinto.

Yo tenía una visión muy naífe pensando que si cuando la gente (refiriéndose a las enfermeras) no tiene recursos se los das, todo vuelve a funcionar y no es verdad (...) La velocidad a la que tú dotas un entorno no es la misma velocidad a la que el entorno recupera los valores del capital social, del bien en común · Gemma [ECdAe1]

El ajuste de las enfermeras al molde del *otro* y del mundo, los riesgos de imponer un nuevo régimen ideológico y la inocencia de los movimientos hacia la transformación permiten comprender cómo la orientación de los anhelos emancipadores de las voces centrales se encuentran, muy a menudo, envueltos en dinámicas que ponen en duda su potencial emancipador iluminando, a su vez, el énfasis que, de una manera generalizada, cada una de ellas dispone sobre el rol activo que consideran que deben desempeñar en el marco del ambicioso proceso de (re)pensar el orden institucional de las organizaciones de salud.

## **5.20. La responsabilidad de la transformación del orden de las cosas**

Las voces centrales reflexionan acerca de las formas de injusticia que emanan de la relación que establecen y mantienen con los ejes de los elementos materiales, sociales y

políticos que atraviesan las organizaciones de salud con una marcada tendencia paralela a interiorizarlas y a hacerse cargo de los efectos que de ellas se desprenden. Las miradas, las palabras, pero también las acciones que las participantes proyectan hacia la transformación del que consideran el orden de las cosas en los espacios que habitan esconden, a este respecto, la búsqueda continua de un agente que, responsable, sea capaz de llevarla a cabo.

La responsabilidad de la transformación del orden de las cosas en las organizaciones de salud se revela, en este sentido, como una responsabilidad de carácter moral para las enfermeras, es decir, como la expresión de la necesidad por parte de cada una de ellas de responder al *otro* y al mundo para así tratar de remediar las formas de injusticia que no solamente orbitan a su alrededor, sino que pasan a través de ellas para producir sus efectos sobre el paciente y sobre la experiencia que este hace de los cuidados que se le brindan durante el proceso de atención a su salud. Las propias enfermeras devienen, entonces, los agentes responsables que las voces centrales buscan.

Los códigos «La inmersión en un proceso de responsabilización», «La llamada de las enfermeras hacia su responsabilización colectiva» y «La asunción coaccionada de la responsabilidad moral» que se presentan a continuación recogen en su interior aquellos resultados que permiten vislumbrar cómo las voces centrales se ven envueltas en el espacio que habitan con la responsabilidad moral de atender la transformación de su orden institucional cuando este no resuena con su *ethos* profesional.

### **5.20.1. La inmersión en un proceso de responsabilización**

Las voces centrales se mantienen altamente comprometidas en los últimos momentos de sus encuentros con la investigadora con el propósito específico de remediar la falta de reconocimiento social que, en tanto que enfermeras, sienten que representa la forma de injusticia más saliente que las acecha en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud que habitan. La lucha por su reconocimiento social aparece en sus relatos sistemáticamente acompañada de la búsqueda por definir las responsabilidades que en torno a este objetivo orbitan, pero también la búsqueda por localizar a los agentes a los que les corresponde asumirlas.

Las participantes se embarcan, así pues, en un proceso de responsabilización que, a modo de práctica social, no solamente pretende distribuir la responsabilidad de la que consideran su condición de estatus como enfermeras, sino también la responsabilidad de su remedio transformativo. Este proceso de responsabilización no es, lejos de aquello esperable y atendiendo a la relación dialógica que se establece entre el individuo y el entorno que lo rodea, un proceso abierto, fluctuante, en continua redefinición, formado por complejas redes que unen a sus múltiples integrantes, sino más bien un proceso que, cerrado y estable, apunta hacia una única dirección.

Es cierto que existe alrededor de nosotras (las enfermeras) una cierta mentalidad, pero a nosotras nos falta cambiar la nuestra · Emma [ECdAp2]

El proceso de análisis de los relatos de las voces centrales revela, entonces, que la temática de la responsabilidad sobre estas cuestiones no supone para las enfermeras la apertura de un espacio de reflexión y de debate crítico, sino de sistemática culpabilización hacia si mismas. Las participantes se proyectan frente al *otro* y en el mundo como los únicos agentes responsables de su condición de estatus y, pese a su considerada limitada capacidad de acción, como los únicos agentes responsables de llevar a la práctica las miradas, las palabras y las acciones que se hacen precisas para alcanzar su transformación y, por ende, su ansiado reconocimiento social.

Sí, yo creo que empoderándonos nosotras (las enfermeras). (...) Si no lo hacemos nosotras, no lo va a hacer nadie. (...) Quien tiene que cambiarlo, somos nosotras. Eso lo tengo clarísimo · Lucía [ECor3]

Las voces centrales no contemplan, de este modo, a los agentes con los que (co)habitan y/o a las estructuras en las que se sienten inmersas como posibles aliados en el proceso de búsqueda de su reconocimiento social. La consideración de que estos agentes y estas estructuras son inmutables y de que no tienen ningún interés en la transformación del estatus quo institucional hace que, en las raras ocasiones en las que se les permite la entrada en el proceso de responsabilización, les sea asignado en él un rol más bien pasivo que, si bien no entorpece el alcance de los propósitos emancipadores de las enfermeras, no parece favorecer su consecución.

Esto tenemos que ser nosotras (las enfermeras). Sí, porque, al final, el médico no me va a arreglar ningún problema de los que yo tenga (...) porque o no le interesa o no es su lucha... · Lara [EAe7]

El cambio que queremos es incómodo. (...) Implicaría un cambio de paradigma. (...) Quitaría poder a un colectivo que no quiere perder poder y le daría poder a otros colectivos además de al nuestro. (...) Todo el mundo tendría su cuota de poder. Eh... Eso es incómodo. (...) Entonces, es más fácil dejar el poder donde está que repartir el poder y reestructurar el sistema... O sea que, al final, sería reestructurar el sistema. (...) Tú no puedes tocar estos temas con los médicos. No puedes, porque les va a violentar, porque les estás diciendo que (...) gran parte de la culpa de que «yo esté en esta situación se debe a que tú tienes un poder que no te toca» (se ríe) Y eso es una frase que es dura de digerir, ¿sabes? (...) Tanto para la persona que la dice como para la que la recibe... Le estás dando al colectivo poderoso... ¡Despídete de la buena vida —si es que la has tenido en algún momento—! Y si quien lo escucha es capaz de entenderlo, su vida va a ser mucho más incómoda porque tú no puedes estar en una situación de poder a costa de que los otros estén mal porque eres un privilegiado y no haces nada... No, eso no es compatible. O lo estás y eres consciente de ello y te gusta, o lo estás y no eres consciente de ello porque no lo has reflexionado, o te bajas de ahí. Entonces no, no es cómodo para nadie · Martín [EAe2]

¿Hay reticencias al cambio? Siempre hay. Perder poder siempre es complicado y hay gente (refiriéndose a los médicos) que siente que cuando nosotros (refiriéndose a las enfermeras) ganamos peso ellos pierden. Ellos están y estarán y tendremos dificultades y tendremos... (deja sin terminar su reflexión) porque ellos forman parte de la vida y forman parte del sistema · Elena [EAp3]

(Tras relatar una anécdota en la que se sintió invisible ante un acto de agradecimiento de un paciente dirigido exclusivamente al médico con el que forma microequipo) Lo hablé con el médico. Como yo me llevaba muy bien con el médico le dije: «Esto tendríamos que solucionarlo... Tú por tu parte tendrías que haber dicho que no fuiste tú solo, que fuimos el equipo y que la cosa fue bien porque éramos más de

uno porque una persona sola, a lo mejor, no podría haber hecho nada»

· Pablo [EAp1]

A los médicos no hay quién los cambie. Van a ser así... · Javier [EAp5]

La construcción por parte de las voces centrales de un nuevo marco de justicia social y política en las organizaciones de salud se vislumbra a través de su inmersión en el proceso de responsabilización descrito en el que se asumen como las únicas protagonistas. La responsabilidad de participar en su ideación teórica y en su aplicación práctica se integra progresivamente en su *ethos* profesional influyendo, de un modo determinante, en la llamada a la transformación de sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo.

### **5.20.2. La llamada de las enfermeras hacia su responsabilización colectiva**

Las voces centrales, inmersas en el que se consolida como su proceso particular de responsabilización en aquello que concierne a la transformación del orden de las cosas en las organizaciones de salud, muestran en el marco de sus relatos, pero también en el exterior de los mismos, el compromiso individual que presentan con relación al abandono de la que contemplan como una falta tradicional de implicación política asociada a la profesión enfermera. Esta falta tradicional de implicación trata de ser paliada por su parte mediante el convencimiento de sus pares de la importancia de embarcarse, todas juntas, en la persecución de su reconocimiento social.

Las participantes protagonizan, en este sentido, una llamada a la movilización, esta vez colectiva, desde la que no solamente conciben como destinatarias a las enfermeras junto a las habitan en el interior de las organizaciones de salud en las que tratan de desplegar sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo, sino también a otras enfermeras a las que, pese a no mantener ningún vínculo perceptible a simple vista con ellas, deciden incluir en su proyecto colectivo emancipador. La llamada a la movilización de las enfermeras se hace, así pues, extensiva, pero solamente entre enfermeras.

Es como si hiciéramos un paso adelante y tres hacia atrás, uno hacia adelante y tres hacia atrás, ¿sabes? Y tú dices: «¡Pero, venga, vamos!» (expresa haciendo uso de un tono de desesperación) · Emma [ECdAp2]



El proceso de análisis de los datos generados permite comprender, a este respecto, cómo las participantes construyen núcleos de sororidad desde los que la lucha por su reconocimiento social y, entonces, por la justicia social y política en las organizaciones de salud, cobran importancia. Lo hacen, sin embargo, únicamente entre ellas mismas, manteniendo la expresión de las formas de injusticia materiales, sociales y políticas que las acechan colectivamente y que acechan a los pacientes en el marco de una esfera que no deja de ser privada, y obteniendo como resultado el simple apoyo de las unas con las otras.

Los núcleos de sororidad suponen, en este sentido y de una forma paradójica, la exclusión sistemática de los agentes y de las estructuras que, como voces periféricas en la investigación, serían capaces de realizar contribuciones de suma relevancia con relación a los propósitos emancipadores de las enfermeras; la permanencia de la expresión de las formas de injusticia que acechan a las enfermeras y a los pacientes fuera de la esfera pública desde la que podrían ser expuestas al *otro* y al mundo; y el no aprovechamiento de estos como centros desde los que las miradas, las palabras y las acciones ideadas y practicadas por las enfermeras podrían gestarse de manera colectiva y organizada.

No es que yo lo viva en su piel (en la piel de las enfermeras), pero sí lo vivo en la piel de mujer · Laia [MAp2]

La gente que no está dentro (del colectivo enfermero), yo creo que no pueden entenderlo porque no viven estas cosas tan de cerca · Martín [EAe2]

Tus compañeras (enfermeras) son las que más te pueden entender, las que se pueden poner más en tu lugar, las que más te pueden ayudar. (...) Me siento comprendida por ellas. (...) Ellas sí que me entienden (...) porque tienen los mismos problemas que yo tengo... · Lara [EAe7]

Las voces centrales revelan, en cualquier caso, que las respuestas que obtienen de sus llamadas a la movilización enfermera colectiva se caracterizan por ser divergentes. Las participantes aparecen escindidas, en este sentido, entre aquellas que se encuentran dispuestas a unirse y a adherirse a los núcleos de sororidad en formación, aquellas que se disculpan de su menor implicación en la causa emancipadora y aquellas que se deciden por transferir la llamada a otras enfermeras a las que consideran más capaces de

movilizarse. La apertura de la brecha entre las enfermeras abanderadas y las enfermeras situadas a la espera del cambio se acentúa, así pues, cada vez más.

¡Tenemos que luchar todas! · Ingrid [EAe4]

¡Hay que implicarse y participar más! · Olivia [EM2]

Igual sí que tendría que haber más enfermeras en política, pero si, por ejemplo, me tuviera que poner yo (al frente), no me pondría (se ríe), ¿sabes? (...) Tengo muy claras mis ideas y hay cosas que no acepto y que no me gustan nada. (...) Considero que tendría que haber más, pero en este caso no tengo que ser yo. Que haya otras: tú (refiriéndose a la investigadora), por ejemplo (se ríe) · Ana [EAe5]

No a todo el mundo le gusta llevar una lucha abanderada por algo que encuentra que es justo y luego llevar el respaldo del colectivo detrás, pero si tú eres la abanderada y tú luchas por algo justo, a lo mejor se van a adherir muchas más enfermeras. Pero no van a ser todas... Hay gente que se deja llevar por la corriente y ya está · Pablo [EAp1]

La llamada de las voces centrales hacia su responsabilización colectiva muestra, en definitiva y en su subtexto, la necesidad proyectada por las participantes de renovar la relación que establecen y mantienen no solamente entre ellas para situarse frente al *otro* y en el mundo en una posición desde la que su transformación sea posible, sino también, y antes de todo, de renovar la relación que cada una de ellas establece y mantiene consigo misma para permitir la entrada de la lucha por su reconocimiento social en su mundo interior y para asumir, seguidamente, las responsabilidades que de ella, inevitablemente, se desprenden.

### **5.20.3. La asunción coaccionada de la responsabilidad moral**

Las voces centrales, inmersas en su proceso de responsabilización individual y en la llamada a su responsabilización colectiva, se muestran ante la investigadora asumiendo por completo la responsabilidad de las miradas que proyectar, de las palabras que articular y de las acciones que emprender para alcanzar su reconocimiento social y, con él, la transformación del orden de las cosas para todos en las organizaciones de salud. Las participantes se sienten, en este sentido y hasta un cierto punto, coaccionadas a ello y es

que de dicha responsabilidad se desprenden efectos que se insertan en la que deviene una esfera de moralidad.

Las participantes se embarcan, de este modo, en el proceso de construcción de un marco de justicia social y política en las organizaciones de salud que, pese a pretender alcanzar un propósito emancipador, se formula en torno a obligaciones, a tareas y a deberes, más que en torno a oportunidades, a posibilidades y a deseos. Las voces centrales se ven envueltas, entonces y porque se deben a un *otro*, en un proceso de transformación de la relación que mantienen consigo mismas para (re)construir, de manera prescriptiva, sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo.

El proceso de análisis de los relatos de las voces centrales revela, en esta misma línea, que las voces centrales, responsables desde el principio hasta el final de todo aquel proceso en el que son implicadas y/o se implican, tienden a considerar que si el despliegue de sus miradas, de sus palabras y de sus acciones no produce los resultados buscados o en la medida y en la dirección en que ellas esperan es, principalmente, porque estas no son o no fueron suficientemente y/o adecuadamente activadas. Las participantes continúan, así pues, nutriendo su sentido de responsabilidad, pero también su sentimiento de culpabilización.

Quizás (las enfermeras) seamos las principales responsables de todo esto. No tenemos el por qué tirar balones fuera, ¿sabes? (...) Si estas son nuestras condiciones ahora quizás es porque en su día no se luchó lo suficiente · Cecilia [EAp4]

Yo creo que como colectivo (refiriéndose al colectivo enfermero) no hemos hecho una reflexión profunda sobre lo que nos ocurre profesionalmente porque si la hubiéramos hecho supongo que estaríamos haciendo algo al respecto · Martín [EAe2]

La responsabilidad, aparentemente sin límites, que las participantes asumen resulta ampliamente invasiva. Recorre el relato de sus identidades personales y profesionales imponiéndose como una constante sin prestar atención, no obstante, a las condiciones concretas en las que esta es solicitada y debe ser desplegada, condiciones que se remontan

a las que definen su condición de estatus en las organizaciones de salud y que de ser analizadas permitirían comprender cómo, en realidad, la viabilidad de las miradas, de las palabras y de las acciones de las voces centrales se encuentra profundamente limitada y mermada.

Es verdad que las organizaciones tienen que hacer mucho para el reconocimiento profesional de las enfermeras, pero nosotras (las enfermeras) también · Carolina [ECc1]

La inmersión de las voces centrales en un proceso de responsabilización, la llamada extensiva hacia su responsabilización colectiva, así como la asunción coaccionada de una responsabilidad de carácter moral ponen en cuestión, por una parte, las posibilidades reales de alcance a las que se encuentran sujetas las aspiraciones sobre las que cada una de ellas deja reposar sus esperanzas emancipadoras, mientras que, por otra parte, aseguran su compromiso para que las formas de injusticia materiales, sociales y políticas, expresadas a través de los ejes que atraviesan las organizaciones de salud, no afecten a los pacientes a los que atienden.

### **5.21. La forma legítima de lucha**

Las voces centrales escenifican en el transcurso de sus relatos la que consideran como la lucha por el reconocimiento social de las enfermeras con el propósito explícito de lograr con ella la mejora de la calidad de los cuidados que cada una de ellas brinda a los pacientes a los que atiende. Esta lucha por el reconocimiento social requiere, en primer lugar, de la transformación de su condición de estatus (re)pensando el orden institucional que impera en el interior de las organizaciones de salud. Las participantes se enfrentan, de este modo, a un doble objetivo en el que, no obstante, uno deviene visible, mientras que el otro permanece en la sombra.

La forma legítima de lucha en la que las voces centrales se reconocen inmersas es, en este sentido, aquella en la que los pacientes renuevan su posición en el primer plano, mientras las enfermeras permanecen en su tradicional posición en el segundo plano, y es que las formas de injusticia materiales, sociales y políticas que las afectan se convierten sistemáticamente en las formas de injusticia que afectan directamente a los pacientes, una consideración de la que pretenden servirse para alcanzar sus propósitos emancipadores

poniendo en marcha, sin embargo, una lucha no en nombre propio, sino en nombre del *otro*.

Los códigos «La imposibilidad de deshacer el solape entre la enfermera y el paciente», «El uso oportunista del paciente» y «La lucha propia en nombre del *otro*» que se presentan a continuación permiten comprender cómo las voces centrales articulan su proyecto emancipador en torno a un reconocimiento social que se persigue, finalmente, en beneficio del que consideran su *otro* en las organizaciones de salud: el paciente.

### **5.21.1. La imposibilidad de deshacer el solape entre la enfermera y el paciente**

Las voces centrales proyectan en los últimos momentos de sus encuentros con la investigadora la relación que mantienen con los elementos materiales, sociales y políticos que conforman los ejes que atraviesan las organizaciones de salud como una relación de la que se desprenden formas de injusticia que no solamente las afectan a ellas en tanto que enfermeras, sino también, y sobre todo, a los pacientes a los que atienden. El solape que se produce entre las experiencias que las enfermeras y los pacientes hacen de la injusticia hace emerger una dificultad añadida con la que lidiar a la hora de idear su posible remedio.

La falta de reconocimiento puede generar frustración. El no sentirte escuchada, el no sentir que tu opinión cuenta... Hablamos más micro, ¿eh? Pero, puede suponer también, si tú no te sientes... (Busca la forma de explicarse) Si tu opinión no se escucha, si los otros profesionales no te reconocen... (hace una mueca) Esto puede traducirse en un problema en la atención a los usuarios por la calidad de los cuidados que (las enfermeras) estamos dando. (...) Entonces, hay partida doble ·  
Carolina [ECc1]

Las participantes reportan, en este sentido, que discernir sobre quién(es) deberían expresarse las miradas, las palabras y las acciones que emprenden con la intención de remediar la injusticia que las acecha y, de una manera aún más precisa, sobre quién(es) deberían hacerlo en primer lugar, supone todo un desafío. «Decir primero yo (como enfermera) o primero el paciente... (interrumpe su relato, piensa y continúa) No sé en qué lugar me pondría (a mí) y lo pondría a él», explica Nadia [EAp2]. «Es complicado porque

lo que pasa es que yo soy la primera que recibe, pero después de 0,3 segundos ya recibe él», continuaba aportando, en esta dirección, Julia [EAe1].

El proceso de análisis de los datos generados revela, entonces, que el alcance de un equilibrio entre las enfermeras y los pacientes en aquello que concierne a la resolución de la injusticia se impone como un reto complicado de satisfacer. «Una de las dificultades es la de conciliar las necesidades de los pacientes y de los profesionales porque, claro, a veces no concilian», explica, en este sentido, Paula [ECdAe3]. «Al final, creo que siempre es una cuestión de equilibrio (pausa su relato, busca la forma de explicarse), de intentar y de conseguir equilibrar las necesidades de los usuarios con el máximo bienestar de los profesionales», plantea Daniel [ECdAp1].

El solape entre las experiencias de las enfermeras y las experiencias de los pacientes deviene, en este contexto y bajo la mirada de las voces centrales, pero también de la investigadora, un imposible de deshacer al que, no obstante, las participantes se aferran estratégicamente para extraer beneficios de él. La dilución de las fronteras que entre ambas se crea parece, entonces, revestirse de una cierta utilidad para las enfermeras y es que el valor atribuido a las experiencias de los pacientes en las organizaciones de salud se consolida, en si mismo, como un recurso cargado de ventajas con relación a los propósitos emancipadores perseguidos.

### **5.21.2. El uso oportunista del paciente**

Las voces centrales reconocen, de una manera más o menos consciente, ver en el paciente un recurso cuya movilización puede ser aprovechada para, con el objetivo último de combatir las formas de injusticia que a ambos acechan, tratar de transformar las realidades a las que, en tanto que enfermeras, se enfrentan. Pretenden hacerlo beneficiándose de la supuesta e inestimable valía que el paciente y sus experiencias tienen en las organizaciones de salud. El solape entre las experiencias de las enfermeras y las experiencias de los pacientes revela, entonces, su faceta más oportunista como un elemento estratégico desde el que articular la lucha de las enfermeras.

¿Como a palanca? (pregunta a la investigadora) Sí, claro, se hace así.

El paciente se utiliza, claro (expresa haciendo uso de un tono de voz que denota evidencia) · Gemma [ECdAe1]

Las participantes conciben, en este sentido, al paciente al que brindan sus cuidados como un intermediario pasivo al que recurrir y sobre el que apoyar la base en la que se fundamentan sus miradas, sus palabras y sus acciones para respaldar la necesidad de (re)pensar el orden institucional de las organizaciones que habitan e incrementar, de este modo, las posibilidades de alcanzar sus aspiraciones emancipadoras. Los actos de habla de las voces centrales emergen, así pues, como reflexiones cuyos argumentos no se detienen en un «por qué sí», sino en un «por qué» debidamente justificado con relación al paciente.

Si a las enfermeras se les tiene más consideración, esto acaba redundando en un beneficio para todos · Daniel [ECdAp1]

No queremos más enfermeras porque sí, queremos más enfermeras para mejorar la salud de la población · Carolina [ECc1]

Las participantes conciben, asimismo, al paciente al que brindan sus cuidados como un intermediario, esta vez, activo que, motivado por las enfermeras, puede desplegar su voz por medio de actos de denuncia para contribuir a hacer visibles las formas de injusticia materiales, sociales y políticas que las enfermeras, inmersas en ellas, se ven moralmente obligadas a absorber. Estos actos de denuncia devienen útiles para evitar que las formas de injusticia penetren la esfera reducida, íntima e infranqueable que rodea la relación que las enfermeras mantienen con los pacientes y afecten las experiencias que los pacientes hacen del proceso de atención a la salud en el que se encuentran inmersos.

¡Ostras! Yo pienso: Un paciente que requiere atención y que tú no se la puedas dar —digo— aquí hay alguna cosa que nos falla. ¿Nos escucharán a nosotras? No... ¿A quién escucharán? Al paciente. Yo siempre les digo (a las enfermeras): «Si hay alguna cosa por la que vosotras notéis que no nos escuchan —porque muchas veces a nosotras no nos escuchan, nuestras necesidades (las de las enfermeras) no son prioritarias—... A quién si van a escuchar es a los pacientes». Nosotras siempre los animamos para que si hay alguna cosa que se puede mejorar, hagan un escrito, pongan una queja o hagan una sugerencia a la dirección de enfermería. ¡Esto (refiriéndose al reporte por parte de los pacientes) es lo que les vale! · Ingrid [EAe4]

Tenemos a tres enfermeras liderando el programa del paciente activo. Esto lo tenemos que mostrar cada día, pero los pacientes también tienen que hacerlo y no solamente nosotras (las enfermeras). «¿Queréis hacer un video sobre qué os aporta a vosotros que estas personas hayan montado esto? Y si tú crees que en el video puedes decir que son enfermeras, mejor» (dirigiéndose a los pacientes) · Víctor [EM1]

Si la sociedad no nos respalda... Las administraciones siempre van a remolque de la sociedad porque están vinculada a lo que la sociedad pide. (...) El día que la sociedad exija tener mejores enfermeros (...), entonces, lo tendremos todo abierto, pero hasta que nosotros (los enfermeros) no le expliquemos a la sociedad lo que hacemos concretamente nunca conseguiremos eso · Paula [ECdAe3]

El proceso de análisis de los datos generados ilumina, de este modo, cómo las voces centrales están persuadidas, con motivo de su socialización en tanto que enfermeras, de que todo anhelo emancipador que incluya al paciente es y será más audible por el *otro* y más valioso en el mundo, una convicción que se halla en el origen de una dinámica de (in)visibilidad desde la que las enfermeras tienden a hacerse invisibles para dejar paso a que el paciente y la calidad de los cuidados que se le prestan encabecen cualquier reivindicación que afecte a la relación que une a las enfermeras a las formas de injusticia que experimentan.

El uso oportunista que las voces centrales hacen del paciente en sus actos de habla desvela ante la investigadora, de manera progresiva, cómo la lucha por el reconocimiento social de las enfermeras se opera, en definitiva, como una lucha que no se emprende en nombre propio —en nombre de todas las enfermeras—, sino, más bien, en nombre de un *otro* explícito —el paciente— que, aunque sea presuntamente, se encuentra dotado de mayor valía que ellas en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud. La lucha propia en nombre del *otro* cobra, así pues, cada vez más fuerza en el transcurso de sus relatos.

### **5.21.3. La lucha propia en nombre del *otro***

Las voces centrales presentan a la investigadora en la última parte de sus relatos las miradas, las palabras y las acciones que subyacen al anhelo emancipador que sostienen



con relación a la condición de estatus que asumen en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud que habitan, miradas que se orientan hacia si mismas, palabras que se formulan a medio camino entre ellas mismas y los pacientes y acciones que se dirigen, de una forma clara, hacia los pacientes. La lucha de las enfermeras es construida, de este modo, como una lucha emprendida en nombre de un *otro* que no es sino el paciente.

Creo que (las enfermeras) tenemos que trabajar en cuanto a plantarnos y decir «hasta aquí hemos llegado» (...) por el bien de todos y, sobre todo, por el bien del paciente · Ruth [ESin2]

Nosotras (las enfermeras) también tenemos que ayudar un poco. La abogacía, ¿no? Ayudar a dar voz a personas o colectivos que nosotras atendemos y que vemos que sufren injusticias. Las tenemos que poner de manifiesto e intentar luchar contra ellas. Y yo creo que si hacemos esto, nosotras mejoraremos mucho como colectivo también, indirectamente. A veces, creo que nos centramos mucho en nosotras y en «qué tenemos que hacer y cómo lo tenemos que hacer para que nos vean mejor» y yo siempre digo que si nosotras nos orientamos hacia quién lo necesita y damos herramientas a quiénes no tienen y luchamos contra las injusticias sociales —que hay muchas— esto nos hará más potentes a nosotras · Elena [EAp3]

Las participantes muestran, en este sentido, un flagrante interés por movilizar el fluir de sus entrevistas hacia una conversación no centrada en ellas mismas, sino centrada en los pacientes. Lo hacen de una forma inadvertida, imbricada entre los datos, pero también de una forma patente, expresada entre los datos. «Luego supongo que saldrá lo de la justicia con relación a los pacientes, ¿no?», comunica, explícitamente, sus expectativas Lucía [ECor3]. Las voces centrales parecen no desear, entonces, dialogar sobre las formas de injusticia que las acechan individual y/o colectivamente, sino, más bien, sobre las que las acechan, de manera compartida, a ellas y a los pacientes.

Quiero decir, tú (refiriéndose a cualquier enfermera) estás luchando o estás reclamando por una cosa, por una necesidad para una persona que tú tienes ahí. Es una manera de... (piensa) reclamar una mejora en el trabajo, pero no para mí, sino principalmente para el paciente. Y,

después, si lo que yo estoy pidiendo supone una mejora en beneficio propio, mejor que mejor. Tienes dos satisfechos al precio de uno (se ríe)  
· Ingrid [EAe4]

El proceso de análisis de los relatos de las participantes revela cómo la lucha por su reconocimiento social responde a la consideración, defiende Pablo [EAp1], de que «la cuestión es que hay que luchar, a veces, por lo que uno cree», de que, añade Carolina [ECc1], «quizás lo más importante es poder actuar en defensa de lo que yo considero que es justo», siendo las reflexiones acerca de lo que uno cree y uno considera justo articuladas en torno al paciente porque, como señala Martín [EAe2], «si no colocas al paciente primero no tiene sentido todo lo demás» o porque, como indica Elena [EAp3], «es más inteligente hacerlo por los usuarios que por las enfermeras».

La emergencia del paciente en el marco de las reflexiones de las voces centrales es la que hace que se decidan a proyectar sus miradas, sus palabras y sus acciones, dando un paso al frente, asumidas, en los espacios que habitan. La lucha legítima, autorizada, es la que se articula, entonces, «por y para el paciente», un hallazgo que pone en suspensión las críticas vinculadas al ombliguismo profesional. «(Las enfermeras) no piden cosas individuales para estar mejor «yo», sino para hacer las cosas mejor. (...) No escuchas reivindicaciones en un sentido egoísta, sino en un sentido de poder ofrecer mejores servicios», precisa, en este sentido, Ángela [ECp1].

La lucha de las enfermeras en nombre del *otro* y, más concretamente en nombre del paciente, representa, en definitiva, la lucha de las voces centrales por la construcción de un marco de justicia social y política en las organizaciones de salud que habitan desde la proyección de miradas, palabras y acciones que tratan de (re)pensar el estatus quo institucional que en ellas impera para que responda a su *ethos* profesional. Este resulta, entonces, un marco de justicia social y política en el que el paciente se postula como la única parte visible del mismo, mientras que las enfermeras siguen permaneciendo situadas en un segundo plano, detrás de él y de muchos *otros*.

## **CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN**

«Saber sorprenderse es el primer paso  
en el camino del descubrimiento»

(Louis Pasteur 1822-1895)

El sexto capítulo de esta tesis doctoral tiene como propósito poner en diálogo los hallazgos desvelados en el transcurso de las tres categorías de análisis de los datos que han dado forma al «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados» con los escritos existentes en la literatura y el marco teórico escogido para guiar el fluir del proceso investigador en el que se enmarca esta investigación. La apreciación de las convergencias, las divergencias y los silencios discursivos entre ellos permite, a este respecto, realizar una contribución significativa a los campos de conocimiento en los que esta investigación se inscribe.

El rol que asumimos en tanto que investigadoras se aleja en este capítulo, entonces, de la emergencia de los hechos ocultos tras los discursos y prácticas sociales en los que las voces centrales y periféricas se encuentran inmersas para acercarse a la conexión de sus experiencias con fenómenos que pertenecen a una realidad que, más amplia, resulta más compleja. La mirada que proyectamos sobre los datos generados nos han conducido, en este sentido, a escindir el espacio reflexivo que se sigue a continuación en cuatro ejes de discusión, cada uno de los cuales atañe a una dimensión teórica y práctica distinta, pero entrelazada con las demás.

La primera sección de este capítulo, «6.1. La relación ambivalente de las enfermeras con su profesión» (p. 453), se ocupa de explorar la relación que las enfermeras establecen con la profesión enfermera. La segunda sección, «6.2. La perspectiva emic sobre la justicia social y política» (p. 457), se centra en el análisis de la mirada particular que las enfermeras proyectan sobre la justicia social y política en las organizaciones de salud. La primera y la segunda sección asientan las bases para que en una tercera sección, «6.3. La (re)conceptualización de la agencia política enfermera» (p. 465), se permita una aproximación particular a la noción de agencia política enfermera. Finalmente, la cuarta sección, «6.4. La renovación de una teoría filosófica emancipadora en enfermería» (p. 473), se dedica a (re)pensar un marco teórico y práctico para la emancipación de las enfermeras.

La presentación de los cuatro ejes de discusión anunciados se acompaña, de manera posterior, de la formulación, en la sección «6.5. Líneas generales de recomendación» (p. 480), de un conjunto de recomendaciones que pretenden dar una cierta continuidad pragmática a los resultados que se han desprendido de la presente tesis doctoral. Estas se

proyectan, de forma concreta, sobre las esferas de la práctica, de la gestión, de la política, de la educación y de la investigación. La exposición de las limitaciones conceptuales, teóricas y metodológicas de esta tesis doctoral ponen punto final, en la sección «6.6. Limitaciones de la investigación» (p. 490), al presente «Capítulo VI. Discusión».

### **6.1. La relación ambivalente de las enfermeras con su profesión**

Las enfermeras que han tomado parte como participantes en esta tesis doctoral han transmitido a la investigadora en el transcurso de sus relatos comprender la profesión que ejercen como una forma de pensarse y, más concretamente, como una forma de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo, pero también de obtener y de retener un retorno a cambio de ello. La relación que cada una de ellas ha construido con la profesión enfermera se ha manifestado, en este sentido, como una relación bidireccional en la que sus identidades personales y profesionales se han mostrado en continua transformación, incluso a la vez que estaban siendo narradas.

Las formas de *ser* y de *expresarse* en el mundo reportadas por las participantes han permitido comprender cómo las enfermeras encarnan sujetos que tratan de transmitir, tanto en el interior como en el exterior de las organizaciones de salud, el entramado de valores en el marco del que han sido y son socializadas y que, reconocido aquí y en otras investigaciones orbitando en torno a la ética feminista del cuidado (Bourgault & Perreault, 2015), ha emergido en una consciencia, en una mirada y en una historia que las ha enlazado las unas con las otras y que las ha hecho sentirse capaces de influir sobre el *otro* y sobre el mundo, de hablarles diría Rosa (2018).

Las formas de *estar* y de *actuar* en el mundo informadas por las participantes han permitido comprender cómo las enfermeras habitan los espacios en los que se ocupan con los valores que se desprenden de sus formas de *ser* y de *expresarse*; cómo tratan de conocer la respuesta a dar a cada uno de los pacientes que atienden; y cómo cuidan de ellos transformando dichos espacios, por medio de prácticas de bricolaje —así conceptualizadas también por Gobbi (2005)—, en entornos pudiendo ser designados como entornos de cuidados. El sentimiento de devenir útiles que de esta confluencia ha emanado ha puesto en acción la que Rosa (2019) describiría como la autoeficacia de las enfermeras.

Las formas de retorno que las participantes han declarado obtener y retener como resultado de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo han simbolizado el elemento que manifiesta cómo la profesión logra, en cierto modo, comunicarse, hablar con las enfermeras, diría Rosa (2018), atribuyendo a la relación que con ella establecen una propiedad bidireccional y que nutre, a la vez que transforma, las experiencias que de sus realidades hacen en las organizaciones de salud. La distinción entre las formas (con)movedoras y alienantes de retorno ha sido clave para explorar no solamente la mirada idílica, sino también la mirada más oscura que las enfermeras han proyectado hacia su profesión.

Las formas (con)movedoras de retorno han sido articuladas, en este sentido, en torno a una idea de privilegio. Esta ha sido asociada al acceso que el ejercicio de la profesión ha brindado a las participantes para establecer una conexión con las realidades que *otros* viven, una conexión que ha hecho emerger en ellas experiencias transformadoras (Peter et al., 2018). El cuidado del *otro*, han declarado, las hace sentir bien. La profesión enfermera parece erigirse, a la luz de los hallazgos, como un posible eje de resonancia (Hochschild, 1997; Rosa, 2018), un eje que se instaura en el interior de la esfera reducida, íntima e infranqueable en la que las enfermeras sitúan su relación con el paciente.

La relación que las enfermeras establecen y mantienen con los pacientes ha sido, a tal efecto, desvelada como una relación desde la que ha resultado posible comprender aquello que constituyen, para el filósofo canadiense Charles Taylor, en su obra *Agencia humana y lenguaje* (1985), las *evaluaciones fuertes* de las enfermeras, es decir, el sentido innato que permite entender, desde una mirada ontológica, qué significa la vida dedicada a la profesión para las enfermeras y cuáles son las cosas que, desde sus mapas cognitivos, son las más genuinamente importantes en ella, dos cuestiones que han situado sus subjetividades éticas en un espacio moral (Rosa, 2018).

El paciente y la posibilidad de cuidar (bien) de él han simbolizado, por unanimidad, las evaluaciones fuertes de las enfermeras (McMurray et al., 2011). Este hallazgo, reportado asimismo en el estudio empírico de Pask (2003), interesado en la exploración del valor intrínseco que las enfermeras atribuyen al ejercicio de su profesión, ha dejado entrever, implícitamente, cómo ellas y su bienestar personal y profesional han sido situados en un segundo plano, tanto por su parte como por parte del *otro*. Kagan y Chinn

(2009) iluminan este resultado en su firme crítica a la idea de que las enfermeras están ahí por y para el paciente y por y para nadie y nada más, siendo, de este modo, la preocupación por ellas mismas sujeta a desestimación al no ser considerada como una preocupación válida por el paciente. Cusveller (2011, p. 151) señala que «el valor central de la enfermera es ser de ayuda para otra persona, no para una misma; ayudarse a si misma es otra práctica, pero no una práctica enfermera».

La desviación silenciosa del paciente hacia los márgenes del actual sistema de salud y la imposibilidad de cuidar (bien) de los pacientes dadas las condiciones de ejercicio profesional en las que las enfermeras son llamadas a desplegar sus roles se han desvelado en los relatos de las participantes como elementos que ponen en peligro de estabilidad de la relación resonante que las enfermeras aspiran a mantener con su profesión (Porter, 2013; Rudge, 2011). La apertura de las reflexiones de las participantes al mundo exterior que envuelve la esfera íntima, reducida e infranqueable en la que sitúan su relación con el paciente ha revelado, lentamente, la fragilidad de la profesión enfermera como un posible eje de resonancia.

La metáfora de la ruptura de la cuerda resonante en la obra de Rosa (2018, 2020) se materializa precisamente aquí. Las formas (con)movedoras de retorno que las participantes han referido obtener y retener a cambio de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo se han mostrado bruscamente interrumpidas por la aparición, en el marco de sus relatos, de las formas alienantes de retorno que, si bien habían sido recluidas inicialmente a la sombra de sus reflexiones, las han invadido finalmente emitiendo indicios de que su *ethos* profesional no logra encajar con el *otro* y con el mundo (Porter, 2019).

Las participantes se han situado en este contexto como protagonistas de una relación de alienación con el *otro* y con el mundo, pero, sobre todo y de forma más fundamental, consigo mismas. El choque de su *ethos* profesional contra la matriz económica, política, social y cultural en la que se sienten inmersas —explorada más adelante en la presente discusión— ha dejado las identidades de las enfermeras dañadas moralmente, siendo sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* desprovistas, sistemáticamente y por completo, de valía (Peter & Liaschenko, 2013).

Lindemann (2001) describe las *identidades dañadas*, en su interés por explorar las historias de aquellos grupos sociales cuyas identidades son definidas por otros grupos sociales que ejercen poder para hablar en su nombre, como identidades que restringen las oportunidades de vivir una vida plena a quiénes les son asignadas. Las participantes de esta tesis doctoral han mostrado, dada su tendencia a interiorizar los problemas sistémicos como problemas individuales, una marcada tendencia a culparse de estas identidades como si fuesen las (únicas) responsables morales de su (re)producción (Fisher, 2017; Goodman, 2016; Hutchinson et al., 2018).

Las enfermeras no solamente se han reconocido, así pues, como las culpables de su posición frente al *otro* y en el mundo, sino también como las responsables de su remedio. La respuesta sistemática que han ofrecido a esta condición ha sido, en este sentido, la de transformar sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* con el propósito de ajustarlas al molde impuesto por el *otro* y por el mundo. Las participantes han negociado, de este modo, haciendo uso de lo que Lindemann (2019) se refiere como *contranarrativas*, el acceso al estatus del que se han sentido vetadas históricamente, pero que tanto consideran merecer.

Las prácticas discursivas y sociales por medio de las que las enfermeras han aspirado a alcanzar simbólicamente a portear un *ethos* profesional renovado, si bien han sido proyectadas como acciones emprendidas con un fin emancipador, se han revelado como limitadas en dicho propósito. Estas no solamente se han mostrado incapaces de revertir la relación alienante que mantienen con el *otro* y con el mundo —su condición de estatus profesional permaneciendo intacta—, sino que las han sumido, atentando contra ellas mismas, en una nueva relación de alienación consigo mismas desde la que han terminado hablándose y hablándole al *otro* y al mundo de una manera que no desean (Alvesson & Willmott, 2002).

El proceso de análisis de los datos generados en los encuentros con las participantes ha revelado la necesidad de simular una entrada en las organizaciones de salud para explorar cómo se opera, de una manera práctica, esta relación ambivalente —resonante y alienante— entre las enfermeras y su profesión y tratar de comprender, así, lo que algunas de ellas han referido como algo que no puede ser comprendido si no es vivido desde el interior. Nosotras, como investigadoras orientadas hacia la contribución de nuevo



conocimiento dirigido hacia la justicia social y política, esperamos haber sido capaces de captar la hostilidad de estas realidades y de continuar a darles sentido.

## **6.2. La perspectiva emic sobre la justicia social y política**

Las enfermeras que han tomado parte en esta tesis doctoral han encarnado, en el transcurso de sus encuentros con la investigadora, un observatorio de lo material, de lo social y de lo político de las realidades en las que se encuentran inmersas aprovechando la oportunidad —revelada como casi inexistente en el mundo real y casi inédita en la literatura— que su participación en ella les ha ofrecido para construir, desde cada una de sus miradas particulares, un marco de justicia social y política, propio de principio a fin, en el interior de las organizaciones de salud que habitan.

Las participantes han presentado a través de sus relatos una concepción de justicia organizacional profundamente alejada de las concepciones que, procedentes del campo de las ciencias del comportamiento, se posicionan como dominantes en la literatura. Ellas han superado, en este sentido y sin apenas percatarse de ello, un paradigma de larga tradición, repleto de hipocresías (Fortin & Fellenz, 2008), proponiendo uno nuevo, portador de un bagaje crítico, ético y político, desde el que han transmitido la necesidad de considerar, para organizaciones de salud entendidas como microsistemas sociales, un marco de justicia en el que sujeto ocupe verdaderamente el centro.

Las voces centrales han construido, concretamente, esta noción de justicia social y política a partir de las experiencias de injusticia que han hecho de la relación que han establecido con los diferentes elementos que han constituido los ejes que han trazado en el interior de las organizaciones de salud para (re)crear ante la investigadora el que consideran como el orden institucional en el que se perciben a si mismas inmersas, pero sobre todo en el que perciben inmersa la esfera reducida, íntima e infranqueable que envuelve y protege su conexión con el paciente. La injusticia, en palabras de Moore (1978), precede a la justicia.

Las enfermeras se han embarcado, en primer lugar, en el análisis de un entramado de elementos que han respondido a una perspectiva reducida acerca de lo que conforman sus condiciones de ejercicio profesional. Las experiencias que han reportado hacer del tiempo, de la (sobre)carga de trabajo, de los espacios físicos, de los recursos materiales y

de la remuneración en las organizaciones de salud han ocupado, concretamente, el contenido temático de las reflexiones que han decidido compartir con la investigadora para acercarla a la realidad material a la que consideran hacer frente.

Las aportaciones teóricas de Fraser (1995a) han permitido comprender esta realidad material como una realidad anclada en la estructura económica de la sociedad y como una realidad cuyos elementos constituyentes pueden ser considerados como bienes a repartir. Las reflexiones de las participantes en torno a estos elementos se han adherido, de este modo, a una concepción distributiva de la justicia. El tiempo, la (sobre)carga de trabajo, los espacios físicos, los recursos materiales y la remuneración han sido interpretados, así pues, como bienes repartidos de una manera no equitativa entre los agentes que dan vida a las organizaciones de salud.

Las experiencias del tiempo y de la (sobre)carga de trabajo se han descubierto, en este sentido, como centrales en los relatos de las participantes. Las enfermeras han referido, también en otras investigaciones, sentir que ya no se espera de ellas que cuiden de los pacientes, sino más bien que ejecuten una gran cantidad de tareas vinculadas a una planificación temporal rígida (Foth & Holmes, 2016); que se adapten a los cambios desencadenados por la incesante incorporación de avances tecnológicos a sus realidades profesionales (McAllister et al., 2014); y que se adhieran a la trazabilidad de los sistemas de funcionamiento burocrático (Johnsen, 2015).

Las participantes han expresado, en este contexto, no disponer del tiempo suficiente ni de la carga de trabajo estimada razonable para ser capaces de cuidar (bien) de los pacientes. Estudios empíricos dirigidos a explorar las experiencias de las enfermeras en espacios de práctica dominados por las presiones de tiempo, como el de Vinckx et al. (2018), o por la intensificación del trabajo, como el de Govasli y Solvoll (2020) o el de Selberg (2013), han proyectado resultados similares. Estos resultados han podido ser, asimismo, asociados al sentido testimonio por parte de las enfermeras de verse obligadas a posponer o, directamente, a no poder prestar ciertos de sus cuidados (Aiken et al., 2001; Kalisch, 2006).

Rosa (2014, p.14) explica en sus apuntes sobre la alienación en la esfera laboral que el fenómeno de la aceleración social, característico de la modernidad tardía, «presenta consecuencias para la organización de los entornos de trabajo, para las rutinas, para las

experiencias de los trabajadores y de los empleadores, así como para sus perspectivas sobre sus vidas en el trabajo». Las aportaciones teóricas del filósofo se han revelado como siendo especialmente útiles para contribuir a dar sentido teórico a las dinámicas que se operan alrededor de las experiencias que las enfermeras hacen del tiempo y de la (sobre)carga de trabajo que asumen en las organizaciones de salud.

Las participantes se han proyectado, en este sentido, obligadas a acelerar su ritmo de vida —y, pues, de trabajo— en organizaciones de salud en las que perciben que se reemplaza el cuidado por tareas a realizar que figuran en listas sin aparente fin; en las que prima la adaptación de sus habilidades teóricas y prácticas a las innovaciones tecnológicas que irrumpen sin permiso en sus rutinas; en las que se deben al respeto de mecanismos de funcionamiento altamente burocráticos; y en las que ya solamente importa —si quieren evitar ser excluidas de ellas— la respuesta que ofrecen a objetivos que remiten a ideas de productividad, de crecimiento y de efectividad organizacionales (Rudge, 2013).

Rosa (2020, p.109) subraya, en esta dirección, que «cuando tenemos que brindar cuidados a un ritmo cadencioso, no nos podemos permitir una interacción abierta e imprevisible con la persona cuidada». La alusión de las participantes a la inmersión y al amoldamiento de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en un entorno dominado por una cronopraxis que responde a una cultura anclada en la optimización de los procesos de atención a la salud y los resultados de los mismos deviene una muestra ilustrativa de ello.

El sociólogo y filósofo canadiense Michel Freitag (1935-2009) emite, a este respecto, que:

Nos encontramos en una realidad social particular, y a decir verdad única en la historia, donde ya no se nos pide de tomar lugar en un orden práctico y simbólico ya establecido, de ser fieles a valores sustancialmente definidos, ni tan siquiera de tender hacia la realización de un ideal, sino solamente participar al movimiento general y adaptarnos al cambio que viene sobre nosotros mismos, mecánicamente, como una fatalidad impersonal, independientemente de toda finalidad que podría ser asignada a nuestra existencia individual y colectiva. (Freitag, 1995, p. 9)

Las experiencias que las participantes han narrado hacer, por otra parte, con relación a la carencia de los espacios físicos requeridos para desplegar sus roles profesionales y para cubrir sus necesidades personales; a la deficiencia cuantitativa y/o cualitativa de los recursos materiales precisos para desempeñar sus actividades más técnicas; y al desajuste de la remuneración que perciben con respecto a la responsabilidad que consideran asumir como profesionales han sido señaladas, asimismo, en otras investigaciones interesadas por comprender a qué se asemeja el día a día de las enfermeras en las organizaciones de salud (Halford & Leonard, 2003; McAllister et al., 2014; Souza et al., 2017).

La injusticia económica ha emergido, en definitiva en los relatos de las participantes, dando luz a cómo las enfermeras, en tanto que profesionales de la salud, habitan entornos en los que tienen acceso a un tiempo, a una carga de trabajo, a unos espacios físicos, a unos recursos materiales y a una remuneración considerados limitantes para ser capaces de expresar sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo en su propósito de permitir a *otros*, y concretamente a los pacientes, la promoción, la restauración y/o el mantenimiento de su salud.

Los relatos de las participantes han puesto de manifiesto, asimismo y en el contexto de la identificación de las injusticias materiales a las que hacen frente, una apreciación a menudo omitida en la literatura: la permeabilidad de la esfera del trabajo, es decir, la repercusión que su trabajo tiene sobre el fluir de sus vidas en la esfera privada (Skinner et al., 2018). Las participantes han reportado, en este sentido, tener que sacrificar su tiempo personal para poder cuidar (bien) de los pacientes —pero también, para acceder a un salario considerado más adecuado dedicando más horas al trabajo— (Souza et al., 2017) y tener que lidiar en casa con la (sobre)carga no solamente física, sino también y, sobre todo, psicológica y emocional, inherente al ejercicio de su profesión (Hochschild, 2012).

Las participantes se han lanzado, en segundo lugar, en el análisis de un entramado de elementos que han ampliado la concepción de lo que, de manera tradicional, conforman sus condiciones de ejercicio profesional. Las experiencias que han señalado hacer de sus relaciones con algunos agentes —con los médicos, con otras enfermeras, pero también con la estructura de la organización de salud en la que se desempeñan—, han ocupado,

concretamente, el contenido temático de las reflexiones que han decidido compartir con la investigadora para acercarla a la realidad social a la que consideran hacer frente.

Las aportaciones teóricas de Fraser (2000) han permitido comprender esta realidad social como una realidad anclada en la estructura sociocultural de la sociedad. Las reflexiones de las participantes en torno a estos elementos se han adherido, de este modo, a una concepción de justicia como reconocimiento. El significado que las enfermeras han atribuido a la noción de reconocimiento ha sido proyectado, de una manera explícita, en un sentido interpersonal y, de una manera implícita, en un sentido cultural. Esta apreciación remite, de manera directa, al debate que Fraser y Honneth (2003) mantienen en torno a la idea de justicia.

Las participantes han sostenido, en este sentido, no sentirse reconocidas. Lo han hecho desde una mirada interpersonal consistente con el enfoque fenomenológico que Honneth (1996, 2007) hace del concepto de reconocimiento como la condición que permite a los individuos su autorrealización a partir de experiencias sociales carentes de irrespeto. Esta mirada ha escondido, no obstante, un bagaje sociocultural consistente con la mirada normativa que Fraser (2007) hace del concepto de reconocimiento como la condición que permite a los individuos ser considerados como pares, pese a sus diferencias, en los patrones sociales de representación, de interpretación y de comunicación de un contexto dado.

Las relaciones que las participantes han establecido y mantenido, por una parte, con los médicos junto a los que (co)habitan las organizaciones de salud se han revelado, a este respecto, de suma relevancia para comprender las vivencias que las enfermeras hacen de su día a día en el trabajo. Las participantes han confirmado en sus relatos la que se erige como una larga tradición de relaciones dominadas por la autoridad del médico en el sistema de salud (Germov, 2019), una autoridad que se hace sentir, especialmente, en el marco de interacciones sociales marcadas por la subordinación de las enfermeras a la figura médica (Stein, 1967).

Las relaciones que, por otra parte, las participantes han establecido y mantenido con sus pares enfermeras han permitido comprender cómo las enfermeras participan en la creación de un clima intraprofesional que, monopolizado por la crítica, se vincula en la literatura a un fenómeno de violencia horizontal. El estudio empírico de Purpora et al.

(2012) y el estudio teórico de St-Pierre y Holmes (2010) han apuntado, a este respecto, cómo la estructura social de las organizaciones de salud no solamente impide a las enfermeras abogar por su práctica, sino que las pone en riesgo de desencadenar formas de violencia horizontal.

Las relaciones que, finalmente, las participantes han establecido y mantenido con las organizaciones de salud han revelado su carácter más instrumental. La sensación de las enfermeras de haberse convertido en instrumentos desechables a través de los que las organizaciones alcanzan sus metas ha resultado ser un hallazgo apreciado en otras investigaciones etnometodológicas como la de Khademi et al. (2012) que ha tratado de manera crítica la instrumentalización de las enfermeras en los espacios en los que se desempeñan como una situación de violación de su dignidad personal y profesional.

El bagaje sociocultural sobre el que descansan las interacciones de las enfermeras con los médicos, con sus pares y con la organización de salud en la que habitan se ha encontrado simbolizado en patrones sociales de representación, de interpretación y de comunicación desde los que las formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* de las enfermer\*, dada su asociación a roles sociales vinculados a las mujeres (Galbany-Estragués & Comas-d'Argemir, 2017), han sido dominadas por la imposición sobre ellas de una etiqueta de no legitimidad (Salhani & Coulter, 2009), a la vez que han sido (re)interpretadas e invisibilizadas para dejar imperar las de los demás en su lugar (Allen, 2015).

Las aportaciones teóricas de Rosa (2019), aplicadas sobre la temática de la relación de las enfermeras con el eje de los elementos sociales que conforman las organizaciones de salud, se han mostrado clave para comprender la aprensión con la que estas se han dirigido a los agentes que las rodean y a las estructuras en las que se encuentran inmersas. Las participantes han aludido, en este sentido, al establecimiento de aquello que el filósofo describe como relaciones frías con el *otro* y en el mundo marcadas por la indiferencia hacia ellas y la hostilidad en el ambiente. Los «nadie se preocupa por nosotras» o los «solamente se piensa en números» de las voces centrales han hecho muestra de ello.

La injusticia sociocultural ha emergido entre los datos generados por las participantes que han formado parte de los diferentes perfiles de voces centrales y periféricas,

esclareciendo, en definitiva, cómo las enfermeras, en tanto que profesionales de la salud, tienen acceso a relaciones sociales en las que sus formas de pensarse, formuladas, reconstituidas y transformadas de manera incesante en sus interacciones con los *otros* y con el mundo, son sistemáticamente privadas del reconocimiento necesario para poder ser desplegadas de una manera práctica e impactar de forma plena sobre los cuidados brindados a los pacientes.

Las participantes se han implicado, en tercer y en último lugar, en la exploración de un conjunto de elementos que han continuado a ampliar el alcance de la concepción de lo que, de manera tradicional, conforman sus condiciones de ejercicio profesional. Las experiencias que han reportado hacer de la expresión de sus voces profesionales, de su inmersión en los espacios de participación y de su acceso a las esferas de representación han ocupado, concretamente, el contenido temático de las reflexiones que han decidido proyectar hacia la investigadora para acercarla a la realidad política a la que consideran hacer frente.

Las aportaciones teóricas de Fraser (2008) han permitido comprender esta realidad política como una realidad anclada en la estructura política de la sociedad. Las reflexiones de las participantes en torno a estos elementos se han adherido, de este modo, a una concepción de justicia que ha tomado en consideración cuestiones de marco relacionadas con quién es incluido y/o excluido de la vida social y cómo se operan los mecanismos (in)formales que aseguran a los incluidos su participación plena en ella. La legitimidad de las voces enfermeras y su acceso a los espacios de participación y de representación han sido interpretados, así pues, como elementos movilizados en esta dirección.

Las voces profesionales de las participantes se han revelado, concretamente, como voces restringidas, expresadas casi exclusivamente para abordar cuestiones biomédicas que mantienen una relación directa con los pacientes atendidos; como voces inaudibles, oídas casi exclusivamente a expensas de propósitos efímeros e instrumentales; y como voces ineficaces, emitidas alcanzando, en la mayoría de ocasiones, una parte limitada de los efectos que podrían llegar a desencadenar, particularidades que, todas ellas y en la literatura, se encuentran vinculadas a las experiencias que las enfermeras hacen de los procesos de toma de decisiones en las organizaciones de salud.

La participación de las enfermeras en los procesos de toma de decisiones clínicas ha ocupado, en este sentido, el foco de numerosas investigaciones interesadas en el estudio de los factores que entorpecen la práctica colaborativa interprofesional en salud (Reeves et al., 2010) y la autonomía profesional en la práctica enfermera (Skår, 2010), siendo escasas las investigaciones interesadas en el estudio de la exclusión de las enfermeras de los procesos de toma de decisiones no clínicas, pero que las conciernen porque afectan a las dinámicas organizacionales (Aberese-Ako et al., 2014; Skinner et al., 2018) y/o a las dinámicas profesionales (Weston, 2008).

Las limitadas oportunidades reportadas por las participantes en relación con su acceso a las esferas de representación han sido consistentes, finalmente, con las conclusiones de estudios que han explorado la participación no equitativa de las enfermeras en la esfera política y que, de manera más específica, han abordado teóricamente las repercusiones que esta forma de privación, dada la incapacidad sentida por las enfermeras de cumplir con su obligación profesional hacia la sociedad (Duncan et al., 2015), puede desencadenar sobre la promoción de políticas públicas de salud injustas (Drenkard, 2015; Sundean et al., 2017; Sundean & Polifroni, 2016).

Las aportaciones teóricas de Rosa (2015) en torno a la expresión de los efectos de la modernidad sobre la construcción democrática de la sociedad han permitido comprender cómo las enfermeras han dejado de ser —si es que en algún momento lo han sido— capaces, con sus voces, de afectar al *otro* y al mundo, pero también cómo, no respondidas o respondidas con menosprecio, han optado, de manera frecuente, por no desplegarlas juzgando que invertir esfuerzos en hacerlas imperar no valía la pena. «La democracia solamente es atractiva cuando las personas tienen derecho a creer que su voz puede ser realmente eficaz», argumenta Rosa (2019, p. 362).

La injusticia política ha emergido en los relatos de las participantes informando, en definitiva, cómo las enfermeras, en tanto que profesionales de la salud, han sido desprovistas de una voz profesional desde la que hablar, de manera eficaz, sobre el paciente, pero también sobre sí mismas, dejando que otros lo hagan por ellas; se han encontrado (auto)excluidas de procesos decisionales que han infringido, en cualquier caso, el principio de todos los afectados; y se han visto (auto)privadas de acceso a las esferas de representación chocando, a menudo, contra un techo de cristal (Fraser, 2019).



El proceso de análisis de las miradas que las participantes han proyectado sobre los ejes materiales, sociales y políticos de (in)justicia que atraviesan las organizaciones de salud han permitido, en suma, reconstruir una noción emic de justicia desde su propia perspectiva y desde una mirada empírica a la vez que normativa (Cugueró-Escofet & Fortin, 2014). Esta se ha imbricado simultáneamente en una sociología crítica de las relaciones que las enfermeras han mantenido con los elementos que conforman el orden institucional de las organizaciones de salud y en una crítica normativa que ha preparado su expresión posterior en dirección a cómo este debería ser transformado para poder ser considerado como justo.

Las enfermeras se han posicionado en el transcurso de sus relatos como sujetos que experimentan una pérdida de su autoeficacia, una alienación consigo mismas, con el *otro* y con el mundo en el marco de su trabajo y una exposición a formas de injusticia asociadas a su atribución y asunción propia de una condición de estatus considerada como subordinada. La alienación las habría abocado, por una parte, en la imposibilidad de desarrollar una buena vida (Rosa, 2018), mientras que la subordinación de estatus las habría abocado, por otra parte, en la imposibilidad de participar en condición de iguales en la vida social que se (re)crea en las organizaciones de salud (Fraser, 2010).

Las experiencias de alienación y de subordinación de estatus que han sido reportadas por las participantes han emergido acompañadas de un sentimiento de derrota desde el que han manifestado sentirse, individual y colectivamente, determinadas e incapaces de salir de la que asumen como su realidad. El destino de las enfermeras ha sido, en este sentido, reivindicado como inescapable y su capacidad de acción como limitada. La literatura ha puesto en cuestión, no obstante, esta asunción apuntando a la mutabilidad de las realidades y a las formas de acción que las enfermeras emprenden en ellas para transformarlas (Lunardi et al., 2017; McMillan & Perron, 2020, 2021; Ray & Turkel, 2014).

### **6.3. La (re)conceptualización de la agencia política enfermera**

Las enfermeras que han tomado parte en esta tesis doctoral han permitido, a través de sus relatos, no solamente comprender cómo se produce el despliegue de su agencia política en las organizaciones de salud para (re)pensar el orden institucional que impera

en ellas cuando este no resuena con su *ethos* profesional, sino también algo aún más fundamental y que precede a esta cuestión: la necesidad de (re)pensar el significado de la noción de *agencia política enfermera* y, entonces, el significado que atribuimos a las enfermeras como actrices políticas que hacen política en el interior de los espacios que habitan.

Las participantes han aportado, en este sentido, un matiz a la definición de agencia política en base a la que este proyecto ha sido ideado, es decir, a la capacidad para engendrar cambios en el orden sociocultural a partir de la consideración de cómo uno se concibe a sí mismo en la matriz sociopolítica en términos de la persona que considera ser, de los objetivos que pretende alcanzar y de su capacidad para cuestionar y visionar cómo podrían ser las cosas de otra manera cuando el mundo que le rodea no resuena con su *ethos* individual. El matiz en cuestión, en concordancia con las formas de pensarse en tanto que enfermer\*, no ha sido *otro* que el paciente.

La agencia política enfermera ha podido ser, entonces, (re)conceptualizada tomando en consideración algo que, más allá de la relación que las enfermeras establecen y mantienen consigo mismas, concierne a la relación que establecen y mantienen con el paciente; algo que, más allá del alcance de un objetivo profesional, concierne al alcance de un objetivo que, perseguido en la esfera reducida, íntima e infranqueable, las une al paciente, pero también a una idea de bien común; algo que, más allá de su capacidad para cuestionar y visionar cómo podrían ser las cosas de otra manera cuando el mundo que las rodea no solamente no resuena con ellas mismas, sino que tampoco lo hace con el paciente.

Las enfermeras han consolidado, en este sentido, una única forma legítima de agencia política. Desde ella han asumido que esta puede y, en realidad, tiene la obligación moral de ser desplegada sobre la matriz política, económica, social y cultural en la que se hallan inmersas, en el momento en que perciben que las formas materiales, sociales y políticas de injusticia que las acechan individual y/o colectivamente presentan indicios de poder expresarse o de estar expresándose sobre el paciente al que atienden. El solapamiento entre las experiencias de injusticia de las enfermeras y de los pacientes y la apropiación que de estas hacen subyacen a estas reflexiones.

Las participantes no han manifestado desplegar, entonces, su agencia política por y para ellas mismas porque hayan considerado que su alienación y su condición de estatus en las organizaciones de salud sea injusta y, por ende, deba ser combatida. Las participantes han manifestado desplegarla por y para el paciente porque, dadas sus evaluaciones fuertes, han considerado, acompañadas de un sentimiento de sufrimiento moral (Liaschenko & Peter, 2016; Peter & Liaschenko, 2013), que la experiencia que el paciente hace de la atención que se le brinda en las organizaciones de salud no puede ser, en ningún caso, injusta.

La lucha de las enfermeras por la construcción de un marco de justicia social y política en las organizaciones de salud a través del despliegue de su agencia política representa, así pues, la lucha por poder prestar una atención de salud justa al paciente; por tener acceso a las condiciones de distribución, de reconocimiento y de representación necesarias para proyectar de manera libre y plena sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo; para permitir, en definitiva, en palabras de McMillan y Perron (2021), una práctica enfermera moralmente auténtica en un espacio, en palabras de Peter et al. (2004), moralmente inhabitable.

Las participantes se han posicionado, en definitiva, como actrices políticas que han respondido individual y colectivamente a una llamada ética interior que ha solicitado con creces la necesidad de (re)orientar los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que atraviesan las organizaciones de salud, que discurren a través de ellas y que terminan afectando a los pacientes. Lo han hecho emprendiendo una pluralidad de miradas, de palabras y de acciones que, con fines emancipadores y transgresivos al poder (Krause, 2015), han tratado de hacer imperar en su interior sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\* en el mundo.

Las miradas que las enfermeras han proyectado en torno a la forma de enfrentarse a las formas de injusticia que las acechan a ellas y a los pacientes han permitido comprender cómo la relación que aspiran a construir consigo mismas y con la profesión enfermera se convierte en el objetivo sobre el que sienten que deben actuar en primer lugar. Las cuestiones identitarias a las que desde el inicio de sus encuentros con la investigadora han atribuido la causa principal de las formas alienantes de retorno que obtienen y retienen

del ejercicio de su profesión han resultado, en este sentido, de suma relevancia para capturar cómo se produce el despliegue de la agencia política enfermera.

Las enfermeras han definido, a este respecto, la necesidad de (re)construir un discurso identitario desde el que posicionarse como profesionales de la salud legítimos de *ser* quiénes son y de participar, en tanto que tales, en la vida que se (re)produce en el interior y en el exterior de las organizaciones de salud. La afirmación de su existencia subjetiva para existir social y políticamente, ya sea desde su adherencia a una identidad tradicional o a una identidad que se adapta al molde del *otro* y del mundo, ha representado para ellas, así pues, el primer paso a dar para evadirse de las condiciones de alienación y de injusticia en las que se sienten inmersas (Krause, 2015).

Las aportaciones teóricas de Fraser (1986) en torno a la consideración de la cuestión del reconocimiento como una cuestión de estatus ha ayudado a comprender el sentido de las reflexiones que las participantes han hecho sobre la necesidad de (re)construir su discurso identitario y los efectos que de esta necesidad se han podido desprender. Las miradas de las enfermeras han adoptado, en este sentido, la forma de una lucha identitaria dirigida a corregir una identidad dañada dejando intactos, no obstante, los patrones de valor cultural que rodean al cuidado, que las subordinan a nivel institucional y que impiden su participación como pares en las organizaciones de salud (May, 2008).

Las participantes, dotadas de un discurso identitario que han considerado como sólido, han desarrollado un proyecto emancipador con el que han referido sentirse preparadas para dar un paso al frente en la que deviene una lucha por un reconocimiento necesario para cuidar (bien) de los pacientes. Las bases sobre las que este proyecto se ha fundamentado han supuesto el hallazgo de indicios que chocan con los hallazgos precedentes. Las participantes han empezado a revelar a través de él la que podría considerarse como una paulatina superación de su lucha identitaria para sustituirla por una lucha socioprofesional por hacer imperar en las organizaciones de salud sus formas de pensarse y de comprender el mundo.

Las enfermeras han enfocado, en este sentido, la lucha por su reconocimiento no como una lucha en la que ellas mismas se han personado y se han reivindicado en tanto que profesionales de la salud legítimos de poder participar en condición de pares en las

organizaciones de salud, sino como una lucha en la que sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* como enfermer\* en el mundo han sido las que se han dispuesto en un primer plano y las que se han encontrado a la espera de ser valoradas. Las participantes, permaneciendo pues en un segundo plano, han permitido así a su *ethos* profesional dar un paso al frente.

La percepción de falta de capacidad de acción con la que las participantes han concluido la proyección de sus miradas críticas sobre los elementos que conforman el orden institucional de las organizaciones de salud contrasta con la propuesta que más adelante han presentado y es que, frente a las muestras iniciales de su anorexia de poder (Holmes & Gastaldo, 2002; Lunardi et al., 2017), han proyectado la percepción de ser capaces de florecer sobre sus experiencias de alienación y de subordinación de estatus. Las participantes parecen tomar consciencia así, como recuerdan Liaschenko y Peter (2016), de que no solamente son moldeadas por las organizaciones, sino que ellas también tienen el poder de moldearlas.

El diálogo que Fraser y Jaeggi (2018) comparten en torno al capitalismo iluminan las reflexiones de las participantes aquí discutidas. Las enfermeras pueden ser vislumbradas como integrando la esencia de una lucha social y es que permiten comprender, sin renunciar a la crítica hacia el sistema político, económico, social y cultural en el que se encuentran inmersas, la necesidad simultánea de reconocer que, en tanto que miembros de una comunidad política, son agentes que no solamente deberían pensar en la necesidad de un cambio en dicho sistema, sino que también, y antes de nada, deberían creer en la capacidad y la responsabilidad compartida que tienen de llevarlo a cabo.

Las reflexiones que Rosa (2018, 2020) expone por su parte en su propuesta teórica de la resonancia como el concepto sobre el que construir una nueva sociología de la relación con el mundo, denotan, en este sentido, la importancia de que los individuos — y, en este caso, las enfermeras— desarrollen un sentido de autoeficacia, es decir, que crean de manera firme en su capacidad para responder al *otro* y al mundo, para alcanzarlos por medio de sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar*, experimentándose, en definitiva, como sujetos capaces de moldear el mundo de manera colectiva a través de la acción política.

Las participantes han reportado, así pues, la necesidad de responder a la falta de unión que consideran que caracteriza su colectivo profesional sugiriendo la creación de aquello que Fraser (1986) describe como *contrapúblicos subalternos*. Los contrapúblicos subalternos, argumenta en su obra, representan los espacios discursivos que permiten a los miembros de grupos marginales constituir colectivamente, por sí mismos y entre ellos, algunas de las condiciones que les son denegadas en la sociedad y que resultan necesarias para posibilitar el despliegue pleno de su agencia individual en un determinado espacio de interacción social (Boltanski et al., 2014).

Las participantes han mostrado, no obstante, frustrar los propósitos emancipadores que subyacen bajo la constitución de los contrapúblicos subalternos y es que, a la luz de los hallazgos, estos se han convertido en enclaves desde los que, privatizando sus realidades, han impedido al *otro* y al mundo (re)conocerlas como problemáticas; desde los que se han asumido como las (únicas) responsables del cambio; y desde los que la solidaridad de la que se han hecho demandantes ha contrastado con la solidaridad que, posteriormente, han mostrado tener entre ellas en un clima intraprofesional profundamente marcado por la crítica y en el que se han erigido como su primer enemigo a abatir.

Las palabras de las enfermeras han dado luz, por otra parte, a las ideas de cambio sobre las que han apoyado la (re)orientación de los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos que atraviesan las organizaciones de salud. Lo han hecho con el fin de que estas puedan ser consideradas —a sus ojos y pensando en el paciente— como entornos de cuidados justos, como entornos en los que proyectar sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* sea posible sin necesidad de estar en lucha constante y como entornos en los que cuidar (bien) deje de ser considerado una aspiración para ser considerado una norma no negociable (Sumner, 2008).

La capacidad de imaginar el mundo de otro modo se ha consolidado, en este sentido, como una capacidad clave sin la que el despliegue de la agencia política de las enfermeras se hubiera visto tempranamente bloqueado. Ricoeur (1994, p. 126) expone que «la imaginación proporciona el espacio mediador de una fantasía que actúa como una fuerza que empuja desde atrás, como una atracción que seduce por delante y como una razón que justifica las bases (de las acciones que uno emprende)». Promover la comprensión de

lo que se necesitaría para crear instituciones sociales libres de opresión y de dominación constituye una parte fundamental de la creación de una voluntad política dirigida a desencadenar cambios sociales radicales (Wright, 2010). Las investigaciones de Jacobs et al. (2005), de Jarrín (2006), de Kagan et al. (2010), de Martin (2015) o de Sumner (2010) han arrojado en sus conclusiones resultados que apuntan en esta dirección.

Las acciones de las enfermeras, constituidas como remodelaciones de los límites de sus movimientos en su relación con los elementos que conforman el orden institucional de las organizaciones de salud, han puesto de manifiesto, finalmente y en la línea de las aportaciones de Rankin (2009), que las participantes no solamente han respondido a las experiencias de injusticia que han hecho. Ellas han creado, asimismo, espacios desde los que han actuado contra la injusticia, desde los que la han combatido y desde los que los resultados de sus acciones se han hecho visibles mientras ha perdurado la razón —el vínculo con el paciente— por el que las habían emprendido.

La capacidad de transformar al *otro* y al mundo se ha revelado, en este sentido, como otra de las capacidades clave necesarias para el despliegue de la agencia política. Krause (2015) la señala, de hecho, como el elemento que convierte la agencia política en un fenómeno socialmente distribuido, es decir, dotado de una propiedad intersubjetiva y es que los efectos del despliegue de la misma se han mostrado, a través de las acciones de las participantes, como dependientes de la respuesta incontrolable del *otro*, una apreciación que resulta común y que recuerda a la conceptualización que Rosa (2019) hace del concepto de *resonancia* como algo ingobernable y elusivo.

La comprensión de la complejidad del despliegue de la agencia política supone, entonces, no solamente prestar atención a cómo las enfermeras ocupan un espacio y se mantienen en él, sino también a qué ocurre a su alrededor cuando lo hacen (Zanoni & Janssens, 2007). Las participantes han reportado, a este respecto, que la respuesta que del *otro* han obtenido al emprender acciones para tratar de remodelar los límites de sus movimientos han podido ocasionar reajustes puntuales y contextuales en sus relaciones con las formas de injusticia que las afectan, motivo por el que McMillan y Perron (2021) defienden la necesidad de que la política sea desplazada hacia el microcontexto.

Las participantes se han comprometido, en cualquier caso, con lo que, en el marco del planteamiento de las posibles soluciones estratégicas ante el dilema emergido entre la redistribución y el reconocimiento, Fraser (2008) teoriza como *reformas no reformistas*. Las acciones de las participantes se han dejado oscilar, de este modo y *a priori*, entre acciones que, dotadas de un carácter más superficial, han dejado intacto el estatus quo institucional, jugando, en realidad, con las reglas del juego, y acciones que, dotadas de un carácter más profundo, lo han transformado, retándolas radicalmente por medio de estrategias (de)constructivas.

El potencial emancipador de las acciones emprendidas por las participantes no debería, sin embargo, ser juzgado, de manera categórica, restando valor a las acciones que no parecen, a simple vista, tener efectos emancipadores profundos y perdurables para las enfermeras. Debería ser juzgado, por el contrario, como estando situado sobre un continuum desde el que si bien parecen solamente remediar superficial e inmediatamente las formas de injusticia acaecidas, posibilitan, a su vez, la construcción de un nuevo escenario desde el que soluciones profundas y perdurables contra las mismas pueden ser alcanzadas en un futuro (Fraser, 2010).

Las acciones superficiales movilizadas por las enfermeras podrían, así pues, estar acumulándose para transformar profundamente los ejes materiales, sociales y políticos que generan injusticia en las organizaciones de salud (Fraser & Jaeggi, 2018), ejerciendo, de este modo, un rol determinante en la trayectoria transformativa hacia su emancipación (Wright, 2010). La agencia política de las enfermeras se ha revelado en el marco de estas reflexiones como siendo más potente de lo que las enfermeras piensan que es. Comprender su potencial inesperado deviene crucial en la lucha contra la alienación y la injusticia en las organizaciones de salud (Krause, 2015).

Las acciones que las participantes han reportado emprender para dar respuesta a las deficiencias sistémicas de las organizaciones de salud, tratadas por Holmes y Gastaldo (2002) como prácticas a través de las que las enfermeras posibilitan el funcionamiento de las instituciones y de los sistemas que ellas mismas reconocen como sus fuentes de opresión, deben ser consideradas, a la luz de la (re)conceptualización de la noción de agencia política y pese a la incomodidad que este hallazgo pueda generar en aquel que



asume una mirada emancipadora, como formas de despliegue de la agencia política enfermera (Lunardi et al., 2017).

Las enfermeras, convertidas en el rostro visible de un sistema deficiente (Rudge et al., 2011), actúan de acuerdo con su *ethos* profesional absorbiendo las formas de injusticia que impactan contra la esfera reducida, íntima e infranqueable en la que hacen inmersión junto al paciente tratando de prevenir así que estas sean capaces de alcanzarlo. Los efectos (re)subordinantes de estas prácticas, pese a ser evidentes desde una mirada interpretativa exterior, resultan invisibles para muchas de las participantes y es que, consideradas como parte de su rol de abogacía, resultan ampliamente toleradas por el bien del paciente que atienden.

La (re)conceptualización de la noción de la agencia política enfermera operada en la presente tesis doctoral se mantiene bajo los propósitos de la sugerencia de Lunardi et al. (2017) según la cual la noción del cuidado es proyectada como un elemento central a las formas a través de las que las enfermeras ejercen poder, por lo que su (de)construcción centrándose en cómo las enfermeras ejercen poder podría ayudar a reconceptualizar la enfermería y a promover nuevas agendas para la salud y los cuidados en salud. Esta sugerencia supone, desde nuestra mirada, trabajar de manera simultánea para la renovación de una teoría filosófica emancipadora en enfermería.

#### **6.4. La renovación de una teoría filosófica emancipadora en enfermería**

El desafío de proponer una renovación de una teoría filosófica emancipadora en enfermería emerge de las reflexiones que se han desprendido de la (re)consideración de la relación que las enfermeras mantienen con la profesión que ejercen como una relación resonante a la vez que alienante; de la (re)construcción de una perspectiva emic acerca de las formas de injusticia a las que las enfermeras se enfrentan en las organizaciones de salud; y de la (re)conceptualización de la noción de agencia política enfermera. La propuesta que se esboza representa, no obstante, una aproximación superficial a la misma y es que esta continuará siendo desarrollada en un futuro como un horizonte investigador al que dirigirse.

La propuesta teórica que aquí planteamos se encuentra formulada como un espacio reflexivo en el que los conceptos nucleares de los marcos teóricos de Nancy Fraser y de

Hartmut Rosa —que comparten en común sus aspiraciones por articular una nueva forma de crítica social radical con anhelo emancipador— se reúnen para dialogar entre ellos, para complementarse los unos con los otros y para integrarse, finalmente, en una única teoría orientada, precisamente, hacia la emancipación, un horizonte en el que consideramos que puede producirse una conjunción compleja entre la justicia, la agencia política y la resonancia, conceptos en torno a los que orbita esta tesis doctoral.

La teoría que proponemos y a la que nos referimos de ahora en adelante como *la teoría filosófica emancipadora de las cuatro erres*, atendiendo a la similitud sonora dada entre los conceptos teóricos que la integran —redistribución, reconocimiento, representación y resonancia—, pretende valerse de los resultados desprendidos del análisis del entramado de las experiencias reportadas por las participantes que han tomado parte en esta investigación con el propósito de idear un nuevo marco teórico que, sin olvidar la constatación de la situación presente, sea capaz de orientarse y de orientarnos hacia un futuro emancipado para las enfermeras con implicaciones globales.

Toda ciencia emancipadora social, explica Wright (2010), pretende la producción de conocimiento para, desde un propósito moral, eliminar la opresión y la creación de las condiciones necesarias para el florecimiento humano apoyándose en la creencia de que la emancipación depende de la transformación del mundo y no solamente de la vida interna de las personas<sup>60</sup>. El desarrollo teórico que proponemos pretende, en este sentido, tomar en consideración, usando una terminología propia de Rosa (2015), los dos polos de la relación que los sujetos establecen con el mundo y, entonces, el mundo y el sujeto.

La emancipación de las enfermeras requiere, a tal efecto y desde nuestra mirada particular, algo que se revela inhabitual en las ciencias enfermeras cuando se exploran cuestiones situadas más allá de la práctica clínica, y es disponer no tanto a las enfermeras

---

<sup>60</sup> La comprensión de la alienación reportada por las enfermeras participantes no tanto como un estado, sino como una forma de relacionarse con el mundo, como defiende Rosa (2018), o como una forma de relación sin relación, como defiende Jaeggi (2014), puede resultar útil en la ampliación teórica y práctica de las posibilidades de la emancipación individual y colectiva de las enfermeras y es que lleva a su aproximación entendiéndola como algo que no es estático y que puede ser, en efecto, transformado. Las miradas, las palabras y las acciones emprendidas por las enfermeras han hecho muestra de ello.

en el foco de la atención, sino más bien en él a las relaciones que unen a las enfermeras con los pacientes, con los agentes junto a los que (co)habitan y con las estructuras organizacionales en las que se encuentran colectivamente inmersas (Wallenhorst, 2020) porque es en el marco de dichas relaciones —en la intersubjetividad— que las formas de (in)justicia, de alienación, de resonancia y de agencia política se acontecen.

El mundo, simbolizado de una manera estricta en las organizaciones de salud y de una manera amplia en el sistema que las contiene, ha emergido en los resultados de esta tesis doctoral adoptando la forma de una matriz política, económica, social y cultural que ha desprovisto a las participantes de las condiciones precisas para que, con sus formas particulares de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en tanto que enfermer\*, puedan participar como pares en la vida social, puedan constituir y estabilizar experiencias de resonancia que vayan más allá de momentos puntuales y permitan calificar la relación que mantienen con él como una relación de resonancia (Rosa, 2017a).

Las enfermeras, al proyectar su mirada crítica sobre las organizaciones de salud que habitan, han trazado en su interior los ejes de los elementos materiales, sociales y políticos sobre los que se (re)produce la injusticia que las acecha y que acecha a los pacientes sin apenas ser conscientes de que han hecho mucho más que eso. Han iluminado cómo la cronicidad de la realidad que experimentan puede ser interpretada como un reflejo de un fenómeno que va más allá de sus microespacios de práctica y que alcanza la que se consolida como la crisis de la reproducción social que afecta al conjunto de la sociedad capitalista (Legault, 2018).

Fraser explica que la reproducción social:

Es indispensable para la sociedad. Sin ella no podría haber cultura, economía, organización política. Ninguna sociedad que socave sistemáticamente la reproducción social puede perdurar por mucho tiempo. Hoy, sin embargo, una nueva forma de sociedad capitalista está haciendo precisamente esto. El resultado es una gran crisis, no simplemente del cuidado, sino de la reproducción social en su sentido más amplio. (Fraser, 2016, p. 99)

Legault (2018) señala, asimismo y por su parte, que ninguna forma de organización social que olvide sistemáticamente las condiciones de ejercicio de quienes se ocupan de

los cuidados puede perdurar en el tiempo, mientras que Keller (1997) defiende que hablar de justicia en las organizaciones de salud es hablar de justicia en el exterior de las organizaciones de salud.

El alcance de la emancipación de las enfermeras implica ser consciente, entonces, de la dimensión más amplia en la que sus condiciones de ejercicio profesional se insertan (Bent, 1993; Mason et al., 1991; Schirger, 1978). Las formas de injusticia a las que las participantes han reportado hacer frente en las organizaciones de salud no representan una problemática que concierna exclusivamente a la esfera privada de aquello que ocurre en su interior, sino una problemática que se conecta, de una manera inmediata, con una esfera pública en la que la expresión de los efectos de la crisis de la reproducción social se hacen cada vez más palpables (Bourgault & Perreault, 2015; Legault, 2018).

La repolitización de las condiciones de ejercicio profesional de las enfermeras se erige como un imperativo para la emancipación de las enfermeras y lo hace no solamente como una cuestión de ética personal, sino como una cuestión de ética social que se interesa por la dimensión moral de las estructuras, de los sistemas, de los asuntos y de las comunidades sociales (Welch, 2012). La atención que se presta a la esfera reducida, íntima e infranqueable en la que las enfermeras se unen al paciente al que brindan sus cuidados debe ampliarse hacia la esfera más amplia, pública y permeable en la que se unen a la sociedad en su conjunto (Cloyes, 2002; Des Jardin, 2001).

Perron (2013) sugiere, en este sentido, que las enfermeras no deberían sentir que se enfrentan a tener que escoger entre cuidar de los pacientes o comprometerse en los aspectos políticos de los cuidados, puesto que el uno se encuentra ligado necesariamente al *otro* y viceversa. La toma de consciencia de esta relación permitiría comprender por qué resulta imperativo que las enfermeras cuiden de si mismas antes de cuidar del *otro* (Schirger, 1978), situándose en el centro de las actividades de cuidado, siendo esta una práctica que lejos de ser antiética, hace muestra de autenticidad moral (McMillan & Perron, 2021) y, más allá de ello, de acción ciudadana (Bourgault & Perreault, 2015).

La emancipación de las enfermeras implica, precisamente, que ellas decidan cuidar de si mismas antes de cuidar del *otro* (Perron et al., 2014). Los hallazgos de la presente tesis doctoral han dejado entrever cómo el rol que las participantes consideran tener en tanto que enfermeras es, muy a menudo, el de ayudar a las personas a vivir de acuerdo

con sus valores, a vivir la vida que quieren vivir, siendo el despliegue de su agencia política orientado hacia la consecución de este fin. Las participantes han emprendido, de este modo, acciones para los demás, aun cuando no disponían de los recursos necesarios para ello, asumiendo el peso de la injusticia estructural que las acecha y sin cuidar antes de si mismas.

Furtwängler (2008) recuerda, en este mismo sentido, que «querer cuidar del *otro* sin cuidar de una misma es una ilusión (...) y es que es solamente así que es posible ocuparse de la vida, de la propia y de la del *otro*, sea este quien sea». Cómo las enfermeras pueden cuidar del *otro* sin olvidar de cuidar de si mismas parece ser, de este modo, la pregunta que se presenta ante nosotras las investigadoras, una pregunta cuya tentativa de respuesta obliga a hacer migrar la discusión acerca de la renovación de una teoría filosófica emancipadora en enfermería hacia el otro polo de la relación que los sujetos establecen con el mundo: el sujeto.

El sujeto, simbolizado en las enfermeras que han integrado los diferentes perfiles de voces centrales en esta tesis doctoral, ha emergido en el marco de los resultados de la misma como un sujeto que, dadas las formas de retorno que considera obtener y retener de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar*—y que se mantienen en relación con la injusticia que considera que lo acecha en el interior de las organizaciones de salud— se ha visto envuelto en una relación de alienación consigo mismo, con el *otro* y con el mundo, una relación que le ha impedido alcanzar, haciendo uso de las palabras de Rosa (2017b), una *frecuencia propia*.

La emancipación de las enfermeras no solamente comprende, de este modo, su disposición en el mundo como profesionales de la salud que cuentan con las condiciones de redistribución, de reconocimiento y de representación que hacen de las organizaciones de salud entornos de trabajo justos, sino que comprende, asimismo, su capacidad para afectar al mundo desplegando sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en él para participar en él con su propia voz, para resentir su autoeficacia en él, para establecer con él relaciones de resonancia (Rosa, 2017a). Esta capacidad representa, desde nuestra mirada, una forma crítica de cuidar de unas mismas a la vez que se cuida del *otro* o, incluso, de cuidar de unas mismas antes de cuidar del *otro*.

Las enfermeras pueden establecer relaciones resonantes con ellas mismas si son capaces de verse afectadas por el *otro* y por el mundo, de responderles por medio de la expresión de su agencia política y de transformarlos —así como de verse transformadas— en condición de igualdad frente al resto de agentes que junto a ellas habitan las organizaciones de salud. La paridad participativa en un sentido amplio requiere, en consecuencia, que las enfermeras sean capaces de desarrollar una relación resonante con el mundo en su totalidad, que sean capaces de experimentar que este responde a sus formas de pensarse y que sean capaces de dar forma a un mundo que va más allá de los límites simbólicos que rodean al que consideran el suyo.

El cuidado de si mismas supone, no obstante, que las enfermeras estén dispuestas a dejarse afectar por el *otro* y por el mundo, a exponerse a momentos de vulnerabilidad, cuyos efectos, lejos de ser previsibles y controlables, resultan ser, ciertamente, no pronosticables y no gobernables (Rosa, 2020). La construcción de un marco de justicia social y política en las organizaciones de salud y la emancipación de las enfermeras se encuentran irremediamente precedidas por experiencias no del todo placenteras porque desplazan el orden institucional que el sistema tan acostumbrado está a ver (re)producido. El cuidado de si mismas implica, en definitiva, una disposición moral de discomfort frente a la desestabilización del estatus quo institucional (Perron et al., 2014).

El concepto teórico de resonancia permite, en este contexto, comprender el cuidado de si mismas y del *otro* como una forma de dimensión existencial, fundamentada en el bien común, que solamente tiene lugar si las enfermeras son capaces de establecer y mantener una relación reflexiva consigo mismas, con el paciente y con la sociedad en su conjunto (Rosa, 2019). Rosa (2018), en su obra *Resonancia: Una sociología de la relación con el mundo*, hace una discreta alusión a la reflexión que aquí se plantea afirmando que «los ojos de cada paciente expresan una demanda de resonancia, y lo que es más, sin relaciones resonantes, los cuidadores no pueden llevar a cabo su trabajo».

La resonancia, cuyas raíces se encuentran claramente ancladas en una tradición fenomenológica que trata de comprender cómo las personas dan importancia a cómo viven en el mundo en el que viven (Moustakas, 1994), se conecta, asimismo y desde una óptica quizás menos visible a primera vista, a la tradición de la teoría crítica que trata de comprender cómo las relaciones de poder moldean las realidades con el fin de cambiar el

mundo en su conjunto (Kincheloe & McLaren, 2005). El potencial del concepto de resonancia en el contexto de esta tesis doctoral y, concretamente, de la renovación de una teoría filosófica emancipadora para las enfermeras reside especialmente aquí.

Esta noción permite, en este sentido, abordar la relación de las enfermeras con el cuidado de una manera no proyectada hasta el momento, vinculando una aproximación fenomenológica a una aproximación crítica y estableciendo entre ambas una relación que lejos de ser unidireccional es plenamente bidireccional. La mirada fenomenológica aporta a la teoría crítica un conocimiento desde el que iniciar la transformación del mundo. La mirada de la teoría crítica aporta a la fenomenología un conocimiento desde el que transformar las experiencias que los individuos hacen en dicho mundo.

La unión de la teoría de justicia de Fraser con la teoría de la resonancia de Rosa, a modo de movimiento ético y político, permite, en definitiva, no solamente (re)pensar la justicia social y política en las organizaciones de salud a partir de las experiencias que las enfermeras hacen de ella y (re)imaginar el cuidado enfermero como una forma de relación con el mundo, sino también disponer de las herramientas necesarias para criticar todo aquello que, dentro y fuera de las organizaciones de salud, impacta sobre la posibilidad de las enfermeras de alcanzar las condiciones de distribución, de reconocimiento y de representación necesarias para, a través del cuidado, constituir y estabilizar ejes de resonancia consigo mismas, con el *otro* y con el mundo.

La esencia de la teoría filosófica emancipadora en enfermería aquí presentada y desarrollada gira en torno a una noción de esperanza crítica, es decir, «en torno a una orientación conceptual y teórica y una respuesta dirigida a la acción frente la desesperanza que domina la era contemporánea» (Bozalek et al., 2014, p. 1). La esperanza crítica se describe, de manera concreta, como «el estado de ánimo en el que el sujeto se encuentra involucrado en un análisis crítico de las relaciones de poder y de cómo estas constituyen formas emocionales de *estar* en el mundo, mientras intenta construir, imaginativa y materialmente, un mundo diferente» (Zembylas, 2014, p. 13).

La esperanza crítica no representa la ilusión ingenua de que las cosas vayan a ir mejor. En el mejor de los casos esta sería naífe y en el peor de los casos ignorante de las cuestiones globales y sistemáticas que se encuentran en el origen del sufrimiento de los individuos en el mundo. Representa, más bien, la creencia permanente de que el cambio

no puede acontecerse sin un punto de partida fundamental de esperanza que lidie con sus dimensiones políticas, emocionales, relacionales y experienciales para promulgar el cambio y que permanezca, en sí misma, comprometida con los ideales de justicia (Grain, 2022).

## **6.5. Líneas generales de recomendación**

Esta tesis doctoral, viva en las voces centrales y en las voces periféricas que han participado en ella, a pesar de no ser perenne, logra desprender de sí misma nuevo conocimiento que, (re)trabajado, tiene la posibilidad de producir efectos dotados de una mayor continuidad en el tiempo. Cada uno de estos efectos se ven representados en el interior de lo que, en esta y última sección del «Capítulo VI. Discusión», recopilamos bajo líneas generales de recomendación, líneas que se extienden en las esferas de la práctica, la gestión, la educación, la política y la investigación.

### **6.5.1. Recomendaciones para la práctica**

Las recomendaciones que se derivan de los resultados de esta tesis doctoral en la esfera de la práctica de las enfermeras se encuentran, en primer lugar, sujetas a la expectativa de que la lectura de los mismos por su parte contribuirá a generar en ellas una toma de consciencia sobre el estatus que les es atribuido —y que adoptan como propio— en la matriz sociopolítica de las organizaciones de salud y de que esta toma de consciencia las llevará a dirigir sus acciones de forma responsiva hacia la transformación del orden institucional que las aliena y que las impide mantener una relación resonante con ellas mismas, con el *otro* y con el mundo.

La teorización que subyace a esta investigación deviene, en este sentido, clave para alcanzar este propósito. Los marcos teóricos de Fraser y de Rosa se revelan como de suma utilidad para las enfermeras en la función de ayudarlas a capturar, analizar, ordenar y nombrar las experiencias individuales y colectivas que hacen de la relación que mantienen con ellas mismas, con el *otro* y con las organizaciones de salud que habitan. Permiten mantenerlas próximas a nociones de justicia y de resonancia que, si bien forman parte inherente de su imaginario como enfermeras, hasta este momento han sido de aplicación exclusiva —y en otros términos— en su relación con el paciente.



La integración de los conceptos filosóficos de redistribución, de reconocimiento, de representación y de resonancia en el lenguaje común de las enfermeras dotaría sus voces de argumentos de peso normativo frente a los *otros* y en el mundo. Estos contribuirían a mediar el despliegue afirmado de su agencia política en tanto que sujetos que creen en su capacidad para transformar el orden institucional en el que se encuentran colectivamente inmersos y que tratan, simultáneamente, de mantenerse en equilibrio en los espacios que las brechas de los discursos que imperan en las organizaciones de salud dejan libres para *ser* quienes desean *ser* y para *hacer* lo que desean *hacer*.

Las enfermeras deberían comprender, pues, que habitar las organizaciones de salud en condiciones de paridad participativa y de un modo resonante con su *ethos* profesional forman parte legítima de sus derechos individuales y colectivos en tanto que sujetos y, después, en tanto que profesionales, y que el alcance de estas cuestiones no depende únicamente de ellas mismas —en alusión a su marcada tendencia a culpabilizarse—, sino que responde, asimismo y con el mismo grado de responsabilidad, a la disposición de los elementos económicos, políticos, sociales y culturales que las rodean.

La politización de las vivencias de (in)justicia y de alienación por parte de las enfermeras implicaría, así pues, disolver las rígidas fronteras que se mantienen entre aquello que consideran que es y no es enfermero y que forma o no forma parte de su práctica. La deconstrucción de la noción de ajenidad que las voces centrales erigen alrededor de una relación con el paciente que protegen del contexto en el que se inserta y la contención en su interior de todo aquello que, de forma dialógica, se opera en torno a ellas y las afecta a nivel individual y/o colectivo devienen, de este modo, una prioridad (Perron, 2013).

### **6.5.2. Recomendaciones para la gestión**

Las recomendaciones que se derivan de los resultados de la presente tesis doctoral en aquello que concierne a la esfera de la gestión enfermera atañen a cuestiones generales que, fundamentalmente, tienen que ver con el rol que las enfermeras que ocupan y se ocupan en mandos de gestión intermedia y de gestión directiva podrían desempeñar con relación a los objetivos de moldear y orientar los elementos que dan forma a las organizaciones de salud con el fin de que sean más justas y resonantes para el conjunto

de enfermeras que las habitan, así como con relación a los objetivos de promover y mediar el despliegue de la agencia política de las mismas.

Las enfermeras que ejercen en tanto que coordinadoras, subdirectoras o directoras en las organizaciones de salud deberían comprender, así, que sus roles profesionales se extienden más allá del sentido tradicional de la gestión para cubrir funciones vinculadas a velar por la habitabilidad de los entornos de cuidados. La posición estratégica que toman entre el espacio donde se produce la implementación de los efectos resultantes de los procesos decisionales y el espacio en el que estos últimos ocurren las podría consolidar como agentes que, dotados de un filtro no permeable a las formas de injusticia, defiendan el respeto de los derechos y la cobertura de las necesidades de las enfermeras.

Las luchas por la redistribución, por el reconocimiento y por la representación de las enfermeras deberían integrar pues, de manera visible, la hoja de ruta de las enfermeras en mandos de gestión, pero también, la hoja de ruta de todos aquellos que, aunque con afiliaciones profesionales distintas a la enfermería, desempeñen sus roles profesionales en las organizaciones de salud en cargos de naturaleza similar. Deberían integrarla como muestra de su sensibilidad hacia las formas de injusticia estructural que afectan a las enfermeras —y, por extensión, a los pacientes que atienden en común—, así como de su (co)responsabilidad en la búsqueda intencionada de su remedio.

Las acciones de abogacía por las enfermeras, a pesar de no poseer la capacidad de emanciparlas, sí podrían ejercerse con el propósito intermedio de crear y de mantener las condiciones de ejercicio profesional más próximas a las consideradas como idóneas por parte de las propias enfermeras de acuerdo con su *ethos* profesional. El alcance de dicha meta se consolidaría, así, como la oportunidad engendrada y aprovechada para fundar en los microespacios de práctica una nueva matriz económica, política, social y cultural en la que la nueva «norma» responda, esta vez, a criterios normativos de paridad participativa y de resonancia.

La práctica reflexiva por parte de las enfermeras en mandos de gestión alrededor de los elementos micro, meso y macroestructurales que participan en la (re)producción de una cierta cultura en el interior de las organizaciones de salud deviene, en este sentido, necesaria e incluso imperativa. El cuestionamiento acerca de los discursos y las prácticas sociales que dominan las políticas organizacionales, que se sienten en los espacios que

lideran y que moldean las formas de (in)justicia que afectan a las enfermeras interfiriendo en su posibilidad de resonancia y, entonces, de emancipación, debería encontrarse en la base de su *praxis* (Bergh et al., 2015; Gottlieb et al., 2021; Mannion et al., 2005).

El carácter (co)construido de dichos discursos y prácticas sociales exige que el fluir de los momentos de cuestionamiento reflexivo señalados no transcurra exclusivamente desde el macro hacia el microcontexto, sino que también lo haga, en el sentido inverso, desde el micro hacia el macrocontexto de acción. Las enfermeras en mandos de gestión deberían, de este modo, poner de manera sistemática en tela de juicio cómo las formas de *ser* y de *hacer* de las enfermeras (re)producen el estatus quo institucional y cómo pueden ser, a su vez, desplegadas con el propósito agencial de contribuir a (de)construirlo.

La comprensión de la heterogeneidad existente alrededor de las formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar*, de las miradas proyectadas sobre los elementos de (in)justicia social y política vinculados a los ejes de distribución, de reconocimiento y de representación de que dan forma a la matriz interna de las organizaciones de salud, así como alrededor de los modos de despliegue de la agencia política de cada una de las enfermeras que integran la comunidad más próxima de las enfermeras en mandos de gestión se convierte para ellas en el principio esencial para descubrir en qué y cómo podrían impulsarlas —sin crear nuevas formas de dependencia— hacia su emancipación (Udod & Racine, 2014).

Los encuentros formales y frecuentes en ambientes democráticos y seguros para las enfermeras dirigidos a la consecución de los propósitos anteriores se hacen esenciales. Los resultados de esta tesis doctoral revelan que las enfermeras no comparten sus reflexiones más críticas sobre las vivencias que hacen de sus realidades si no es, alentadas por la sororidad, con sus pares más inmediatos. Las enfermeras en mandos de gestión deberían crear así las oportunidades necesarias para dejar que estas emerjan cuando, por razones aprendidas y enraizadas, las enfermeras deciden mantenerlas a la sombra de sus relatos.

### **6.5.3. Recomendaciones para la educación**

Las recomendaciones que se derivan de los resultados de esta tesis doctoral en aquello que concierne a la esfera de la educación de las enfermeras se sitúan sobre el

diseño, la implementación y la evaluación de propuestas formativas de carácter interdisciplinar —que enlacen los campos de conocimiento asociados a la filosofía, la sociología, la antropología, las ciencias políticas y sociales— dirigidas no solamente a las futuras enfermeras que cursan estudios de primer ciclo universitario, sino también a las enfermeras que cursan estudios de segundo y de tercer ciclo y a las que se encuentran en ejercicio profesional dentro y fuera de las organizaciones de salud. Estas propuestas, pese a ser tratadas aquí de forma diferenciada, se orientan, en su conjunto, hacia la construcción de identidades enfermeras emancipadas.

La formación de las futuras enfermeras se revela, en este sentido, como el momento de sus trayectorias profesionales sobre el que resulta fundamental destinar esfuerzos a la consecución de dicho fin. Sería entonces cuando, a través de los procesos de socialización, sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* comenzarían a florecer y a entrelazarse para moldear y consolidar sus *ethos* profesionales. El alcance temprano de un sentido crítico, ético y político de justicia social y de resonancia proyectado hacia la relación que las enfermeras mantienen con ellas mismas, con los demás y con las organizaciones de salud debería ser considerado como una meta de primer orden.

La tendencia irreflexiva a apuntar a las estudiantes como no estando dotadas del nivel de madurez necesario para comprender temáticas de esta índole bloquea las oportunidades de su desarrollo como agentes políticos desde el inicio de su formación. Centrada en el *hacer* y alejada del *pensar*, la orientación actual de su formación las vulnerabiliza. Les priva de la adquisición de las herramientas que necesitarían disponer para desarrollar la capacidad de desplegar su agencia política en las organizaciones de salud frente a las fuerzas que generan las formas de injusticia en las que se encontrarán inmersas y de las que deberán desprenderse.

La adquisición y el entrenamiento de capacidades políticas deberían ser considerados y tratados, en este sentido, al mismo nivel y con la misma importancia que lo son el resto de capacidades que integran el marco educativo referencial de las enfermeras. La toma de consciencia sobre la naturaleza y la amplitud de la relación que, en tanto que futuras profesionales, establecerán con un mundo que va más allá del que construyen en torno a su relación con *otros*, el desarrollo de una voz agencial propia —y del lenguaje político

que en ella cobra vida— para cuidar de los demás y, sobre todo, de ellas mismas, así como la creación entre ellas de una alianza colectiva se encuentran entre dichas capacidades (Cohen et al., 1996).

Las Facultades de Enfermería deberían ser contempladas, pues, como las instituciones catalizadoras del que se percibe como un cambio necesario de paradigma educativo desde el que la actividad pedagógica sea entendida como una actividad política (Harden, 1996) y desde el que, con fines emancipadores, se reconozca que las enfermeras no están ahí solamente para el bien del paciente (Kagan & Chinn, 2009). El profesorado universitario debería asumirse, consecuentemente, como un agente de cambio responsable de formar a las estudiantes para que cultiven una mirada analítica crítica sobre aquello que las rodea y que rodea a la profesión enfermera (Lunardi et al., 2017).

La pedagogía feminista podría ser percibida, en este sentido, como la tela de fondo sobre la que fundamentar el diseño de estrategias educativas que, de forma sistemática y transversal, integren y enraícen la dimensión política agencial en los mapas cognitivos de las futuras enfermeras (Falk-Rafael et al., 2004). Una educación concienciadora y liberadora que incite a las estudiantes a tomar posición en el mundo para retar los obstáculos institucionalizados que, opuestos a las nociones de justicia social y política y de resonancia, se sitúan delante de las posibilidades de su propia emancipación se convierten en la orientación guía de la misma.

Las recomendaciones precedentes deberían contemplar, asimismo, las motivaciones que las estudiantes presentan para cursar sus estudios en enfermería y la imagen que, desde las facultades, se transmite de la orientación de estos últimos. Las estudiantes no suelen sentirse atraídas a los estudios en enfermería por aquello que concierne a las cuestiones críticas, éticas y políticas que rodean a la profesión porque, de hecho, no es esta la imagen que se muestra de ella desde las facultades, sino que suelen ser atraídas a los estudios en enfermería por aquello que concierne a sus cuestiones meramente prácticas y clínicas. Una reflexión se hace necesaria a este respecto.

La continuidad de los propósitos educativos señalados previamente en el contexto de la formación de las enfermeras que cursan estudios universitarios de segundo y de tercer ciclo se revelan, asimismo, de interés. El diseño de programas de gestión de servicios de salud que, en este sentido, garanticen a las enfermeras en mandos de gestión disponer del

bagaje teórico y práctico necesario para desplegar agencialmente sus roles profesionales en un mundo que, de una forma cada vez más ingeniosa, aliena a las enfermeras se proyecta como un desafío que precisa ser atendido desde la esfera educativa.

Las propuestas formativas dirigidas a las enfermeras que ocupan y se ocupan en los diferentes espacios de ejercicio profesional en el interior de las organizaciones de salud deberían, finalmente, plantearse con los mismos objetivos que las propuestas formativas anteriores, pero, sobre todo, encontrarse disponibles y accesibles en sus entornos de práctica como parte integrante de los mismos. El desarrollo de estrategias que, en este sentido, faciliten la incorporación de estas propuestas en los distintos ámbitos en los que las enfermeras se desempeñan con el fin de que no sean siempre ellas quienes tengan que ir en su búsqueda deviene imperativo.

#### **6.5.4. Recomendaciones para la política**

Las recomendaciones que se derivan de los resultados de esta tesis doctoral en aquello que concierne a la esfera de la política recuerdan que el alcance de los horizontes de justicia social y política y de resonancia no depende, exclusivamente, de quién es tratado injustamente o de quién mantiene una relación de alienación consigo mismo, con el *otro* y con el mundo, sino que depende, asimismo, dada la relación dialógica que se establece entre la agencia y la estructura, de la disposición que adopta la matriz económica, política, social y cultural en la que los individuos se encuentran inmersos.

La constitución cualitativa de las organizaciones de salud, es decir, la condición institucional por la que los agentes que en ella habitan pueden participar de forma paritaria en la creación de las condiciones de vida que les permiten resonar en su interior, debe ser, en este sentido, tomada en consideración para poder atribuirles la calificación de microsistemas sociales justos. La constitución neutra de las mismas, es decir, la condición institucional por la que se asume que lo único que corresponde a las organizaciones es distribuir derechos y bienes sin contar con la participación activa de los agentes que en ella habitan, es insuficiente para decidir sobre su habitabilidad moral (Jaeggi, 2021).

Las organizaciones de salud deben promover, en este sentido, la construcción activa por parte de los agentes que en ellas (co)habitan de un marco de justicia social y política como matriz sobre la que articular las dinámicas organizacionales. Los resultados que se

han desprendido de esta tesis doctoral han permitido observar que la elaboración de dicho marco es, pese a su complejidad, posible y que sus repercusiones se sitúan más allá de los muros de las propias organizaciones. El cambio cultural en las organizaciones de salud puede representar, en este sentido, un paso importante para el cambio cultural en la sociedad.

La creación de un observatorio enfermero desde el que, de manera activa y «por, para y con las enfermeras», se vele por el respeto al principio de paridad participativa en las organizaciones de salud y, por ende, por la ausencia de injusticia material, social y política en ellas; se asegure la posibilidad de crear relaciones resonantes en ellas y se actúe en consecuencia cuando dichas condiciones no son cumplidas; pero también desde el que, de manera quizás más pasiva, se comporte como un órgano de escucha de las enfermeras que se ocupan en cualquier perfil profesional se formulan, asimismo, como propuestas hacia las que dedicar esfuerzos.

El bienestar de las enfermeras debería situarse como una prioridad entre las líneas estratégicas del sistema de salud. Esta representaría una forma de cuidar de ellas, comprometiéndose con ellas y con el valor de sus formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* en el mundo. Este compromiso se mantendría, de este modo y asimismo, con la sociedad en su conjunto. La inclusión formal de las enfermeras en espacios de participación internos y externos a las organizaciones de salud y, especialmente, en aquellos en los que se establecen debates acerca de cuestiones vinculadas a sus necesidades personales y profesionales deviene imperativa.

#### **6.5.5. Recomendaciones para la investigación**

Las recomendaciones que se derivan de los resultados de esta tesis doctoral en aquello que concierne a la esfera de la investigación enfermera se sitúan, de forma específica, sobre los horizontes conceptuales, teóricos y metodológicos que han emergido en el transcurso del mismo. Estos horizontes se formulan seguidamente en forma de sugerencias de líneas futuras de investigación que, atendiendo a su enfoque ontológico, epistemológico y metodológico, se ubican concretamente en el paradigma crítico-social, no restringiéndose, sin embargo, a él de forma exclusiva.

El horizonte conceptual señala la necesidad de producir nuevo conocimiento sobre los fenómenos de estudio de la justicia social y política en las organizaciones de salud, de la agencia política enfermera, de la resonancia y de la relación que entre estos puede establecerse como una línea de investigación, pero también como una forma de movimiento hacia la abogacía para las enfermeras que requiere de la inversión de esfuerzos si anhela alcanzar su propósito de emancipación individual y colectiva desde una perspectiva emic. Esta investigación simboliza el punto de partida del camino que nos mueve como investigadoras en esta dirección.

Las temáticas de justicia social y política y de resonancia en las organizaciones de salud aproximadas, exploradas y comprendidas desde la perspectiva de las propias enfermeras y observadas por las investigadoras a través de una lente teórica crítica que las considere como fenómenos de carácter macroestructural debería orientar las investigaciones en las que la emancipación se sitúe como telón de fondo y debería hacerlo desde la adopción de una postura transparente que de visibilidad a estas problemáticas de investigación como temáticas legítimas de estudio.

La temática de la agencia política enfermera podría continuar convirtiéndose, por su parte, en el fenómeno central de una amplia línea de investigación futura. El desarrollo en profundidad de una teorización sólida alrededor de este concepto desde un diseño de teoría fundamentada para iluminar los elementos que lo definen y lo distinguen de otros, los mecanismos en los que sus posibilidades se apoyan, las barreras a las que se enfrenta y las implicaciones que supone para las enfermeras contribuiría a consolidar una teoría de agencia política enfermera. Esta recomendación se encuentra a remolque del siguiente horizonte de investigación.

El horizonte teórico señala seguir explorando la transferencia de los marcos teóricos de Nancy Fraser y de Hartmut Rosa como principal proyección investigadora. Las teorías de justicia, de aceleración social y de resonancia han mostrado, en este sentido, ser aproximaciones teóricas muy complejas, pero a su vez muy útiles en el propósito de guiar las investigaciones que, como la presente, se encuentran en la intersección que entrelaza, pieza a pieza y desde una perspectiva crítica en salud, los campos de conocimiento de la enfermería, de los estudios organizacionales y de la filosofía ética y política que tanto tienen que aportar, también, a la investigación empírica.



El horizonte metodológico señala, finalmente, a líneas de investigación futuras que se encuentran estrechamente vinculadas a las principales limitaciones metodológicas que son detalladas en la sección «6.6. Limitaciones de la investigación» (p. 490) del presente «Capítulo VI. Discusión», tales como la selección del diseño de las investigaciones por venir, la delimitación de determinantes sociales concretos sobre los que centrar el análisis de los datos generados por las participantes, la ampliación de las voces periféricas a incluir en la investigación, pero también a otras apreciaciones no previamente aludidas, tales como la disposición del foco de atención sobre perfiles concretos de voces centrales.

El diseño de estudios de etnografía institucional que, en ausencia de intenciones de carácter postpositivista de comprobar los hallazgos procedentes de una generación de datos basada en la oralidad, busque comprender en mayor profundidad cómo los discursos institucionales logran moldear las formas de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* de las enfermer\* y cómo las enfermeras los (re)producen o los transforman se abre como una posibilidad hacia la que dirigir futuras investigaciones desde una mirada que contemple tanto lo que las enfermeras relatan como lo que las enfermeras y otros agentes presentes a su alrededor hacen (Smith, 2005).

El diseño de estudios de investigación-acción participativa, afines a la consecución de objetivos relacionados con la emancipación de colectivos oprimidos, que busquen transformar las organizaciones de salud en entornos más justos y resonantes para las enfermeras y que lo hagan desde su mirada colectiva, autorreflexiva y empoderada (Baum et al., 2006) daría una continuidad contextual y práctica a las ideas de cambio que, en el contexto esta investigación, las voces centrales han planteado en sus encuentros con la investigadora.

La delimitación de determinantes sociales —más allá de la profesión que las voces participantes ejercen— sobre los que hacer girar los objetivos de futuras investigaciones que versen sobre las temáticas centrales a esta tesis doctoral se consolida como una oportunidad para incorporar la perspectiva interseccional a la investigación. Esta permitiría comprender cómo los diferentes determinantes que construyen las identidades de las enfermeras se entrelazan para mediar sus experiencias de (in)justicia en las organizaciones de salud y, a su vez, para facilitar o dificultar el despliegue de su agencia política en ellas.

La identificación, el diseño de un plan de abordaje, la escucha y el análisis interno y dialógico de las narrativas de las voces periféricas que emergen en las narrativas de las voces centrales de una investigación conforman una herramienta metodológica de interés para aproximarse, de una forma más holística, a fenómenos contruidos socialmente. La representación de una mayor diversidad de voces periféricas en futuros estudios que den continuidad a los resultados de esta tesis doctoral deviene, así pues, altamente recomendable en el propósito de alcanzar una comprensión mucho más profunda sobre los mismos.

La disposición del foco de atención sobre el perfil de voces centrales representado por enfermeras en mandos de gestión intermedia se contempla, finalmente, como siendo de especial interés. El proceso de análisis de los datos de esta investigación ha mostrado que, si bien la posición de dichas enfermeras en las organizaciones es considerada como estratégica, la capacidad de acción que estas experimentan resulta ser marcadamente limitada. Este hallazgo sugiere, así pues, la necesidad de explorar en mayor profundidad el rol específico de este perfil de voces enfermeras.

Los horizontes conceptuales, teóricos y metodológicos de investigación descritos presentan un elemento en común que los precede y que los encauza hacia una misma dirección. Todos ellos tienen como finalidad última la producción de nuevo conocimiento desde las enfermeras y para las enfermeras dirigido a la construcción de un marco de justicia social y política y de resonancia que, implantado en las organizaciones de salud y mantenido en ellas mediante el despliegue de su agencia política, convierta su emancipación en una aspiración ética realizable.

## **6.6. Limitaciones de la investigación**

Esta tesis doctoral se encuentra, de forma inherente, sujeta a una serie de limitaciones que se asocian a la posicionalidad de la investigadora, al marco teórico en el que la investigación se inscribe, a algunas de las consideraciones metodológicas en las que se sustenta su diseño y al enfoque de sus resultados. Aunque en el transcurso de la presente sección hemos decidido aludir a ellas haciendo uso del término tradicional de *limitaciones*, quisiéramos señalar, antes de nada, que las cuestiones que exploramos a continuación no constituyen, en realidad para nosotras, formas de debilidad, sino más

bien particularidades que hacen que esta investigación haya sido y sea la investigación que fue y es.

La posición enfermera y el bagaje que, en este sentido, acompaña a la investigadora ha mostrado impregnar las diferentes etapas del proceso investigador. La elección de la problemática y el problema de estudio, la formulación de los objetivos, pero también, la interpretación, la ilustración y la discusión de los resultados emergidos en él reflejan así pues, de forma inevitable —y parafraseando los hallazgos procedentes de la primera categoría de análisis de los datos—, la forma de *ser*, de *expresarse*, de *estar* y de *actuar* de la investigadora y la experiencia que hace del mundo en el que su identidad se construye, se consolida y se despliega individual y colectivamente.

Un trabajo de (re)cuestionamiento constante de la reflexividad de la investigadora se ha mostrado, así pues, como necesario. La transformación que el proceso investigador ha tenido para ella en la esfera no solamente académica, sino también y, sobre todo, personal, ha desatado el riesgo —natural y sensible— de hacerle perder la postura fortalecida con la que inicialmente se enfrentaba al proyecto de investigación. La exposición a las vivencias narradas por parte de las voces centrales se ha producido desde una posición sentida como más privilegiada desde la que sus acciones han podido ser percibidas erradamente por estas últimas como propias de un activismo de sofá.

La posicionalidad de la investigadora, siendo esta conocida por las voces centrales y periféricas desde el primer momento de su toma de contacto, puede haber supuesto, en esta misma línea, una limitación adicional en el marco de este estudio. Las voces participantes tal vez hayan proyectado una imagen (re)construida de sí y de sus reflexiones basada en aquello que pensaban que se esperaba ver en ellas y escuchar de ellas. Los datos han sido, no obstante, tratados de la misma forma en la que han sido generados y han sido analizados como el fruto de la selección de la información que, en el espacio y el momento del encuentro, han escogido transmitir.

El marco teórico en el que esta tesis doctoral se enmarca deja emerger, por su parte, otra posible limitación. El pensamiento crítico de los filósofos Nancy Fraser y Hartmut Rosa, no habiendo sido previamente explorado en los campos de conocimiento que nos ocupan, ha supuesto la dedicación de un esfuerzo adicional para lograr su transferencia y

aplicación<sup>61</sup>. Como investigadoras, hemos preferido entender este esfuerzo como un reto y una oportunidad dirigida a generar nuevo conocimiento hacia la investigación enfermera. Esperamos, en este sentido, no haber proyectado una mirada demasiado simplista sobre la complejidad de ambos marcos filosóficos.

Las consideraciones metodológicas sobre las que esta tesis doctoral se sostiene presentan, asimismo, ciertas limitaciones. Nuestra posición como investigadoras críticas ha influido en nuestra decisión de no destinar este espacio a reflexiones en torno a la clásica confrontación entre la metodología de investigación cualitativa y cuantitativa, sino más bien a reflexiones en torno a cuestiones propias a la investigación cualitativa que hemos llevado a cabo. Estas cuestiones atañen, en concreto, al tipo de diseño del estudio, a la técnica de generación de datos escogida y al perfil de voces participantes que hemos considerado incluir en él.

El diseño etnometodológico y su vinculación a la entrevista como técnica principal de generación de datos constituyen en si mismos una limitación a tomar en consideración. Las entrevistas llevadas a cabo con las voces centrales y periféricas nos han permitido comprender, en este sentido, las vivencias que las enfermeras hacen de sus realidades, pero no nos han permitido el acceso a conocer lo que sucede en sus contextos naturales. La adición de otras técnicas conversacionales o de técnicas observacionales a las actuales

---

<sup>61</sup> El pensamiento filosófico de Nancy Fraser y de Hartmut Rosa no han sido aplicados en estudios previos que mantengan relación temática con la presente tesis doctoral. No obstante, sí lo han hecho, aunque de una forma emergente, en estudios situados en el dominio de la salud. El marco teórico de Nancy Fraser, por una parte, ha sido aplicado por Gibson et. al (2014) de una forma reduccionista, es decir, solamente en aquello que concierne a sus conceptos de público fuerte y de público débil para comprender cómo se opera la participación de las familias en los equipos interprofesionales en salud en el contexto particular de las unidades clínicas neonatales. El marco teórico de Hartmut Rosa, por otra parte, se halla en la literatura enfermera en los trabajos de la enfermera y filósofa noruega Kari Martinsen (2017, 2018) en el contexto de la exploración de aquello sagrado que se (re)produce en el encuentro entre las enfermeras y los pacientes, pero también en la comprensión de cómo los avances tecnológicos invaden las identidades y las prácticas de los profesionales en salud. Asimismo, dicho marco se hace presente en el trabajo de Andersen et al. (2018) en el contexto del estudio de cómo el tiempo gobierna las prácticas de colaboración interprofesional en salud y actúa de mediador en la consecución de los cuidados brindados en los procesos de atención a la salud dirigidos a pacientes mayores con enfermedades crónicas.

hubiera podido prevenir esta limitación. De todos modos, su emergencia resulta ser, en realidad, coherente con los objetivos de este proyecto.

La libre elección por parte de las voces participantes del idioma que vehicularía su entrevista ha podido tener consecuencias en el marco del análisis de los datos generados. El hecho de que algunas de ellas se decidieran por el catalán y que la presentación de los resultados fuese expresada en castellano ha generado la necesidad de traducir los fragmentos *verbatim* escogidos para ilustrar los hallazgos expuestos en el «Capítulo V. Presentación del análisis de los resultados». Este proceso de traducción puede haber supuesto una pérdida de la riqueza del contenido de los mismos. Pensamos, no obstante, que el bilingüismo de la investigadora ha logrado evitar en gran medida dicha limitación.

La definición del perfil de las voces participantes a incluir en el estudio no ha sido realizada desde una perspectiva interseccional. Esta hubiera permitido comprender cómo los distintos determinantes que dan forma a las identidades de las voces centrales —por ejemplo, ser mujer y joven—, pero también los distintos patrones y sistemas institucionales de subordinación —por ejemplo, el patriarcado y la dominancia médica— confluyen para situar a las enfermeras en una posición de vulnerabilidad con relación a su exposición a las formas de injusticia organizacional y a la contención del despliegue de su agencia política.

La novedad del enfoque conceptual de las temáticas nucleares alrededor de las que esta tesis doctoral gira permite, en cierto modo, justificar nuestra decisión de poner en suspensión la interseccionalidad en la investigación, y es que pese a que, sin lugar a dudas, esta hubiera desencadenado la obtención de resultados de análisis sumamente ricos, en el diseño del proyecto consideramos que una aproximación más general a ellas sería la opción más idónea para empezar a abrir una brecha y adentrarse en este nuevo horizonte de investigación. Esperamos, en este sentido, haber podido, al menos, cumplir esta expectativa a cuyo alcance hemos aspirado.

Las dificultades para incluir la totalidad de las voces periféricas emergentes en las narrativas de las voces centrales se consolida como la última de las limitaciones relativas a las consideraciones metodológicas de esta tesis doctoral. En este sentido, no todos los perfiles de voces periféricas que hubieran podido ser incluidos en el estudio lo han sido, sino que hemos decidido focalizar nuestra atención únicamente sobre dos de ellos. La

envergadura que el proyecto iba adquiriendo habría convertido la investigación en una producción de datos inmanejable, además de correr el riesgo de contribuir a mantener el estatus quo al disipar nuestra mirada desde las enfermeras hacia otros agentes.

Los resultados del proceso de análisis de los datos deben ser (re)conocidos como representativos de las enfermeras que han tomado parte en esta tesis doctoral y como dependientes del contexto económico, político, social y cultural desde el que han sido producidos. De este modo, las vivencias de las voces participantes son sus vivencias y no las vivencias de las enfermeras en general a pesar de que, en algunas ocasiones, las voces centrales han pretendido hablar, desde un *nosotras*, en el nombre de todas las enfermeras. Los hallazgos expuestos representan, entonces, unos de los hallazgos posibles entre los muchos otros que hubieran podido resultar.

## **CHAPTER VII. CONCLUSIONS**

«We write because nobody listens»

Georges Perros (1923-1978)

The aim of this doctoral thesis was to explore how nurses project the idea of social and political justice within public healthcare organizations, and how they deploy their political agency to face the challenges and uncertainties of (re)thinking about their institutional order when it fails to resonate with their professional *ethos*. Specifically, we were interested in exploring how nurses constructed their identity in relation to the issue of justice in public healthcare organizations; what were the elements that, from their point of view, were articulated as markers of (in)justice within them; what aspirations they projected in relation to the construction of fair public healthcare organizations; what were the catalysts and barriers to the construction of these aspirations; and what were the orientations of the discursive practices they undertook to achieve them.

This research was carried out from an epistemological position underpinned by critical theory and guided by a novel theoretical framework. The thought of contemporary philosophers Nancy Fraser and Hartmut Rosa was brought into dialogue to discuss the results of a process of data analysis that was part of an ethnomethodological design of critical discourse analysis. This design made it possible to generate new knowledge by and for nurses. In this sense, the data that informed the results of this research came from individual, semi-structured, in-depth interviews, but also from a socio-demographic questionnaire, and from the researcher's field diary.

The study participants were classified into two voice modalities, namely central voices, and peripheral voices. The central voices consisted of fifteen nurses working in clinical settings, two nurses in mixed positions, four nurses in middle management positions, five nurse directors, two nurses in political positions, one nurse in a regulatory college position, and two nurses in trade union positions. The peripheral voices consisted of four physicians working in clinical settings, and one manager of a public healthcare organization. The inclusion of peripheral voices contributed to a better understanding of how nurses' identities and the economic, political, social, and cultural context were both dialectically constructed.

This research, which involved the fields of nursing, organizational studies, and social and political philosophy, shed light on results of significant richness in advancing knowledge in nursing. The participants contributed to a new way of understanding the relationship nurses establish with the nursing profession as a way of being, expressing



themselves and acting in the world, but also of obtaining and retaining a trade-off it. This way of thinking about themselves demonstrated the potential of turning the nursing profession into a dimension of resonance for nurses. However, this also highlighted the fragility of this dimension. This resonant dimension led nurses to a relationship of alienation with themselves because of the receptiveness that the others and the world manifested towards them.

Nurse participants critically analyzed healthcare organizations as social microsystems built on axes of material, social and political injustice. These axes shaped an institutional order in which nurses assumed the status condition assigned to them. This condition prevented them from deploying their ways of being, expressing, and acting in the world freely and in a fulfilling manner, this undermining the quality of the care they provided to patients. Thus, nurses considered that the forms of injustice to which they were exposed were also —and in fact they are rather— forms of injustice toward the patients they cared for.

The recognition of the forms of injustice having a negative impact on patients became the trigger for nurses to enact their political agency in healthcare organizations. This finding pointed to the need to reconceptualize what we understand by “nurses’ political agency” in order to resituate this issue within the microspace in which nurses take care of patients. Nurses deployed their political agency to be able to provide morally authentic care, while they also strived to transform their work environment in a moral inhabitable one.

Nurse participants felt that they did not have the capacity of action to confront the forms of injustice they recognized. However, the analysis of the data revealed that they were not passive subjects that merely went with the flow. By contrast, they were agents contributing to transform the institutional *status quo* that was enabling the reproduction of those forms of injustice. Nurses deployed their political agency through glances, words, and actions with which they intended to pave the way towards their individual and collective emancipation. They did so by creating a framework of social and political justice in healthcare organizations which made them possible to resonate with themselves, the others, and the world.

The quest for nurses' emancipation was one of the cornerstones of this doctoral thesis, being both its starting point and its unifying thread. This quest emerged from nurse participants and permeated all the way through the ending notes of this research, this in turn suggesting the need for a follow-on. In this sense, the outcomes of this investigation call for an emancipation theory in nursing renewal in which nurses are aware that they must take care of themselves before taking care of patients. As Rooddehghan, ParsaYekta and Nasrabadi (2019) claim, justice is a basic need and only those nurses who have experienced equity will be able to relay this same experience to patients.

The renewal of an emancipatory theory in nursing points to the need to place nurses at the core of care, to acknowledge nurses' capacity to deploy their political agency to take actions towards the construction of a social and political justice framework within healthcare organizations, but also within society as a whole, and to enable them to establish and maintain stable axes of resonance with themselves, with others and with the world.

This doctoral thesis, which has been based on an ethical and political aim, has been, in itself, an act of nursing political agency.

## **REFERENCIAS**

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Aberese-Ako, M., Van Dijk, H., Gerrits, T., Arhinful, D. K., & Agyepong, I. A. (2014). "Your health our concern, our health whose concern?": Perceptions of injustice in organizational relationships and processes and frontline health worker motivation in Ghana. *Health Policy and Planning*, 29(Suppl 2), 15–28.
- Abou Hashish, E. A. (2020). Nurses' perception of organizational justice and its relationship to their workplace deviance. *Nursing Ethics*, 27(1), 273–288.
- Abrams, K. (1999). From autonomy to agency: Feminist perspectives on self-direction. *William & Mary Law Review*, 40(3), 805–846.
- Achin, C., & Naudier, D. (2013). L'agency en contexte: Reflexions sur les processus d'émancipation des femmes dans la décennie 1970 en France. *Cahiers Du Genre*, 55(2), 109–130.
- Adams, J. S. (1965). Inequality in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2) (pp. 267–299). Academic Press.
- Afzali, M., Mokhtari Nouri, J., Ebadi, A., Khademolhoseyni, S. M., & Rejeh, N. (2017). Perceived distributive injustice, the key factor in nurse's disruptive behaviors: A qualitative study. *Journal of Caring Sciences*, 6(3), 237–247.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43–53.
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare*. Routledge.
- Allen, D. G. (1986). Professionalism, occupational segregation of gender and control of nursing. *Journal of Women, Politics & Policy*, 18(3), 335–349.
- Allen, D., Hughes, D., Jordan, S., Prowse, M., & Snelgrove, S. (2002). *Nursing and the division of labour in healthcare*. Palgrave Macmillan.
- Alvesson, M., & Willmott, H. (2002). Identity regulation as organizational control: Producing the appropriate individual. *Journal of Management Studies*, 39(5), 619–

- Alzola, M. (2011). The reconciliation project: Separation and integration in business ethics research. *Journal of Business Ethics*, 99(1), 19–36.
- Ambrose, M. L., & Schminke, M. (2003). Organization structure as a moderator of the relationship between procedural justice, interactional justice, perceived organizational support, and supervisory trust. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), 295–305.
- Andersen, A.B., Beedholm, K., Kolbæk, R., & Frederiksen, K. (2018). When clock time governs interaction: How time influences health professionals' intersectoral collaboration. *Qualitative Health Research*, 28(13), 2059–2070.
- Andrews, T. M., & Wærness, K. (2011). Deprofessionalization of a female occupation: Challenges for the sociology of professions. *Current Sociology*, 59(1), 42–58.
- Arantzamendi, M., López-Dicastillo, O., & Vivar, C. G. (2012). *Investigación cualitativa. Manual para principiantes*. Ediciones Eunate.
- Arbabisarjou, A., Hajipour, R., & Sadeghian, M. (2014). The correlation between justice and organizational citizenship behavior and organizational identity among nurses. *Global Journal of Health Science*, 6(6), 252–260.
- Archer, M. S. (2000). *Being human: The problem of agency*. Cambridge University Press.
- Arendt, H. (1961). *Beyond past and future: Eight exercises in political thought*. Viking Press.
- Arias Rodríguez, G. M., & Villota Galeano, F. F. (2007). De la política del sujeto al sujeto político. *Ánfora*, 14(23), 39–52.
- Atkinson, P. (1988). Ethnomethodology: A critical review. *Annual Review of Sociology*, 14, 441–465.
- Attree, M. (2005). Nursing agency and governance: Registered nurses' perceptions. *Journal of Nursing Management*, 13(5), 387–396.
- Austin, W. J. (2011). The incommensurability of nursing as a practice and the customer service model: An evolutionary threat to the discipline. *Nursing Philosophy*, 12(3),

158–166.

- Babiarczyk, B., Turbiarz, A., Tomagová, M., Zeleníková, R., Önlér, E., & Sancho Cantus, D. (2019). Violence against nurses working in the health sector in five European countries - pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 25(4), e12744.
- Baggio, S. (2011). Considérations méthodologiques. In S. Baggio (Ed.), *Psychologie sociale: Concepts et expériences* (pp. 151–163). De Boeck Supérieur.
- Bail, K., Cook, R., Gardner, A., & Grealish, L. (2009). Writing ourselves into a web of obedience: A nursing policy analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1457–1466.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord: Un instrument de collecte de données indispensable. *Recherches Qualitatives*, 2, 98–114.
- Barnett, C. (2005). The consolations of “neoliberalism.” *Geoforum*, 36(1), 7–12.
- Barrio-Cantalejo, I. M., & Simón-Lorda, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina Clínica*, 126(11), 418–423.
- Baru, R. V., & Mohan, M. (2018). Globalisation and neoliberalism as structural drivers of health inequities. *Health Research Policy and Systems*, 16(Suppl 1), 91–99.
- Barvosa-Carter, E. (2001). Strange tempest: Agency, poststructuralism, and the shape of feminist politics to come. *International Journal of Sexuality & Gender Studies*, 6(1–2), 123–137.
- Bhaskar, R. (1975). *A realist theory of science*. Leed Books.
- Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(10), 854–857.
- Beaumont, E. (2010). Political agency and empowerment: Pathways for developing a sense of political efficacy in young adults. In L. R. Sherrod, J. Torney-Purta, & C. A. Flanagan (Eds.), *Handbook of research on civic engagement in youth* (pp. 525–558). John Wiley & Sons, Inc.
- Bell, K., & Green, J. (2016). On the perils of invoking neoliberalism in public health critique. *Critical Public Health*, 26(3), 239–243.

- Bell, A. V., Michalec, B., & Arenson, C. (2014). The (stalled) progress of interprofessional collaboration: The role of gender. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 98–102.
- Benhabib, S., Butler, J., Cornell, D., & Fraser, N. (1995). *Feminist contentions: A philosophical exchange*. Routledge.
- Bent, K. N. (1993). Perspectives on critical and feminist theory in developing nursing praxis. *Journal of Professional Nursing*, 9(5), 296–303.
- Benveniste, É. (1966). *Problèmes de linguistique générale*. Gallimard.
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol).
- Bergh, A. L., Friberg, F., Persson, E., & Dahlborg-Lyckhage, E. (2015). Perpetuating “New Public Management” at the expense of nurses’ patient education: A discourse analysis. *Nursing Inquiry*, 22(3), 190–201.
- Beugré, C. D. (1998). *Managing fairness in organizations*. Quorum Books.
- Bhabha, H. K. (1994). *The location of culture*. Routledge.
- Bialakowsky, A. (2018). Alienación, aceleración, resonancia y buena vida. Entrevista a Hartmut Rosa. *Revista Colombiana de Sociología*, 41(2), 249–259.
- Bies, R. J., & Moag, J. (1986). Interactional justice: Communication criteria of fairness. In R. J. Lewicki, B. H. Sheppard, & M. H. Bazerman (Eds.), *Research on Negotiations in Organizations* (Vol. 1) (pp. 43–55). JAI Press.
- Bies, R. J., & Shapiro, D. L. (1987). Interactional fairness judgments: The influence of causal accounts. *Social Justice Research*, 1(2), 199–218.
- Bies, R. J., & Tripp, T. M. (1995). Beyond distrust: Getting even and the need for revenge. In R. M. Kramer & T. R. Tyler (Eds.), *Trust in organisations* (pp. 246–260). Sage.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. Wiley.
- Bleiker, R. (2003). Discourse and human agency. *Contemporary Political Theory*, 2(1),

25–47.

- Blythe, J., Baumann, A., & Giovannetti, P. (2001). Nurses' experiences of restructuring in three Ontario hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 61–68.
- Bode, I. (2019). Let's count and manage - and forget the rest. Understanding numeric rationalization in human service provision. *Historical Social Research*, 44(2), 131–154.
- Boltanski, L., Fraser, N., & Corcuff, P. (2014). *Domination et émancipation. Pour un renouveau de la critique sociale*. Presses Universitaires de Lyon.
- Boonen, M., Rankin, J., Vosman, F., & Niemeijer, A. (2020). Nurses' knowledge and deliberations crucial to Barcoded Medication Administration technology in a Dutch hospital: Discovering nurses' agency inside ruling. *Health*, 24(3), 279–298.
- Boswell, C., Cannon, S., & Miller, J. (2005). Nurses' political involvement: Responsibility versus privilege. *Journal of Professional Nursing*, 21(1), 5–8.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge University Press.
- Bourgault, S., & Perreault, J. (2015). *Le care: Éthique féministe actuelle*. Les éditions duremue-ménage.
- Bover, A. (2013). Herramientas de reflexividad y posicionalidad para promover la coherencia teórico-metodológica al inicio de una investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 23(1), 33–37.
- Bozalek, V., Carolissen, R., Leibowitz, B., & Boler, M. (2014). Introduction. In V. Bozalek, R. Carolissen, B. Leibowitz, & M. Boler (Eds.), *Discerning critical hope in educational practices* (pp. 1–8). Routledge.
- Bradbury-Jones, C., Taylor, J., & Herber, O. (2014). How theory is used and articulated in qualitative research: Development of a new typology. *Social Science and Medicine*, 120, 135–141.
- Brandis, S., Fisher, R., McPhail, R., Rice, J., Eljiz, K., Fitzgerald, A., Gapp, R., & Marshall, A. (2016). Hospital employees' perceptions of fairness and job satisfaction at a time of transformational change. *Australian Health Review*, 40(3), 292–298.



- Brecher, B. (2014). What is professional ethics? *Nursing Ethics*, 21(2), 239–244.
- Briskin, L. (2012). Resistance, mobilization and militancy: Nurses on strike. *Nursing Inquiry*, 19(4), 285–296.
- Brody, H. (2014). Economism and the commercialization of health care. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 42(4), 501–508.
- Buresh, B., & Gordon, S. (2013). *From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public* (3rd ed.). Cornell University Press.
- Caronia, L., & Saglietti, M. (2018). Knowledge and agency in interprofessional care: How nurses contribute to the case-construction in an Intensive Care Unit. *Journal of Interprofessional Care*, 32(5), 592–602.
- Carter, H. (1994). Confronting patriarchal attitudes in the fight for professional recognition. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 367–372.
- Carvalho, T. (2012). Managerialism and professional strategies: A case from nurses in Portugal. *Journal of Health, Organisation and Management*, 26(4), 524–541.
- Carvalho, T., & Santiago, R. (2009). Gender as a “strategic action”: New Public Management and the professionalisation of nursing in Portugal. *Equal Opportunities International*, 28(7), 609–622.
- Ceylan, A., & Sulu, S. (2010). Work alienation as a mediator of the relationship of procedural injustice to job stress. *South East European Journal of Economics and Business*, 5(2), 65–74.
- Ceylan, A., & Sulu, S. (2011). Organizational injustice and work alienation. *Ekonomika a Management*, 14(2), 65–78.
- Chang, C. (2014). Moderating effects of nurses’ organizational justice between organizational support and organizational citizenship behaviors for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(5), 332–340.
- Cheek, J., & Porter, S. (1997). Reviewing Foucault: Possibilities and problems for nursing and health care. *Nursing Inquiry*, 4(2), 108–119.
- Cheek, J., & Rudge, T. (1994). Been there, done that? Consciousness raising, critical

- theory and nurses. *Contemporary Nurse*, 3(2), 58–63.
- Chegini, Z., Asghari-Jafarabadi, M., & Khosravizadeh, O. (2019). Organizational commitment, job satisfaction, organizational justice and self-efficacy among nurses. *Journal of Nursing Practice Today*, 6(2), 83–90.
- Chen, S. Y., Wu, W. C., Chang, C. S., Lin, C. T., Kung, J. Y., Weng, H. C., Lin, Y. T., & Lee, S. I. (2015). Organizational justice, trust, and identification and their effects on organizational commitment in hospital nursing staff. *BMC Health Services Research*, 15(1), 363–380.
- Chênevert, D., Jourdain, G., Cole, N., & Banville, B. (2013). The role of organisational justice, burnout and commitment in the understanding of absenteeism in the Canadian healthcare sector. *Journal of Health, Organisation and Management*, 27(3), 350–367.
- Chinn, P. L., & Kramer, M. K. (2011). Emancipatory knowledge development. In *Integrated theory and knowledge development in nursing* (8th ed., pp. 63–86). Elsevier.
- Chomsky, N. (2001). *El beneficio es lo que cuenta. Neoliberalismo y orden global*. Crítica.
- Chulach, T., & Gagnon, M. (2016). Working in a “third space”: A closer look at the hybridity, identity and agency of nurse practitioners. *Nursing Inquiry*, 23(1), 52–63.
- Cloyes, K. G. (2002). Agonizing care: Care ethics, agonistic feminism and a political theory of care. *Nursing Inquiry*, 9(3), 203–214.
- Cohen-Charash, Y., & Spector, P. E. (2001). The role of justice in organizations: A meta-analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86(2), 278–321.
- Cohen, S. S., Mason, D. J., Kovner, C., Leavitt, J. K., Pulcini, J., & Sochalski, J. (1996). Stages of nursing’s political development: Where we’ve been and where we ought to go. *Nursing Outlook*, 44(6), 259–266.
- Collière, M-F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Elsevier Masson.

- Collin, K., Paloniemi, S., & Mecklin, J. P. (2010). Promoting inter-professional teamwork and learning - the case of a surgical operating theatre. *Journal of Education and Work, 23*(1), 43–63.
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology, 86*(3), 386–400.
- Cooper, F. (2001). Soap-box. *Contemporary Nurse, 10*(3–4), 200–205.
- Cope, V., Jones, B., & Hendricks, J. (2016). Resilience as resistance to the new managerialism: Portraits that reframe nursing through quotes from the field. *Journal of Nursing Management, 24*(1), 115–122.
- Cotoi, C. (2011). Neoliberalism: A foucauldian perspective. *International Review of Social Research, 1*(2), 109–124.
- Cribb, A., & Gewirtz, S. (2015). *Professionalism*. Polity Press.
- Cropanzano, R., Bowen, D. E., & Gilliland, S. W. (2011). The management of organizational justice. *Academy of Management Perspectives, 21*(4), 34–48.
- Cropanzano, R., Fortin, M., & Kirk, J. F. (2015). How do we know when we are treated fairly? Justice rules and fairness judgments. *Research in Personnel and Human Resources Management, 33*, 279–350.
- Crowder, E. L. M. (1985). Historical perspectives of nursing's professionalism. *Occupational Health Nursing, 33*(4), 184–190.
- Crowe, M. T. (2005). Discourse analysis: Towards an understanding of its place in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 51*(1), 55–63.
- Cugueró-Escofet, N., & Fortin, M. (2014). One justice or two? A model of reconciliation of normative justice theories and empirical research on organizational justice. *Journal of Business Ethics, 124*(3), 435–451.
- Cugueró-Escofet, N., & Rosanas, J. M. (2013). The just design and use of management control systems as requirements for goal congruence. *Management Accounting Research, 24*(1), 23–40.
- Cugueró-Escofet, N., & Rosanas, J. M. (2017). The ethics of metrics: Overcoming the

- dysfunctional effects of performance measurements through justice. *Journal of Business Ethics*, 140(4), 615–631.
- Cunningham, C. E., Kostrzewa, L., Rimas, H., Chen, Y., Deal, K., Blatz, S., Bowman, A., Buchanan, D. H., Calvert, R., & Jennings, B. (2013). Modeling organizational justice improvements in a pediatric health service. *Patient*, 6(1), 45–59.
- Cusveller, B. (2011). In defense of selflessness: A philosophical analysis of a central virtue in professional caring practices. *Ethics & Medicine*, 27(3), 147–154.
- Davies, B. (1991). The concept of agency: A feminist poststructuralist analysis. *The International Journal of Social and Cultural Practice*, 30, 42–53.
- Davies, B., Browne, J., Gannon, S., Honan, E., & Somerville, M. (2005). Embodied women at work in neoliberal times and places. *Gender, Work and Organization*, 12(4), 343–362.
- Davies, B., Browne, J., Gannon, S., Hopkins, L., McCann, H., & Monne, W. (2006). Constituting “the feminist subject” in post-structuralist discourse. In B. Davies & S. Gannon (Eds.), *Doing collective biography: Investigating the production of subjectivity* (pp. 167–181). McGraw-Hill.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2017). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th edition). Sage.
- Dépelteau, F. (2008). Relational thinking: A critique of co-deterministic theories of structure and agency. *Sociological Theory*, 26(1), 51–73.
- Des Jardin, K. (2001). Political involvement in nursing - politics, ethics, and strategic action. *AORN Journal*, 74(5), 614–622.
- Dobres, M-A., & Robb, J. E. (2014). Agency in archaeology: Paradigm or platitude? In *Agency in Archaeology* (pp. 3–17). Routledge.
- Doody, O., & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher*, 20(5), 28–32.
- Downs, L. L., & Laufer, J. (2012). Nancy Fraser, une philosophe rebelle. *Travail, Genre et Sociétés*, 1(27), 5–27.

- Drenkard, K. N. (2015). Influencing and impacting the profession through governance opportunities. *Nursing Administration Quarterly*, 39(1), 38–43.
- Drummond, J. S. (2000). Nietzsche for nurses: Caring for the Übermensch. *Nursing Philosophy*, 1(2), 147–157.
- Dubrosky, R. (2013). Iris Young 's five faces of oppression applied to nursing. *Nursing Forum*, 48(3), 205–210.
- Duncan, S., Thorne, S., & Rodney, P. (2015). Evolving trends in nurse regulation: What are the policy impacts for nursing's social mandate? *Nursing Inquiry*, 22(1), 27–38.
- Eakin, J. M. (2016). Educating critical qualitative health researchers in the land of the randomized controlled trial. *Qualitative Inquiry*, 22(2), 107–118.
- Eliason, M. J. (2015). Neoliberalism and health. *Advances in Nursing Science*, 38(1), 2–4.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Puttonen, S., Lindholm, H., Pohjonen, T., & Sinervo, T. (2006). Organisational injustice and impaired cardiovascular regulation among female employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(2), 141–144.
- Elovainio, M., Steen, N., Pesseau, J., Francis, J., Hrisos, S., Hawthorne, G., Johnston, M., Stamp, E., Hunter, M., Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. (2013). Is organizational justice associated with clinical performance in the care for patients with diabetes in primary care? Evidence from the improving quality of care in diabetes study. *Family Practice*, 30(1), 31–39.
- Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JAMA*, 283(20), 2701–2711.
- Emirbayer, M., & Mische, A. (1998). What is agency? *American Journal of Sociology*, 103(4), 962–1023.
- Engel, J., Prentice, D., & Taplay, K. (2017). A power experience: A phenomenological study of interprofessional education. *Journal of Professional Nursing*, 33(3), 204–211.
- Engeström, Y., & Sannino, A. (2013). La volition et l'agentivité transformatrice:

- Perspective théorique de l'activité. *Revue Internationale Du CRIRES: Innover dans la Tradition de Vygotsky*, 1(1), 4–19.
- Evans-Agnew, R. A., Johnson, S., Liu, F., & Boutain, D. M. (2016). Applying critical discourse analysis in health policy research: Case studies in regional, organizational, and global health. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 17(3), 136–146.
- Evans, J. (1997). Men in nursing: Issues of gender segregation and hidden advantage. *Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 226–231.
- Evetts, J. (2011). Sociological analysis of professionalism: Past, present and future. *Comparative Sociology*, 10(1), 1–37.
- Evetts, J. (2013). Professionalism: Value and ideology. *Current Sociology*, 61(5–6), 778–796.
- Fairclough, I., & Fairclough, N. (2012). *Political discourse analysis. A method for advanced students*. Routledge.
- Fairclough, N. (1992). Michel Foucault and the analysis of discourse. In *Discourse and social change* (pp. 37–61). Polity.
- Fairclough, N. (1995). *Critical discourse analysis: The critical study of language*. Longman.
- Fairclough, N. (2001). *Language and power*. Longman.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse. Textual analysis for social research*. Routledge.
- Fairclough, N., & Wodak, R. (1997). Critical discourse analysis. In T. Van Dijk (Ed.), *Discourse studies: A multidisciplinary introduction* (Vol. 2) (pp. 258–284). Sage.
- Falk-Rafael, A. R., Chinn, P. L., Anderson, M. A., Laschinger, H., & Rubotzky, A. M. (2004). The effectiveness of feminist pedagogy in empowering a community of learners. *The Journal of Nursing Education*, 43(3), 107–115.
- Falk Rafael, A. R. (1996). Power and caring: A dialectic in nursing. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 3–17.
- Fealy, G. M. (2004). “The good nurse”: Visions and values in images of the nurse.

- Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 649–656.
- Firth, A. (1995). Ethnomethodology. In *Handbook of Pragmatics* (pp. 269–278). John Benjamins Publishing Company.
- Fisher, M. (2017). ‘It’s not your fault’: Consciousness-raising as a reversal of magical voluntarism. *Clinical Psychology Forum*, 297, 4–6.
- Fitzgerald, M. (1990). Autonomy for practicing nurses. *Surgical Nurse*, 3(6), 24–26.
- Fletcher, K. (2006). Beyond dualism: Leading out of oppression. *Nursing Forum*, 41(2), 50–59.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Folger, R. (1977). Distributive and procedural justice: Combined impact of voice and improvement on experienced inequity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(2), 108–119.
- Fontana, A., & Frey, J. H. (2005). The interview. From neutral stance to political involvement. In *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 695–727). Sage.
- Fontana, J. S. (2004). A methodology for critical science in nursing. *Advances in Nursing Science*, 27(2), 93–101.
- Fortin, M. (2008). Perspectives on organizational justice: Concept clarification, social context integration, time and links with morality. *International Journal of Management Reviews*, 10(2), 93–126.
- Fortin, M., Cojuharenco, I., Patient, D., & German, H. (2016). It is time for justice: How time changes what we know about justice judgments and justice effects. *Journal of Organizational Behavior*, 37(Suppl 1), 30–56.
- Fortin, M., & Fellenz, M. R. (2008). Hypocrisies of fairness: Towards a more reflexive ethical base in organizational justice research and practice. *Journal of Business Ethics*, 78(3), 415–433.
- Foth, T., & Holmes, D. (2016). Neoliberalism and the government of nursing through competency-based education. *Nursing Inquiry*, 24(2), e12154.

- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours*. Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I; La volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (2001). *L'herméneutique du sujet*. Gallimard.
- Foucault, M. (2009). *Le Courage de la vérité. Le gouvernement de soi et des autres II*. Gallimard.
- Fraser, N. (1986). Toward a discourse ethic of solidarity. *Praxis International*, 5(4), 425–429.
- Fraser, N. (1989). Struggle over needs: Outline of a socialist-feminist critical theory of late capitalist political culture. In *Unruly practices: Power, discourse, and gender in contemporary social theory* (pp. 161–188). University of Minnesota Press.
- Fraser, N. (1995a). From redistribution to recognition? Dilemmas of justice in a 'post-socialist' age. *New Left Review*, 212, 68–93.
- Fraser, N. (1995b). Recognition or redistribution? A critical reading of Iris Young's justice and the politics of difference. *The Journal of Political Philosophy*, 3(2), 166–180.
- Fraser, N. (1997a). *Justice Interruptus. Critical reflections on the "postsocialist" condition*. Routledge.
- Fraser, N. (1997b). Heterosexism, misrecognition, and capitalism: A response to Judith Butler. *Social Text*, 52/53, 279–289.
- Fraser, N. (2000). Rethinking recognition: Overcoming displacement and reification in cultural politics. *New Left Review*, 3, 107–120.
- Fraser, N. (2007). Transnationalizing the public sphere: On the legitimacy and efficacy of public opinion in a post-westphalian world. *Theory, Culture & Society*, 24(4), 7–30.
- Fraser, N. (2008). From redistribution to recognition? Dilemmas of justice in a 'postsocialist' age. In K. Olson (Ed.), *Adding insult to injury* (pp. 9–41). Verso.



- Fraser, N. (2010). Reframing justice in a globalizing world. In *Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world* (pp. 12–29). Polity Press.
- Fraser, N. (2013). Feminist politics in the age of recognition: A two-dimensional approach to gender justice. In *Fortunes of feminism: From state-managed capitalism to neoliberal crisis* (pp. 159–174). Verso.
- Fraser, N. (2016). Contradictions of capital and care. *New Left Review*, 100, 99–117.
- Fraser, N. (2019). *Feminism of the 99%: A manifesto*. Verso.
- Fraser, N., & Honneth, A. (2003). *Redistribution or recognition? A political-philosophical exchange*. Verso.
- Fraser, N., & Jaeggi, R. (2018). *Capitalism: A conversation in Critical Theory*. Polity Press.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. University of Chicago Press.
- Freitag, M. (1995). *Le naufrage de l'Université et autres essais d'épistémologie politique*. Éditions la Découverte / MAUSS.
- Frye, M. (1983). *The politics of reality: Essays in feminist theory*. The Crossing Press.
- Furtwängler, V. (2008). Prendre soin de l'autre. *Infokara*, 23(4), 135.
- Galbany-Estragués, P., & Comas-d'Argemir, D. (2017). Care, autonomy, and gender in nursing practice: A historical study of nurses' experiences. *Journal of Nursing Research*, 25(5), 361–367.
- Garfinkel, H. (1991). *Studies in ethnomethodology*. Polity.
- Gastaldo, D. (2019). *Investidura Doutora Honoris Causa de Dna. Denise Gastaldo*. [Video]. Universidade da Coruña TV. Disponible en: <https://tv.udc.gal/video/5dca908f11cad1cd548b4567>
- Genette, G. (1972). *Figures III*. Seuil.
- Germov, J. (2005). Managerialism in the Australian public health sector: Towards the hyper-rationalisation of professional bureaucracies. *Sociology of Health & Illness*,

27(6), 738–758.

Germov, J. (2019). Challenges to medical dominance. In J. Germov (Ed.), *Second opinion: An introduction to health sociology* (6th ed., pp. 478–503). Oxford University Press.

Gero, J. M. (2014). Troubled travels in agency and feminism. In M-A. Dobres & J. E. Robb (Eds.), *Agency in Archaeology* (pp. 34–39). Routledge.

Gibb, H. (1998). Reform in public health: Where does it take nursing? *Nursing Inquiry*, 5(4), 258–267.

Gibson, A. J., Lewando-Hundt, G., & Blaxter, L. (2014). Weak and strong publics: Drawing on Nancy Fraser to explore parental participation in neonatal networks. *Health Expectations*, 17(1), 104–115.

Giddens, A. (1984). *The constitution of society*. University of California Press.

Gillett, K. (2012). A critical discourse analysis of British national newspaper representations of the academic level of nurse education: Too clever for our own good? *Nursing Inquiry*, 19(4), 297–307.

Glynos, J. (2014). Neoliberalism, markets, fantasy: The case of health and social care. *Psychoanalysis, Culture and Society*, 19(1), 5–12.

Gobbi, M. (2005). Nursing practice as bricoleur activity: A concept explored. *Nursing Inquiry*, 12(2), 117–125.

Gonçalves, F. G. de A., Souza, N. V. D. de O., Zeitoune, R. C. G., Adame, G. F. P. L., & do Nascimento, S. M. P. (2015). Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 24(3), 646–653.

Goodman, B. (2016). Lying to ourselves: Rationality, critical reflexivity, and the moral order as “structured agency.” *Nursing Philosophy*, 17(3), 211–221.

Goodman, B. (2017). Margaret Archer, modes of reflexivity: The structured agency of nursing action. *Nurse Education Today*, 48, 120–122.

Gottlieb, L., Gottlieb, B., & Bitzas, V. (2021). Creating empowering conditions for nurses

- with workplace autonomy and agency: How healthcare leaders could be guided by Strengths-Based Nursing and Healthcare Leadership (SBNH-L). *Journal of Healthcare Leadership*, 13, 169–181.
- Govasli, L., & Solvoll, B. (2020). Nurses' experiences of busyness in their daily work. *Nursing Inquiry*, 27(3), e12350.
- Grain, K. (2022). *Critical hope: How to grapple with complexity, lead with purpose, and cultivate transformative social change*. North Atlantic Books.
- Granberg, M., & Nygren, K. G. (2017). Paradoxes of anti-austerity protest: Matters of neoliberalism, gender, and subjectivity in a case of collective resignation. *Gender, Work & Organization*, 24(1), 56–68.
- Grant, A. (2014). Neoliberal higher education and nursing scholarship: Power, subjectification, threats and resistance. *Nurse Education Today*, 34(10), 1280–1282.
- Grant, C., & Osanloo, A. (2014). Understanding, selecting, and integrating a theoretical framework in dissertation research: Creating the blueprint for your “house.” *Administrative Issues Journal: Connecting Education, Practice, and Research*, 4(2), 12–26.
- Greenberg, J. (1987). A taxonomy of organizational justice theories. *The Academy of Management Review*, 12(1), 9–22.
- Greenberg, J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow. *Journal of Management*, 16(2), 399–432.
- Greenberg, J., & Colquitt, J. A. (2005). *Handbook of organizational justice*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Grossberg, L. (1996). Identity and cultural studies: Is that all there is? In Hall, Stuart & P. du Gay (Eds.), *Questions of cultural identity* (pp. 87–107). Sage.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Sage.
- Guba, E.G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (pp. 105–117). Sage

- Gunn, V., Muntaner, C., Villeneuve, M., Chung, H., & Gea-Sanchez, M. (2018). Nursing professionalization and welfare state policies: A critical review of structural factors influencing the development of nursing and the nursing workforce. *Nursing Inquiry*, 26(1), e12263.
- Gurrieri, L., Brace-Govan, J., & Previte, J. (2014). Neoliberalism and managed health: Fallacies, façades and inadvertent effects. *Journal of Macromarketing*, 34(4), 532–538.
- Habermas, J. (1981). *Teoría de la acción comunicativa*. Taurus.
- Haddara, W., & Lingard, L. (2013). Are we all on the same page? A discourse analysis of interprofessional collaboration. *Academic Medicine*, 88(10), 1509–1515.
- Haghighinezhad, G., Atashzadeh-Shoorideh, F., Ashktorab, T., Mohtashami, J., & Barkhordari-Sharifabad, M. (2019). Relationship between perceived organizational justice and moral distress in intensive care unit nurses. *Nursing Ethics*, 26(2), 460–470.
- Haicault, M. (2012). Autour d’agency. Un nouveau paradigme pour les recherches de genre. *Rives Méditerranéennes*, 41, 11–24.
- Halford, S., & Leonard, P. (2003). Space and place in the construction and performance of gendered nursing identities. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 201–208.
- Hardcastle, M. A. R., Usher, K. J., & Holmes, C. A. (2005). An overview of structuration theory and its usefulness for nursing research. *Nursing Philosophy*, 6(4), 223–234.
- Harden, J. (1996). Enlightenment, empowerment and emancipation: The case for critical pedagogy in nurse education. *Nurse Education Today*, 16(1), 32–37.
- Hart, C. (2018). *Doing a literature review: Releasing the research imagination* (2nd ed.). Sage.
- Harvey, D. (2005). *Breve historia del neoliberalismo*. Akal.
- Hassard, J. (1990). Ethnomethodology and organizational research: An introduction. In J. Hassard & D. Pym (Eds.), *The theory and philosophy of organization. Critical issues and new perspectives* (pp. 97–108). Routledge.

- Hau, W. W. (2004). Caring holistically within new managerialism. *Nursing Inquiry*, 11(1), 2–13.
- Hay, C. (2002). Beyond structure versus agency, context versus conduct. In B. G. Peters & J. Pierre (Eds.), *Political analysis: A critical introduction* (pp. 89–134). Palgrave Macmillan.
- Hemmings, C., & Kabesh, A. T. (2013). The feminist subject of agency: Recognition and affect in encounters with ‘the Other’. In S. Madhok, A. Phillips, & K. Wilson (Eds.), *Gender, agency, and coercion* (pp. 29–46). Palgrave Macmillan.
- Herdman, E. A. (2001). The illusion of progress in nursing. *Nursing Philosophy*, 2(1), 4–13.
- Herdman, E. A. (2004). Nursing in a postemotional society. *Nursing Philosophy*, 5(2), 95–103.
- Higginbottom, G. M. A. (2004). Sampling issues in qualitative research. *Nurse Researcher*, 12(1), 7–19.
- Hilbert, R. A. (1990). Ethnomethodology and the micro-macro order. *American Sociological Review*, 55(6), 794–808.
- Hochschild, A. (1997). *The time bind. When work becomes home and home becomes work*. Metropolitan Books.
- Hochschild, A. (2012). *The managed heart. Commercialization of human feeling* (3rd ed.). University of California Press.
- Hoffmann, F. L. (1991). Feminism and nursing. *NWSA Journal*, 3(1), 53–69.
- Holmes, C., & Warelow, P. (2000). Nursing as normative praxis. *Nursing Inquiry*, 7(3), 175–181.
- Holmes, D., & Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557–565.
- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & McCabe, J. (2008). Nursing best practice guidelines: Reflecting on the obscene rise of the void. *Journal of Nursing Management*, 16(4), 394–403.

- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006a). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: Truth, power and fascism. *International Journal of Evidence Based-Healthcare*, 4(3), 180–186.
- Holmes, D., Murray, S. J., Perron, A., & Rail, G. (2006b). Towards an understanding of the politics of “evidence”: A response to Dr Jefferson, MD. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(9), 394–395.
- Holmes, D., Roy, B., & Perron, A. (2013). The use of postcolonialism in the nursing nomain: Colonial patronage, conversion, and resistance. *Advances in Nursing Science*, 31(1), 42–51.
- Homans, G. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Honneth, A. (1996). *The struggle for recognition: The moral grammar of social conflicts*. MIT Press.
- Honneth, A. (2007). *Disrespect: The normative foundations of critical theory*. Wiley
- Hutchinson, K., Mackenzie, C., & Oshana, M. (2018). *Social dimensions of moral responsibility*. Oxford University Press.
- Ives, A. (2015). Neoliberalism and the concept of governance: Renewing with an older liberal tradition to legitimate the power of capital. *Mémoire(s), Identité(s), Marginalité(s) Dans Le Monde Occidental Contemporain* [En línea]. Disponible en: <https://journals.openedition.org/mimmoc/2263>
- Jacobs, B. B., Fontana, J. S., Kehoe, M. H., Matarese, C., & Chinn, P. L. (2005). An emancipatory study of contemporary nursing practice. *Nursing Outlook*, 53(1), 6–14.
- Jaeggi, R. (2014). *Alienation*. Columbia University Press.
- Jaeggi, R. (2021). Qu’est-ce qu’une (bonne) institution? *Trivium* [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.4000/trivium.7377>
- Jansen, I. (2008). Discourse analysis and Foucault’s “Archaeology of knowledge”. *International Journal of Caring Sciences*, 1(3), 107–111.
- Jarrín, O. F. (2006). Results from the Nurse Manifest 2003 Study: Nurses’ perspectives

- on nursing. *Advances in Nursing Science*, 29(2), 74–85.
- Johnsen, H. (2015). Professional responses to post bureaucratic hospital reforms and their impact on care provision. *Women and Birth*, 28(2), e19–e25.
- Kagan, P. N., & Chinn, P. L. (2009). We're all here for the good of the patient. *Nursing Science Quarterly*, 23(1), 41–46.
- Kagan, P. N., Smith, M. C., Cowling, W. R., & Chinn, P. L. (2010). A nursing manifesto: An emancipatory call for knowledge development, conscience, and praxis. *Nursing Philosophy*, 11(1), 67–84
- Kalisch, B. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313.
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965.
- Katzman, E. M., & Roberts, J. I. (1988). Nurse-physician conflicts as barriers to the enactment of nursing roles. *Western Journal of Nursing Research*, 10(5), 576–590.
- Keller, J. (1997). Autonomy, relationality, and feminist ethics. *Hypatia*, 12(2), 152–164.
- Keogh, J. (1997). Professionalization of nursing: Development, difficulties and solutions. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 302–308.
- Kermode, S. (1993). The power to be different: Is professionalization the answer? *Contemporary Nurse*, 2(3), 102–109.
- Khademi, M., Mohammadi, E., & Vanaki, Z. (2012). Nurses' experiences of violation of their dignity. *Nursing Ethics*, 19(3), 328–340.
- Khalili, H., Hall, J., & DeLuca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 92–97.
- Kierkegaard, S. (1974). *Fear and trembling*. Princeton University Press.
- Kincheloe, J. L., McLaren, P., & Steinberg, S. R. (2011). Critical pedagogy and qualitative research: Moving to the bricolage. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln

- (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (4 th ed., pp. 163–177). Sage.
- Kincheloe, Joe L., & McLaren, P. (2005). Rethinking critical theory and qualitative research. In Norman K Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 303–342). Sage.
- King, M. L. (1963). Letter from Birmingham jail. Disponible en: [https://www.africa.upenn.edu/Articles\\_Gen/Letter\\_Birmingham.html](https://www.africa.upenn.edu/Articles_Gen/Letter_Birmingham.html)
- Koerber, A., & McMichael, L. (2008). Qualitative sampling methods: A primer for technical communicators. *Journal of Business and Technical Communication*, 22(4), 454–473.
- Kramer, M., & Chinn, P. (2011). *Integrated theory and knowledge development in nursing*. Elsevier.
- Krause, S. R. (2011). Bodies in action: Corporeal agency and democratic politics. *Political Theory*, 39(3), 299–324.
- Krause, S. R. (2013). Beyond non-domination: Agency, inequality and the meaning of freedom. *Philosophy and Social Criticism*, 39(2), 187–208.
- Krause, S. R. (2015). *Freedom beyond sovereignty: Reconstructing liberal individualism*. The University of Chicago Press.
- Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(3), 371–387.
- Krol, P. J., & Lavoie, M. (2014). Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values. *Nursing Philosophy*, 15(2), 112–124.
- Kuhn, A., & Wolpe, A. (1978). *Feminism and materialism: Women and modes of production*. Routledge & Kegan Paul Books.
- Kuokkanen, L., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J., Heponiemi, T., Sinervo, T., & Elovainio, M. (2014). Does organizational justice predict empowerment? Nurses assess their work environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 349–356.
- Langendyk, V., Hegazi, I., Cowin, L., Johnson, M., & Wilson, I. (2015). Imagining alternative professional identities: Reconfiguring professional boundaries between



- nursing students and medical students. *Academic Medicine*, 90(6), 732–737.
- Laperrière, H. (2018). Critical consciousness-raising, popular education and liberation in community health nursing: Let's start the debate. *Nursing Philosophy*, 19(1), e12199.
- Laschinger, Heater K. Spence. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34(7–8), 354–364.
- Laschinger, Heather K. Spence, & Finegan, J. (2005). Using empowerment to build trust and respect in the workplace: A strategy for addressing the nursing shortage. *Nursing Economic\$,* 23(1), 6–13.
- Latchem-Hastings, J. (2019). Gatekeepers in Ethnography. In P. Atkinson, S. Delamont, A. Cernat, J.W. Sakshaug, & R.A. Williams (Eds.), *SAGE research methods foundations*. Sage.
- Lavelle, J. J., Rupp, D. E., & Brockner, J. (2007). Taking a multifoci approach to the study of justice, social exchange, and citizenship behavior: The target similarity model. *Journal of Management*, 33(6), 841–866.
- Leeb, C. (2017). Who changes the world: The political subject-in-outline. In *Power and feminist agency in capitalism: Toward a new theory of the political subject* (pp. 55–81). Oxford University Press.
- Legault, F. (2018). Le désarroi des infirmières, symptôme d'un capitalisme autodestructeur. *Le Devoir*. Disponible en: <https://www.ledevoir.com/societe/le-devoir-de-philo-histoire/526391/le-desarroi-des-infirmieres-symptome-d-un-capitalisme-autodestructeur>
- Leventhal, G. S. (1976). The distribution of rewards and resources in groups and organizations. In L. Berkowitz & W. Walster (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 91–131). Academic Press.
- Leventhal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? In K. J. Gergen, M. S. Greenberg, & R. H. Willis (Eds.), *Social Exchange* (pp. 27–55). Springer.
- Lewis, P. A. (2017). Agency, structure and causality in political science: A comment on Sibeon. *Politics*, 22(1), 17–23.

- Lexico. Diccionario Español Oxford. Disponible en: <https://www.lexico.com/es>
- Lhenry, S. (2012). Militantisme, féminisme et agency: Qui de l'œuf ou de la poule? *Rives Méditerranéennes*, 41, 117–135.
- Liaschenko, J., & Peter, E. (2016). Fostering nurses' moral agency and moral identity: The importance of moral community. *The Hastings Center Report*, 46(Suppl 1), s18–s21.
- Liaschenko, J. (1993). Feminist ethics and cultural ethos: Revisiting a nursing debate. *Advances in Nursing Science*, 15(4), 71–81.
- Libres e Iguales. Organización de las Naciones Unidas (2021). Glosario. Identidad de género. Disponible en: <https://www.unfe.org/es/definitions/>
- Lindemann, H. (2001). *Damaged identities, narrative repair*. Cornell University Press.
- Lindemann, H. (2019). *An invitation to feminist ethics* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Lino, M. M., Backes, V. M. S., Costa, M. A. da S. M. C. da, Martins, M. M. F. P. da S., & Lino, M. M. (2017). The influence of capitalism on the production of knowledge in nursing. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), e61829.
- López-Deflory, C., Perron, A., & Miró-Bonet, M. (2022). A methodological and practical guide to study peripheral voices in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 21(3), 160940692211006. Publicación en línea en avance.
- Lunardi, V. L., Peter, E., & Gastaldo, D. (2017). Are submissive nurses ethical? Reflecting on power anorexia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(2), 183–188.
- Lundberg, A. (2015). Staying alive: Rethinking deterritorialization in a post-feminist era. *Nursing Philosophy*, 16(3), 133–140.
- Lynch, M. (1993). *Scientific practice and ordinary action. Ethnomethodology and social studies of science*. Cambridge University Press.
- Mackenzie, C. (2012). Agency: Un mot, un engagement. *Rives Méditerranéennes*, 41, 35–37.
- Madhok, S., Phillips, A., & Wilson, K. (2013). *Gender, agency, and coercion*. Palgrave Macmillan.

- Mahon, P., & McPherson, G. (2014). Explaining why nurses remain in or leave bedside nursing: A critical ethnography. *Nurse Researcher*, 22(1), 8–13.
- Maignashca, B., & Marchetti, R. (2013). *Contemporary political agency: Theory and practice*. Routledge.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488.
- Manias, E., & Street, A. (2000). Possibilities for critical social theory and Foucault's work: A toolbox approach. *Nursing Inquiry*, 7(1), 50–60.
- Mannion, R., Small, N., & Thompson, C. (2005). Alternative futures for health economics: Implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 13(5), 377–386.
- Mantzoukas, S., & Jasper, M. A. (2004). Reflective practice and daily ward reality: A covert power game. *Journal of Clinical Nursing*, 13(8), 925–933.
- Marignier, N. (2015). L'agentivité en question: Étude des pratiques discursives des femmes enceintes sur les forums de discussion. *Langage & Société*, 152(2), 41–56.
- Martin, P. (2015). *Contraintes vécues, idéal normatif et actions déployées en vue de transformer l'exercice de la profession infirmière en centre hospitalier: une étude exploratoire auprès des infirmières québécoises politiquement engagées*. [Tesis doctoral, Université de Montréal]. Papyrus: Institutional Repository, Université de Montréal. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1866/13042>
- Martinsen, K. (2017). Fra diakonisse til robot. *Klinisk Sygepleje*, 31(1), 20–33.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berort*. Fagbokforlaget.
- Marx, K. (1963). *The 18th Brumaire of Louis Bonaparte*. International Publishers.
- Mason, D. J., Backer, B. A., & Georges, C. A. (1991). Political empowerment of nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 72–77.
- Maxwell, J. A., & Chmiel, M. (2014). Generalization in and form qualitative analysis. In U. Flick (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative data analysis* (pp. 540–553). Sage.
- May, T. (2008). *The political thought of Jacques Rancière: Creating equality*. Edinburgh

University Press.

- McAllister, M., Madsen, W., & Holmes, C. (2014). Newton's cradle: A metaphor to consider the flexibility, resistance and direction of nursing's future. *Nursing Inquiry*, 21(2), 130–139.
- McGregor, S. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 82–89.
- McMillan, K., & Perron, A. (2020). Nurses' engagement with power, voice and politics amidst restructuring efforts. *Nursing Inquiry*, 27(3), e12345.
- McMillan, K., & Perron, A. (2021). Change resistance as practicing moral authenticity: A qualitative study. *Research & Theory in Nursing Practice*, 35(2), RTNP-D-20-00078. Publicación en línea en avance.
- McMurray, R. (2011). The struggle to professionalize: An ethnographic account of the occupational position of Advanced Nurse Practitioners. *Human Relations*, 64(6), 801–822.
- McMurray, R., Pullen, A., & Rhodes, C. (2011). Ethical subjectivity and politics in organizations: A case of health care tendering. *Organization*, 18(4), 541–561.
- McNay, L. (2000). *Gender and agency: Reconfiguring the subject in feminist and social theory*. Polity Press.
- Mertens, D. M. (2013). Navigating the terrain of social justice. In Norman K Denzin & M. D. Giardina (Eds.), *Global dimensions of qualitative inquiry* (pp. 181–193). Routledge.
- Miró, M. (2008). *¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956–1976)*. [Tesis Doctoral, Universitat de les Illes Balears]. Repositori de la Universitat de les Illes Balears. Disponible en: [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/2506/Miro\\_Bonet\\_Margalida.pdf?sequence=1](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/2506/Miro_Bonet_Margalida.pdf?sequence=1)
- Miró, M., Gastaldo, D., Nelson, S., & Gallego, G. (2012). Spanish nursing under Franco: Reinvention, modernization and repression (1956-1976). *Nursing Inquiry*, 19(3), 270–280.

- Mitrano, J. R. (1997). That's not fair! The social construction of organizational (in)justice among professionals. *Sociological Inquiry*, 67(2), 182–206.
- Moffa, C., & Longo, J. (2016). Social justice as a lens for understanding workplace mistreatment. *Advances in Nursing Science*, 39(3), 216–223.
- Molina-Mula, J., Peter, E., Gallo-Estrada, J., & Perelló-Campaner, C. (2017). Instrumentalisation of the health system: An examination of the impact on nursing practice and patient autonomy. *Nursing Inquiry*, 25(1), e12201.
- Moore, B. (1978). *Injustice. Social bases of obedience and revolt*. Palgrave Macmillan.
- Moorman, R. H. (1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: Do fairness perceptions influence employee citizenship? *Journal of Applied Psychology*, 76(6), 845–855.
- Morse, J. M. (2006). The politics of evidence. *Qualitative Health Research*, 16(3), 395–404.
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212–1222.
- Mosqueda-Díaz, A., Paravic-Klijn, T., & Valenzuela-Suazo, S. (2013). División sexual del trabajo y enfermería. *Index de Enfermería*, 22(1–2), 70–74.
- Moustakas, C. E. (1994). *Phenomenological research methods*. Sage.
- Moya, L. (2005). The subject and politics. In *Beyond identity politics: Feminism, power & politics* (pp. 1–12). Sage.
- Nairn, S. (2009). Social structure and nursing research. *Nursing Philosophy*, 10(3), 191–202.
- Nairn, S., & Pinnock, D. (2017). Pierre Bourdieu: Expanding the scope of nursing research and practice. *Nursing Philosophy*, 18(4), e12167.
- Nelson, S. (2011). La imagen de la enfermera: Los orígenes de invisibilidad histórica en enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(2), 221–222.
- Nelson, S., & Purkis, M. E. (2004). Mandatory reflection: The Canadian reconstitution of the competent nurse. *Nursing Inquiry*, 11(4), 247–257.

- Nicklin, W. (2000). "Thank you" isn't enough. *Healthcare Management Forum*, 13(3), 6–9.
- Nietzsche, F. (1999). *Aurora. Reflexiones sobre los prejuicios morales*. Alba.
- O'Connor, T. (2017). Of nursing and neoliberalism. *Kaitiaki Nursing New Zealand*, 23(7), 2.
- O'Keefe-McCarthy, S. (2009). Technologically-mediated nursing care: The impact on moral agency. *Nursing Ethics*, 16(6), 786–796.
- Olson, R. E., & Brosnan, C. (2017). Examining interprofessional education through the lens of interdisciplinarity: Power, knowledge and new ontological subjects. *Minerva*, 55(3), 299–319.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y salud*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Orem, D. E. (2001). Nursing agency: The nurse variable. In *Nursing: Concepts of practice* (6th ed., pp. 246–291). Mosby Year-Book.
- Owen, D. (2014). Dilemmas of inclusion: The all-affected principle, the all-subjected principle, and transnational public spheres. In K. Nash (Ed.), *Transnationalizing the public sphere* (pp. 112–128). Polity.
- Özer, Ö., Uğurluoğlu, Ö., & Saygili, M. (2017). Effect of organizational justice on work engagement in healthcare sector of Turkey. *Journal of Health Management*, 19(1), 73–83.
- Paloniemi, S., & Collin, K. (2012). Discursive power and creativity in inter-professional work. *Vocations and Learning*, 5(1), 23–40.
- Paradis, E., Leslie, M., Puntillo, K., Gropper, M., Aboumatar, H. J., Kitto, S., & Reeves, S. (2014). Delivering interprofessional care in intensive care: A scoping review of ethnographic studies. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 230–238.
- Parker, C., Scott, S., & Geddes, A. (2019). Snowball Sampling. In P. Atkinson, S. Delamont, A. Cernat, J.W. Sakshaug, & R.A. Williams (Eds.), *SAGE research methods foundations*. Sage.

- Pask, E. J. (2003). Moral agency in nursing: Seeing value in the work and believing that I make a difference. *Nursing Ethics*, 10(2), 165–174.
- Pecanac, K. E., & Schwarze, M. L. (2018). Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency. *Nursing Ethics*, 25(1), 69–79.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., & Finne-Soveri, H. (2008). Drug use and pressure ulcers in long-term care units: Do nurse time pressure and unfair management increase the prevalence? *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3067–3073.
- Pekurinen, V. M., Välimäki, M., Virtanen, M., Salo, P., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2017). Organizational justice and collaboration among nurses as correlates of violent assaults by patients in psychiatric care. *Psychiatric Services*, 68(5), 490–496.
- Penney, W., & Warelow, P. J. (1999). Understanding the prattle of praxis. *Nursing Inquiry*, 6(4), 259–268.
- Pérez-Arechaederra, D., Briones, E., Lind, A., & García-Ortiz, L. (2014). Perceived organizational justice in care services: Creation and multi-sample validation of a measure. *Social Science and Medicine*, 102, 26–32.
- Perreira, T. A., Berta, W., & Herbert, M. (2018). The employee retention triad in health care: Exploring relationships amongst organisational justice, affective commitment and turnover intention. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7–8), e1451–e1461.
- Perron, A. (2013). Nursing as “disobedient” practice: Care of the nurse’s self, parrhesia, and the dismantling of a baseless paradox. *Nursing Philosophy*, 14(3), 154–167.
- Perron, A. (2008). *Exploration de la construction identitaire du detenu par le biais des discours du personnel infirmier dans un milieu de psychiatrie correctionnelle* [Tesis doctoral, Ottawa University]. Ottawa University Research Repository. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10393/29589>
- Perron, A., Rudge, T., & Gagnon, M. (2014). Towards an “ethics of discomfort” in nursing: Parrhesia as fearless speech. In P. N. Kagan, P. L. Chinn, & M. C. Smith (Eds.), *Philosophies and practices of emancipatory nursing: Social justice as praxis* (pp. 39–50). Routledge.

- Peter, E., & Liaschenko, J. (2013). Moral distress reexamined: A feminist interpretation of nurses' identities, relationships, and responsibilities. *Journal of Bioethical Inquiry*, 10(3), 337–345.
- Peter, E., Macfarlane, A. V., & O'Brien-Pallas, L. L. (2004). Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 356–364.
- Peter, E., Simmonds, A., & Liaschenko, J. (2018). Nurses' narratives of moral identity: Making a difference and reciprocal holding. *Nursing Ethics*, 25(3), 324–334.
- Phillippi, J., & Lauderdale, J. (2018). A guide to field notes for qualitative research: Context and conversation. *Qualitative Health Research*, 28(3), 381–388.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451–1458.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*, 320(7227), 114–116.
- Porter, S. (2013). Capitalism, the state and health care in the age of austerity: A Marxist analysis. *Nursing Philosophy*, 14(1), 5–16.
- Porter, S. (2019). Why nurses should be Marxists. *Nursing Philosophy*, 20(4), e12269.
- Powers, M., & Faden, R. R. (2006). *Social justice: The moral foundations of public health and health policy*. Oxford University Press.
- Price, S., Doucet, S., & Hall, L. M. (2014). The historical social positioning of nursing and medicine: Implications for career choice, early socialization and interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 28(2), 103–109.
- Purpora, C., Blegen, M. A., & Stotts, N. A. (2012). Horizontal violence among hospital staff nurses related to oppressed self or oppressed group. *Journal of Professional Nursing*, 28(5), 306–314.
- Rajabi, M., Abdar, Z. E., & Agoush, L. (2017). Organizational justice and trust perceptions: A comparison of nurses in public and private hospitals. *Middle East Journal of Family Medicine*, 15(8), 205–211.



- Rao, A. (2012). The contemporary construction of nurse empowerment. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(4), 396–402.
- Rawls, J. (1999). *A theory of justice: Revised edition*. The Belknap Press.
- Ray, M. A., & Turkel, M. C. (2014). Caring as emancipatory nursing praxis: The theory of relational caring complexity. *Advances in Nursing Science*, 37(2), 132–146.
- Read, J. (2009). A genealogy of homo-economicus: Neoliberalism and the production of subjectivity. *Foucault Studies*, 6, 25–36.
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española, 23.<sup>a</sup> ed. [versión 23.5 en línea]. Disponible en: <https://dle.rae.es>
- Reeves, S., Albert, M., Kuper, A., & Hodges, B. D. (2008). Why use theories in qualitative research? *British Medical Journal*, 337, 631–634.
- Reeves, Scott, Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Blackwell Publishing Ltd.
- Reeves, Scott, Nelson, S., & Zwarenstein, M. (2008). The doctor-nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1), 1–2.
- Rega, M. L., Diano, P., Damiani, G., De Vito, C., Galletti, C., & Talucci, C. (2017). The meaning of empowerment within Italian nursing care settings. *Journal of Nursing Management*, 25(8), 608–615.
- Regan, S., Laschinger, H. K. S., & Wong, C. A. (2016). The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. *Journal of Nursing Management*, 24(1), 54–61.
- Ricoeur, P. (1994). *Lectures on ideology and utopia*. Columbia University Press.
- Roberts, S. J. (1983). Oppressed group behavior: Implications for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5(4), 21–30.
- Rodwell, J., & Gulyas, A. (2015). Psychological contract breach among allied health professionals. Fairness, individual differences and an aggravated breach effect. *Journal of Health Organization and Management*, 29(3), 393–412.
- Rodwell, J., & Munro, L. (2013). Relational regulation theory and the role of social

- support and organisational fairness for nurses in a general acute context. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), 3160–3169.
- Rooddehghan, Z., Parsa Yekta, Z., & Nasrabadi, A. N. (2019). Equity in nursing care: A grounded theory study. *Nursing Ethics*, 26(2), 598–610.
- Rosa, H. (2014). From work-life to work-age balance? Acceleration, alienation, and appropriation at the workplace. In C. Korunka & P. Hoonakker (Eds.), *The impact of ICT on quality of working life* (pp. 43–61). Springer.
- Rosa, H. (2015). *Social acceleration. A new theory of modernity*. Columbia University Press.
- Rosa, H. (2016). *Alienación y aceleración. Hacia una teoría crítica de la temporalidad en la modernidad tardía*. Katz.
- Rosa, H. (2017a). (Parity of) participation – the missing link between resources and resonance. In B. Bargu & C. Bottici (Eds.), *Feminism, capitalism and critique. Essays in honor of Nancy Fraser* (pp. 157–166). Palgrave Macmillan.
- Rosa, H. (2017b). Dynamic stabilization, the triple A approach to the good life, and the resonance conception. *Questions de Communication*, 31, 437–456.
- Rosa, H. (2018). *Résonance: Une sociologie de la relation au monde*. La Découverte.
- Rosa, H. (2019). La société de l'écoute. La réceptivité comme essence du bien commun. *Revue Du MAUSS*, 53(1), 361–395.
- Rosa, H. (2020). *The uncontrollability of the world*. Polity Press.
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: How to define?\*. *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5–10.
- Rudge, T. (2011). The 'well-run' system and its antimonies. *Nursing Philosophy*, 12(3), 167–176.
- Rudge, T. (2013). Desiring productivity: Nary a wasted moment, never a missed step! *Nursing Philosophy*, 14(3), 201–211.
- Rudge, T., Holmes, D., & Perron, A. (2011). The rise of practice development with/in reformed bureaucracy: Discourse, power and the government of nursing. *Journal of*

*Nursing Management*, 19(7), 837–844.

Rupp, D. E., Shapiro, D. L., Folger, R., Skarlicki, D. P., & Shao, R. (2017). A critical analysis of the conceptualization and measurement of organizational justice: Is it time for reassessment? *Academy of Management Annals*, 11(2), 919–959.

Rutty, J. E. (1998). The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 243–250.

Ryan, F., Coughlan, M., & Cronin, P. (2009). Interviewing in qualitative research: The one-to-one interview. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16(6), 309–314.

Salhani, D., & Coulter, I. (2009). The politics of interprofessional working and the struggle for professional autonomy in nursing. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1221–1228.

Sandelowski M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science*, 8(3), 27–37.

Sandelowski, M. (1993). Rigor or Rigor Mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advances in Nursing Science*, 16(2), 1–8.

Schirger, M. J. (1978). Introspection: A prerequisite for emancipation. *Nursing Forum*, 17(3), 317–328.

Schofield, I., Tolson, D., & Fleming, V. (2012). How nurses understand and care for older people with delirium in the acute hospital: A critical discourse analysis. *Nursing Inquiry*, 19(2), 165–176.

Seenandan-Sookdeo, K.-A. I. (2012). The influence of power in the Canadian healthcare system. *Clinical Nurse Specialist*, 26(2), 107–112.

Selberg, R. (2013). Nursing in times of neoliberal change: An ethnographic study of nurses' experiences of work intensification. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 3(2), 9–36.

Sen, A. (1999). *Comodities and capabilities*. UOP India.

Seva i Llinares, Antoni (dir.) (1993). Ago, egi, actum. *Diccionari llatí-català*.

Enciclopèdia Catalana.

- Sewell, W. H. (1992). A theory of structure: Duality, agency, and transformation. *American Journal of Sociology*, 98(1), 1–29.
- Shohani, M. (2019). The consequences of nurses' endeavors to overcome inter-professional discrimination. *Nursing Ethics*, 26(7–8), 2058–2070.
- Skår, R. (2010). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2226–2234.
- Skinner, N., Van Dijk, P., Stothard, C., & Fein, E. C. (2018). “It breaks your soul”: An in-depth exploration of workplace injustice in nursing. *Journal of Nursing Management*, 26(2), 200–208.
- Smith, D. (1987). *The everyday world as problematic: A feminist sociology*. Northeastern University Press.
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for people*. AltaMira Press.
- Smith, J. L. (2007). Critical discourse analysis for nursing research. *Nursing Inquiry*, 14(1), 60–70.
- Souza, N., Gonçalves, F., Pires, A., & David, H. (2017). Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 912–919.
- Springer, S. (2012). Neoliberalism as discourse: Between Foucauldian political economy and Marxian poststructuralism. *Critical Discourse Studies*, 9(2), 133–147.
- St-Pierre, I., & Holmes, D. (2010a). Mimetic desire and professional closure: Toward a theory of intra/inter-professional aggression. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 24(2), 128–143.
- St-Pierre, I., & Holmes, D. (2010b). The relationship between organizational justice and workplace aggression. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1169–1182.
- Stein, L. I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16(6), 699–703.
- Stenhouse, R., Ion, R., Roxburgh, M., Devitt, P. F., & Smith, S. D. (2016). Exploring the

- compassion deficit debate. *Nurse Education Today*, 39, 12–15.
- Stouffer, S. A., Suchman, E. A., Devinney, L. C., Star, S. A., & Williams Jr., R. M. (1949). *The American soldier: Adjustment during army life* (Vol. 1). Princeton University Press.
- Sulander, J., Sinervo, T., Elovainio, M., Heponiemi, T., Helkama, K., & Aalto, A. M. (2016). Does organizational justice modify the association between job involvement and retirement intentions of nurses in Finland? *Research in Nursing and Health*, 39(5), 364–374.
- Sumner, J. (2004). The nurse in the caring in nurse relationship: A critical social theory perspective. *International Journal of Human Caring*, 8(1), 37–45.
- Sumner, J. (2008). Is caring in nursing an impossible ideal for today's practicing nurse. *Nurse Administration Quarterly*, 32(2), 92–101.
- Sumner, J. (2010a). Reflection and moral maturity in a nurse's caring practice: A critical perspective. *Nursing Philosophy*, 11(3), 159–169.
- Sumner, J. (2010b). A critical lens on the instrumentation of caring in nursing theory. *Advances in Nursing Science*, 33(1), e17–e26.
- Sundean, L. J., & Polifroni, E. C. (2016). A feminist framework for nurses on boards. *Journal of Professional Nursing*, 32(6), 396–400.
- Sundean, L. J., Polifroni, E. C., Libal, K., & McGrath, J. M. (2017). Nurses on health care governing boards: An integrative review. *Nursing Outlook*, 65(4), 361–371.
- Taylor, B. (1997). Big battles for small gains: A cautionary note for teaching reflective processes in nursing and midwifery practice. *Nursing Inquiry*, 4(1), 19–26.
- Taylor, C. (1985). *Philosophical papers: Volume 1, Human agency and language*. Cambridge University Press.
- Taylor, C. (1994). The politics of recognition. In A. Gutman (Ed.), *Multiculturalism: Examining the politics of recognition* (pp. 25–73). Princeton University Press.
- ten Have, P. (2004). Ethnomethodology. In C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, & D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 151–164). Sage.

- Terzioglu, F., Temel, S., & Uslu Sahan, F. (2016). Factors affecting performance and productivity of nurses: Professional attitude, organisational justice, organisational culture and mobbing. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 735–744.
- Thibaut, J., & Walker, L. (1975). *Procedural justice: A psychological analysis*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Thibaut, J., & Walker, L. (1978). A theory of procedure. *California Law Review*, 66(3), 541–566.
- Tobin, G. A., & Begley, C. M. (2004). Methodological rigour within a qualitative framework. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 388–396.
- Top, M., & Tekingunduz, S. (2018). The effect of organizational justice and trust on job stress in hospital organizations. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(5), 558–566.
- Topa, G., Guglielmi, D., & Depolo, M. (2016). Effort–reward imbalance and organisational injustice among aged nurses: a moderated mediation model. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 834–842.
- Traynor, M. (2002). The oil crisis, risk and evidence-based practice. *Nursing Inquiry*, 9(3), 162–169.
- Traynor, M. (2018). Guest editorial: What’s wrong with resilience. *Journal of Research in Nursing*, 23(1), 5–8.
- Turkoski, B. B. (1995). Professionalism as ideology: A socio-historical analysis of the discourse of professionalism in nursing. *Nursing Inquiry*, 2(2), 83–89.
- Udod, S., & Racine, L. (2014). A critical perspective on relations between staff nurses and their nurse manager: Advancing nurse empowerment theory. *Canadian Journal of Nursing Research*, 46(4), 83–100.
- Urteaga, E. (2010). La teoría de sistemas de Niklas Luhmann. *Contrastes: Revista Internacional de Filosofía*, 15, 301–317.
- Van Dijk, T. A. (2003). Critical discourse analysis. In D. Schiffrin, D. Tannen, & H. E. Hamilton (Eds.), *The handbook of discourse analysis* (pp. 353–371). Blackwell.
- Varjus, S. L., Leino-Kilpi, H., & Suominen, T. (2011). Professional autonomy of nurses

- in hospital settings - a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 201–207.
- Vinckx, M.-A., Bossuyt, I., & Dierckx de Casterlé, B. (2018). Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 60–68.
- Virtanen, M., & Elovainio, M. (2018). Justice at the workplace: A review. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 27(2), 306–315.
- Virtanen, M., Oksanen, T., Kawachi, I., Subramanian, S., Elovainio, M., Suominen, S., Linna, A., Koponen, A., Pentti, J., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2012). Organizational justice in primary-care health centers and glycemetic control in patients with type 2 diabetes. *Medical Care*, 50(10), 831–835.
- Wallenhorst, N. (2020). *Résistance, résonance: Apprendre à changer le monde avec Hartmut Rosa*. Le Pommier.
- Warelow, P. J. (1997). A nursing journey through discursive praxis. *Journal of Advanced Nursing*, 26(5), 1020–1027.
- Weedon, C. (1997). *Feminist practice and poststructuralist theory* (2nd ed.). Blackwell.
- Welch, D. D. (2012). Social ethics, overview. In R. Chadwick (Ed.), *Encyclopedia of Applied Ethics* (2nd ed.). Academic Press.
- Weston, M. J. (2008). Defining control over nursing practice and autonomy. *Journal of Nursing Administration*, 38(9), 404–408.
- Weston, M. J. (2010). Strategies for enhancing autonomy and control over nursing practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 15(1), Manuscript 2.
- Whitehead, B. (2010). Will graduate entry free nursing from the shackles of class and gender oppression? *Nursing Times*, 106(21), 19–22.
- Wicks, D. (1995). Nurses and doctors discourses of healing. *Canadian Medical Association Journal*, 31(2), 122–139.
- Williams, L. L. (2006). The fair factor in matters of trust. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 30–37.

- Williams, L., Rycroft-Malone, J., & Burton, C. R. (2016). Bringing critical realism to nursing practice: Roy Bhaskar's contribution. *Nursing Philosophy, 18*(2), e12130.
- Witz, A. (1990). Patriarchy and professions: The gendered politics of occupational closure. *Sociology, 24*(4), 675–690.
- Witz, A. (1992). *Professions and Patriarchy*. Routledge.
- Wright, E. O. (2010). *Envisioning real utopias*. Verso.
- Wuest, J. (1994). Professionalism and the evolution of nursing as a discipline: A feminist perspective. *Journal of Professional Nursing, 10*(6), 357–367.
- Xerri, M. J. (2014). Examining the relationship between organisational justice, job satisfaction and the innovative behaviour of nursing employees. *International Journal of Innovation Management, 18*(1), 1–22.
- Yam, B. M. (2014). From vocation to profession: The quest for professionalization of nursing. *British Journal of Nursing, 13*(16), 978–982.
- Zanoni, P., & Janssens, M. (2007). Minority employees engaging with (diversity) management: An analysis of control, agency, and micro-emancipation. *Journal of Management Studies, 44*(8), 1371–1397.
- Zembylas, M. (2014). Affective, political and ethical sensibilities in pedagogies of critical hope: Exploring the notion of “critical emotional praxis”. In V. Bozalek, B. Leibowitz, R. Carolissen, & M. Boler (Eds.), *Discerning critical hope in educational practices* (pp. 11–25). Routledge.
- Zupančič, V. (2015). Hotel-type nursing and ethical dilemmas due to business interests. *Journal of Health Sciences, 5*(2), 31–40.
- Zwarenstein, M., & Reeves, S. (2002). Working together but apart: Barriers and routes to nurse-physician collaboration. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 28*(5), 242–247.



## **ANEXOS**

## Anexo I. Tabla resumen de la muestra final de las voces participantes

Voces	Perfiles	Mujer			Hombre		Total por perfil	Total por voz	Total
		AP*	AE**	AS***	AP	AE			
Voces centrales	(1) Enfermeras asistenciales en ejercicio clínico	AP*	AE**	AS***	AP	AE	15	31	36
		4	6	1	2	2			
	(2) Enfermeras en ejercicio en mandos de gestión intermedia	AP	AE		AE		4		
		1	2		1				
	(3) Enfermeras en mandos de gestión directiva	AP	AE		AP	AE	5		
		1	2		1	1			
(4) Enfermeras en cargos políticos y/o colegiales	3			-		3			
(5) Enfermeras en cargos sindicales	AE			AP		2			
	1			1					
(6) Enfermeras en ejercicio profesional en posiciones mixtas	AP			AP		2			
	1			1					
Voces periféricas	(1) Médicos asistenciales en ejercicio clínico	AP	AE		AP	AE	4	5	
		1	1		1	1			
	(2) Gerentes de organizaciones de salud	-			AE		1		
			1						

\* AP = Atención Primaria; \*\* AE = Atención Especializada; \*\*\* AS = Atención Sociosanitaria

## Anexo II. Guía para el reconocimiento del rol de las participantes

Participantes	Perfil de pertenencia	Ámbito de ejercicio	Nombre ficticio y código alfanumérico	
Voces centrales	(1) Enfermeras asistenciales en ejercicio clínico	AP*	Pablo [EAp1]	Nadia [EAp2]
			Elena [EAp3]	Cecilia [EAp4]
			Javier [EAp5]	Valeria [EAp6]
		AE**	Julia [EAe1]	Martín [EAe2]
			Diego [EAe3]	Ingrid [EAe4]
			Ana [EAe5]	Clara [EAe6]
			Lara [EAe7]	Martina [EAe8]
	ASS***	Sara [ER1]		
	(2) Enfermeras en ejercicio en mandos de gestión intermedia	AP	Silvia [ERes1]	
		AE	Judit [ECor1]	Óscar [ECor2]
			Lucía [ECor3]	
	(3) Enfermeras en ejercicio en mandos de gestión directiva	AP	Daniel [ECdAp1]	Emma [ECdAp2]
		AE	Gemma [ECdAe1]	Sergio [ECdAe2]
			Paula [ECdAe3]	
(4) Enfermeras en cargos políticos o colegiales	-	Ángela [ECp1]	Claudia [ECp2]	
		Carolina [ECc1]		
(5) Enfermeras en cargos sindicales	-	Gonzalo [ESin1]	Ruth [ESin2]	
(6) Enfermeras en ejercicio profesional en posiciones mixtas	AP	Víctor [EM1]	Olivia [EM2]	
Voces periféricas	(1) Médicos asistenciales en ejercicio clínico	AP	Luís [MAp1]	Laia [MAp2]
		AE	Elsa [MAe1]	Jorge [MAe2]
	(2) Gerentes de organizaciones de salud	AE	GAe1	

\* AP = Atención Primaria; \*\* AE = Atención Especializada; \*\*\* AS = Atención Sociosanitaria

### Anexo III. Guion de entrevista para las enfermeras asistenciales

Guion de la entrevista para las enfermeras asistenciales en ejercicio clínico	
Cuestiones preliminares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la investigadora y agradecimiento por la participación en la investigación</li> <li>• Solicitud de preferencias: tuteo e idioma</li> <li>• Resolución de dudas</li> <li>• Información al participante de la audiograbación de la entrevista y de la toma de anotaciones</li> <li>• Entrega de la hoja de información y firma del consentimiento informado</li> </ul>
Cuestiones introductorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando conoce a alguien y se tiene que presentar a nivel profesional porque le ha preguntado a qué se dedica, ¿cómo lo suele hacer? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe en el <i>otro</i> alguna reacción particular?</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera?</li> <li>• ¿Por qué cree que es importante para los pacientes y las familias que atiende a diario y para la sociedad en general? ¿Qué cree que les aporta como enfermera?</li> <li>• ¿Qué es lo que le aporta a usted ser enfermera? ¿Qué es aquello que más valora de ser enfermera? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene esto algo que ver con su motivación de devenir enfermera?</li> </ul> </li> </ul>
Ejercicio del rol profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que la forma en la que practica la profesión enfermera hoy en día es diferente de la forma en la que quisiera practicarla? ¿Por qué?</li> <li>• ¿Considera que se han producido cambios en el ejercicio de la profesión? (Puede referirse a prácticas, conocimientos, formas de relacionarse, valores...) <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué objetivos persiguen dichos cambios?</li> <li>• ¿En qué sentido estos cambios facilitan o dificultan el ejercicio de su profesión así como lo desea?</li> </ul> </li> </ul>
Problemas	<p>Me gustaría conocer un poco más sobre su día a día en la organización en la que trabaja y explorar cuáles son los principales problemas a los que hace frente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta como enfermera hoy en día?</li> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta la profesión enfermera hoy en día?</li> </ul>
Con relación a aquello que me acaba de comentar y para profundizar en estas y otras cuestiones...	
Eje de los elementos materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Podría describirme cómo transcurre un día de trabajo en la organización en la que ejerce como enfermera?</li> <li>• Durante su jornada de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Dispone de acceso a los recursos materiales que precisa para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensa que debería ejercerla?</li> <li>• ¿Dispone de acceso a los espacios físicos que precisa para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensa que debería ejercerla?</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué puede comentarme acerca de la remuneración que percibe en su actual puesto de trabajo? ¿Considera estar adecuadamente remunerada?</li> </ul>
Eje de los elementos sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo describiría las relaciones que establece y mantiene con los pacientes / con sus compañeras enfermeras / con su equipo interprofesional / con los mandos de gestión en su organización?</li> <li>• ¿Se siente valorada por cada uno de ellos? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué percibe dicha valoración?</li> <li>• ¿Qué es aquello que cree que valoran de usted?</li> </ul> </li> <li>• ¿Considera haber hecho frente a situaciones de falta de respeto o de falta de visibilidad en su trabajo? ¿En qué situaciones?</li> <li>• ¿Considera que la organización en la que ejerce se encuentra organizada de forma jerárquica? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué observa dicha jerarquía?</li> <li>• ¿Dónde se sitúa usted en ella? ¿Dónde sitúa a los demás en ella?</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Por qué cree que usted se ubica en esa posición?</li> <li>· ¿Existen factores que permiten reequilibrar la distribución de poder en la organización en la que ejerce?</li> </ul>
Eje de los elementos políticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cómo describiría la toma de decisiones en su organización? (Reflexionar acerca de la toma de decisiones clínicas y no clínicas) <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Siente que sus contribuciones son tomadas en consideración?</li> </ul> </li> <li>· ¿Cree tener voz para decidir sobre cuestiones que le afectan como enfermera y que afectan al colectivo profesional? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Qué tipo de decisiones toma?</li> <li>· ¿Cree que alguien decide por usted?</li> </ul> </li> <li>· ¿Se siente representada como enfermera dentro y fuera de la organización en la que ejerce?</li> </ul>
Puntos de inflexión	<p>Como resumen de las aportaciones que acaba de hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Si tuviera que dar un nombre / adjetivo / expresión para definir el entramado de cuestiones sobre las que hemos discutido, ¿cuál sería? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Piensa que estas podrían ser formas de injusticia contra las enfermeras?</li> </ul> </li> <li>· Las condiciones en las que ejerce, ¿cree que ponen en compromiso a alguien o a algo? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cree que este es un motivo por el que las enfermeras deberían luchar, resistirse o sublevarse? ¿Por qué?</li> <li>· ¿Dónde se ubica usted con relación a las cuestiones precedentes?</li> </ul> </li> </ul>
(Re)acción y pistas de emancipación	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Piensa que los asuntos sobre los que hemos discutido se ponen sobre la mesa dentro y/o fuera de la organización en la que ejerce?</li> <li>· ¿Cree que alguien se preocupa por su bienestar y por mejorar las condiciones en las que trabaja?</li> <li>· ¿Habla usted con alguien sobre estas cuestiones? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Sobre qué cuestiones se siente cómoda de hablar y sobre qué cuestiones no tanto?</li> </ul> </li> <li>· ¿Cree que existen beneficios y/o riesgos cuando uno cuestiona la situación en la que las enfermeras ejercen?</li> <li>· ¿Cómo cree que es vista una enfermera que lucha por la mejora de sus condiciones de ejercicio profesional?</li> <li>· ¿Cree que es necesario que se produzca un cambio en las organizaciones de salud con respecto a las cuestiones sobre las que hemos discutido? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Qué cambio es necesario?</li> <li>· ¿Cree que es posible?</li> <li>· ¿Qué facilita y qué impide el cambio?</li> <li>· ¿Quién debería implicarse en el cambio?</li> <li>· ¿A qué niveles o ámbitos cree que deberían ponerse en marcha estrategias de cambio?</li> </ul> </li> <li>· ¿Cree usted tener una responsabilidad en el cambio?</li> <li>· ¿Cree usted tener poder / influencia / capacidad de acción para dirigirse hacia el cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿De qué forma? ¿Puede poner algún ejemplo?</li> </ul> </li> </ul>
Consideraciones finales	<p>Para concluir con la entrevista y retomando algunas cuestiones abordadas al inicio de la misma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cuáles son los momentos en los que se siente especialmente realizada como enfermera?</li> <li>· ¿La profesión le continúa llamando, motivando y emocionando?</li> <li>· ¿Hacia dónde cree que debería dirigirse la profesión? ¿Con qué objetivo?</li> </ul>
Clausura de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Comprobación de que todas las temáticas hayan sido abordadas</li> <li>· Resumen de los aspectos clave de la entrevista</li> <li>· Oportunidad para añadir algún comentario</li> <li>· Agradecimiento por su participación</li> <li>· Despedida</li> </ul>

## Anexo IV. Guion de entrevista para las enfermeras en mandos intermedios

Guion de la entrevista para las enfermeras en mandos de gestión intermedia	
Cuestiones preliminares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la investigadora y agradecimiento por la participación en la investigación</li> <li>• Solicitud de preferencias: tuteo e idioma</li> <li>• Resolución de dudas</li> <li>• Información al participante de la audiograbación de la entrevista y de la toma de anotaciones</li> <li>• Entrega de la hoja de información y firma del consentimiento informado</li> </ul>
Cuestiones introductorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando conoce a alguien y se tiene que presentar a nivel profesional porque le ha preguntado a qué se dedica, ¿cómo lo suele hacer?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe en el <i>otro</i> alguna reacción particular?</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera?</li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera en un mando de gestión intermedia?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los objetivos y las prioridades que considera tener en su espacio concreto de trabajo?</li> <li>• ¿Cree que estos son los objetivos y las prioridades que tienen otras compañeras que ocupan el mismo cargo que usted?</li> </ul> </li> <li>• ¿Por qué cree que es importante para las enfermeras que trabajan en el espacio que lidera?</li> <li>• ¿Por qué cree que es importante para los pacientes y las familias que atiende a diario y para la sociedad en general? ¿Qué cree que les aporta como enfermera?</li> <li>• ¿Qué es lo que le aporta a usted ser enfermera? ¿Qué es aquello que más valora de ser enfermera?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene esto algo que ver con su motivación de devenir enfermera?</li> <li>• ¿Destacaría alguna cuestión con relación a su transición hacia el cargo que ocupa actualmente?</li> </ul> </li> </ul>
Ejercicio del rol profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que la forma en la que practica la profesión enfermera hoy en día es diferente de la forma en la que quisiera practicarla? ¿Por qué?</li> <li>• ¿Considera que se han producido cambios en el ejercicio de la profesión? (Puede referirse a prácticas, conocimientos, formas de relacionarse, valores...)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué objetivos persiguen dichos cambios?</li> <li>• ¿En qué sentido estos cambios facilitan o dificultan el ejercicio de su profesión así como lo desea?</li> </ul> </li> </ul>
Problemas	<p>Me gustaría conocer un poco más sobre su día a día en la organización en la que trabaja y explorar cuáles son los principales problemas a los que hace frente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta como enfermera en un mando de gestión intermedia hoy en día?</li> <li>• ¿A qué problemas cree que se enfrentan las enfermeras asistenciales hoy en día?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué problemas le refieren las enfermeras asistenciales?                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera estos problemas justificados?</li> <li>• ¿Cómo se actúa frente a ellos?</li> </ul> </li> <li>• ¿Considera que existen problemas sobre los que las enfermeras asistenciales no se pronuncian?                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué piensa que ocurre esto?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta la profesión enfermera hoy en día?</li> </ul>
Con relación a aquello que me acaba de comentar y para profundizar en estas y otras cuestiones...	
Eje de los elementos materiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Podría describirme cómo transcurre un día de trabajo en la organización en la que ejerce como enfermera?</li> <li>• Durante su jornada de trabajo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Dispone de acceso a los recursos materiales que precisa para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensa que debería ejercerla?                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que las enfermeras asistenciales tienen acceso a ellos?</li> </ul> </li> <li>• ¿Dispone de acceso a los espacios físicos que precisa para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensa que debería ejercerla?</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Considera que las enfermeras asistenciales tienen acceso a ellos?</li> <li>· ¿Qué puede comentarme acerca de la remuneración que percibe en su actual puesto de trabajo? ¿Considera estar adecuadamente remunerada?</li> </ul>
Eje de los elementos sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cómo describiría las relaciones que establece y mantiene con los pacientes / con sus compañeras enfermeras / con su equipo interprofesional / con otros mandos de gestión en su organización?</li> <li>· ¿Se siente valorada por cada uno de ellos? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿En qué percibe dicha valoración?</li> <li>· ¿Qué es aquello que cree que valoran de usted?</li> </ul> </li> <li>· ¿Considera haber hecho frente a situaciones de falta de respeto o de falta de visibilidad en su trabajo? ¿En qué situaciones?</li> <li>· ¿Considera que la organización en la que ejerce se encuentra organizada de forma jerárquica? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿En qué observa dicha jerarquía?</li> <li>· ¿Dónde se sitúa usted en ella? ¿Dónde sitúa a los demás en ella?</li> <li>· ¿Por qué cree que usted se ubica en esa posición?</li> <li>· ¿Existen factores que permiten reequilibrar la distribución de poder en la organización en la que ejerce?</li> </ul> </li> </ul>
Eje de los elementos políticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cómo describiría la toma de decisiones en su organización? (Reflexionar acerca de la toma de decisiones clínicas y no clínicas) <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Siente que sus contribuciones son tomadas en consideración?</li> </ul> </li> <li>· ¿Cree tener voz para decidir sobre cuestiones que la afectan como enfermera y que afectan al colectivo profesional? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Qué tipo de decisiones toma?</li> <li>· ¿Cree que alguien decide por las enfermeras?</li> <li>· ¿Cree que las enfermeras deberían poder decidir sobre dichas cuestiones? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cree que todas las enfermeras piensan lo mismo a este respecto?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>· ¿Se siente representada como enfermera dentro y fuera de la organización en la que ejerce?</li> </ul>
Punto de inflexión	<p>Como resumen de las aportaciones que acaba de hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Si tuviera que dar un nombre / adjetivo / expresión para definir el entramado de cuestiones sobre las que hemos discutido, ¿cuál sería? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Piensa que estas podrían ser formas de injusticia contra las enfermeras?</li> </ul> </li> <li>· Las condiciones en las que ejerce, ¿cree que ponen en compromiso a alguien o a algo? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cree que este es un motivo por el que las enfermeras deberían luchar, resistirse o sublevarse? ¿Por qué?</li> <li>· ¿Dónde se ubica usted con relación a las cuestiones precedentes?</li> </ul> </li> </ul>
(Re)acción y pistas de emancipación	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Piensa que los asuntos sobre los que hemos discutido se ponen sobre la mesa dentro y/o fuera de la organización en la que ejerce?</li> <li>· ¿Cree que alguien se preocupa por su bienestar y por mejorar las condiciones en las que trabaja?</li> <li>· ¿Habla usted con alguien sobre estas cuestiones? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Sobre qué cuestiones se siente cómoda de hablar y sobre qué cuestiones no tanto?</li> </ul> </li> <li>· ¿Cree que existen beneficios y/o riesgos cuando uno cuestiona la situación en la que las enfermeras ejercen?</li> <li>· ¿Ha tenido alguna vez la sensación de tener que ir en contra de las directrices marcadas por la organización? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Qué hace en dichas situaciones?</li> </ul> </li> <li>· ¿Cómo cree que es vista una enfermera que lucha por la mejora de sus condiciones de ejercicio profesional?</li> <li>· ¿Cree que es necesario que se produzca un cambio en las organizaciones de salud con respecto a las cuestiones sobre las que hemos discutido? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Qué cambio es necesario?</li> <li>· ¿Cree que es posible?</li> <li>· ¿Qué facilita y qué impide el cambio?</li> <li>· ¿Quién debería implicarse en el cambio?</li> <li>· ¿A qué niveles o ámbitos cree que deberían ponerse en marcha estrategias de cambio?</li> </ul> </li> <li>· ¿Cree usted tener una responsabilidad en el cambio?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que la suya es una posición dentro de la organización con ventaja para plantear los cambios que sugiere?</li> <li>• ¿Cree usted tener poder / influencia / capacidad de acción para dirigirse hacia el cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De qué forma?</li> <li>• ¿Podría darme algunos ejemplos?</li> </ul> </li> <li>• ¿Cree que las enfermeras asistenciales pueden contribuir al cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo cree que podrían hacerlo?</li> <li>• ¿Cree que es una situación habitual?</li> </ul> </li> </ul>
Consideraciones finales	<p>Para concluir con la entrevista y retomando algunas cuestiones abordadas al inicio de la misma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los momentos en los que se siente especialmente realizada como enfermera?</li> <li>• ¿La profesión le continúa llamando, motivando y emocionando?</li> <li>• ¿Hacia dónde cree que debería dirigirse la profesión? ¿Con qué objetivo?</li> </ul>
Clausura de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobación de que todas las temáticas hayan sido abordadas</li> <li>• Resumen de los aspectos clave de la entrevista</li> <li>• Oportunidad para añadir algún comentario</li> <li>• Agradecimiento por su participación</li> <li>• Despedida</li> </ul>



## Anexo V. Guion de entrevista para las enfermeras en mandos directivos

Guion de la entrevista para las enfermeras en mandos de gestión directiva	
Cuestiones preliminares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la investigadora y agradecimiento por la participación en la investigación</li> <li>• Solicitud de preferencias: tuteo e idioma</li> <li>• Resolución de dudas</li> <li>• Información al participante de la audiograbación de la entrevista y de la toma de anotaciones</li> <li>• Entrega de la hoja de información y firma del consentimiento informado</li> </ul>
Cuestiones introductorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando conoce a alguien y se tiene que presentar a nivel profesional porque le ha preguntado a qué se dedica, ¿cómo lo suele hacer?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe en el <i>otro</i> alguna reacción particular?</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera?</li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera en un mando de gestión directiva?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los objetivos y las prioridades que considera tener en su espacio concreto de trabajo?</li> <li>• ¿Cree que estos son los objetivos y las prioridades que tienen otras compañeras que ocupan el mismo cargo que usted?</li> <li>• ¿Qué facilitadores y barreras ha encontrado para transmitir la visión que usted sostiene dentro de la organización?</li> </ul> </li> <li>• ¿Por qué cree que es importante para las enfermeras que trabajan en el espacio que lidera?</li> <li>• ¿Qué es aquello que considera aportar a los pacientes y a las familias que aquí son atendidos, pero también a la sociedad en su conjunto?</li> <li>• ¿Qué es lo que le aporta a usted ser enfermera? ¿Qué es aquello que más valora de ser enfermera?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene esto algo que ver con su motivación de devenir enfermera?</li> <li>• ¿Destacaría alguna cuestión con relación a su transición hacia el cargo que ocupa actualmente?</li> </ul> </li> </ul>
Ejercicio del rol profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que la forma en la que practica la profesión enfermera hoy en día es diferente de la forma en la que quisiera practicarla? ¿Por qué?</li> <li>• ¿Considera que se han producido cambios en el ejercicio de la profesión? (Puede referirse a prácticas, conocimientos, formas de relacionarse, valores...)             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué objetivos persiguen dichos cambios?</li> <li>• ¿En qué sentido estos cambios facilitan o dificultan el ejercicio de su profesión así como lo desea?</li> </ul> </li> </ul>
Problemas	<p>Me gustaría conocer un poco más sobre su día a día en la organización en la que trabaja y explorar cuáles son los principales problemas a los que hace frente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta como enfermera en un mando de gestión directiva hoy en día?</li> <li>• ¿A qué problemas cree que se enfrentan las enfermeras asistenciales y las enfermeras en mandos de gestión intermedia hoy en día?             <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué problemas le refieren las enfermeras asistenciales y las enfermeras en mandos de gestión intermedia?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera estos problemas justificados?</li> <li>• ¿Cómo se actúa frente a ellos?</li> </ul> </li> <li>• ¿Considera que existen problemas sobre los que las enfermeras asistenciales y las enfermeras en mandos de gestión intermedia no se pronuncian?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué piensa que ocurre esto?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta la profesión enfermera hoy en día?</li> </ul>
Con relación a aquello que me acaba de comentar y para profundizar en estas y otras cuestiones...	

<p>Eje de los elementos materiales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Podría describirme cómo transcurre un día de trabajo en la organización en la que ejerce como enfermera?</li> <li>• Durante su jornada de trabajo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Dispone de acceso a los recursos materiales que precisa para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensa que debería ejercerla? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que las enfermeras asistenciales y las enfermeras en mandos de gestión intermedia tienen acceso a ellos?</li> </ul> </li> <li>• ¿Dispone de acceso a los espacios físicos que precisa para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensa que debería ejercerla? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que las enfermeras asistenciales y las enfermeras en mandos de gestión intermedia tienen acceso a ellos?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿Qué puede comentarme acerca de la remuneración que percibe en su actual puesto de trabajo? ¿Considera estar adecuadamente remunerada?</li> </ul>
<p>Eje de los elementos sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo describiría las relaciones que establece y mantiene con los agentes con los que trabaja a diario?</li> <li>• ¿Se siente valorada por cada uno de ellos? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué percibe dicha valoración?</li> <li>• ¿Qué es aquello que cree que valoran de usted?</li> </ul> </li> <li>• ¿Considera haber hecho frente a situaciones de falta de respeto o de falta de visibilidad en su trabajo? ¿En qué situaciones?</li> <li>• ¿Considera que la organización en la que ejerce se encuentra organizada de forma jerárquica? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué observa dicha jerarquía?</li> <li>• ¿Dónde se sitúa usted en ella? ¿Dónde sitúa a los demás en ella?</li> <li>• ¿Por qué cree que usted se ubica en esa posición?</li> <li>• ¿Existen factores que permiten reequilibrar la distribución de poder en la organización en la que ejerce?</li> </ul> </li> </ul>
<p>Eje de los elementos políticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo describiría la toma de decisiones en su organización? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué tipo de decisiones toma?</li> <li>• ¿Quién participa en ellas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Las enfermeras asistenciales y las enfermeras en mandos de gestión intermedia participan en ellas?</li> <li>• ¿Cree que alguien decide por ellas?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿Se siente representada como enfermera dentro y fuera de la organización en la que ejerce?</li> </ul>
<p>Punto de inflexión</p>	<p>Como resumen de las aportaciones que acaba de hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si tuviera que dar un nombre / adjetivo / expresión para definir el entramado de cuestiones sobre las que hemos discutido, ¿cuál sería? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Piensa que estas podrían ser formas de injusticia contra las enfermeras?</li> </ul> </li> <li>• Las condiciones en las que ejerce, ¿cree que ponen en compromiso a alguien o a algo? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que este es un motivo por el que las enfermeras deberían luchar, resistirse o sublevarse? ¿Por qué?</li> <li>• ¿Dónde se ubica usted con relación a las cuestiones precedentes?</li> </ul> </li> </ul>
<p>(Re)acción y pistas de emancipación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los asuntos sobre los que hemos discutido, ¿se ponen sobre la mesa dentro y/o fuera de la organización en la que ejerce?</li> <li>• ¿Cree que alguien se preocupa por su bienestar y por mejorar las condiciones en las que trabaja?</li> <li>• ¿Cree que existen beneficios y/o riesgos cuando uno cuestiona la situación en la que las enfermeras ejercen?</li> <li>• ¿Ha tenido alguna vez la sensación de tener que ir en contra de las directrices marcadas por la organización? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué hace en dichas situaciones?</li> </ul> </li> <li>• ¿Cómo cree que es vista una enfermera que lucha por la mejora de sus condiciones de ejercicio profesional?</li> <li>• ¿Cree que es necesario que se produzca un cambio en las organizaciones de salud con respecto a las cuestiones sobre las que hemos discutido? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cambio es necesario?</li> <li>• ¿Cree que es posible?</li> <li>• ¿Qué facilita y qué impide el cambio?</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Quién debería implicarse en el cambio?</li> <li>· ¿A qué niveles o ámbitos cree que deberían ponerse en marcha estrategias de cambio?</li> <li>· ¿Cree usted tener una responsabilidad en el cambio?</li> <li>· ¿Cree que la suya es una posición dentro de la organización con ventaja para plantear los cambios que sugiere?</li> <li>· ¿Cree usted tener poder / influencia / capacidad de acción para dirigirse hacia el cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿De qué forma?</li> <li>· ¿Podría darme algunos ejemplos?</li> </ul> </li> <li>· ¿Cree que las enfermeras asistenciales y las enfermeras en mandos de gestión intermedia pueden contribuir al cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cómo cree que podrían hacerlo?</li> <li>· ¿Cree que es una situación habitual?</li> </ul> </li> </ul>
Consideraciones finales	<p>Para concluir con la entrevista y retomando algunas cuestiones abordadas al inicio de la misma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cuáles son los momentos en los que se siente especialmente realizada como enfermera?</li> <li>· ¿La profesión le continúa llamando, motivando y emocionando?</li> <li>· ¿Se siente enfermera?</li> <li>· ¿Hacia dónde cree que debería dirigirse la profesión? ¿Con qué objetivo?</li> </ul>
Clausura de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Comprobación de que todas las temáticas hayan sido abordadas</li> <li>· Resumen de los aspectos clave de la entrevista</li> <li>· Oportunidad para añadir algún comentario</li> <li>· Agradecimiento por su participación</li> <li>· Despedida</li> </ul>

## Anexo VI. Guion de entrevista para las enfermeras en cargos políticos

Guion de la entrevista para las enfermeras en cargos políticos	
Cuestiones preliminares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la investigadora y agradecimiento por la participación en la investigación</li> <li>• Solicitud de preferencias: tuteo e idioma</li> <li>• Resolución de dudas</li> <li>• Información al participante de la audiograbación de la entrevista y de la toma de anotaciones</li> <li>• Entrega de la hoja de información y firma del consentimiento informado</li> </ul>
Cuestiones introductorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando conoce a alguien y se tiene que presentar a nivel profesional porque le ha preguntado a qué se dedica, ¿cómo lo suele hacer? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe en el <i>otro</i> alguna reacción particular?</li> <li>• ¿Pone en adelante el hecho de ser enfermera?</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera?</li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera en un cargo político? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Siente que puede representar al colectivo enfermero desde su posición?</li> </ul> </li> <li>• ¿Por qué cree que es importante para las enfermeras, para el sistema de salud y para la sociedad en general que usted ocupe este cargo? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué diría que una enfermera es una profesional ideal para ocupar el cargo que ocupa?</li> <li>• ¿Por qué diría que no hay enfermeras ocupando esta modalidad de cargo?</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué es lo que cree que las enfermeras aportan a los pacientes, a las familias y a la sociedad en general?</li> <li>• ¿Qué es lo que le aporta a usted ser enfermera? ¿Qué es aquello que más valora de ser enfermera? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene esto algo que ver con su motivación de devenir enfermera?</li> <li>• ¿Destacaría alguna cuestión con relación a su transición hacia el cargo que ocupa actualmente?</li> </ul> </li> </ul>
Ejercicio del rol profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que la forma en la que practica la profesión enfermera hoy en día es diferente de la forma en la que quisiera practicarla? ¿Por qué?</li> <li>• ¿Cuáles son las prioridades y los objetivos que persigue desde el cargo que ocupa? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Fueron estas las prioridades y objetivos que había antes de su llegada al cargo?</li> <li>• ¿Cree que el hecho de ser enfermera ha contribuido a la orientación de las prioridades y objetivos estipulados?</li> <li>• ¿Cree que estos son los objetivos, prioridades y valores que se manejan en las organizaciones públicas de salud?</li> </ul> </li> </ul>
Problemas	<p>Me gustaría conocer un poco más sobre su día a día y explorar cuáles son los principales problemas a los que hace frente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta como enfermera en un cargo político hoy en día?</li> <li>• ¿A qué problemas cree que se enfrentan las enfermeras a diario?</li> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta la profesión enfermera hoy en día?</li> </ul>
Punto de inflexión	<p>Como resumen de las aportaciones que acaba de hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo calificaría las condiciones en las que las enfermeras ejercen su profesión a día de hoy? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Piensa que estas podrían ser formas de injusticia contra las enfermeras?</li> </ul> </li> <li>• Las condiciones en las que ejercen, ¿cree que ponen en compromiso a alguien o a algo? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que este es un motivo por el que las enfermeras deberían luchar, resistirse o sublevarse? ¿Por qué?</li> </ul> </li> </ul>
(Re)acción y pistas de emancipación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los asuntos sobre los que hemos discutido hoy, ¿se ponen sobre la mesa dentro y/o fuera de la organización en la que ejerce?</li> <li>• ¿Quién se preocupa por el bienestar de las enfermeras y por la mejora de sus condiciones de ejercicio profesional?</li> <li>• ¿Cree que es necesario que se produzca un cambio en las organizaciones de salud con respecto a las cuestiones sobre las que hemos discutido?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cambio es necesario?</li> <li>• ¿Cree que es posible?</li> <li>• ¿Qué facilita y qué impide el cambio?</li> <li>• ¿Quién debería implicarse en el cambio?</li> <li>• ¿A qué niveles o ámbitos cree que deberían ponerse en marcha estrategias de cambio?</li> <li>• ¿Cree usted tener una responsabilidad en el cambio?</li> <li>• ¿Cree que la suya es una posición dentro de la organización con ventaja para plantear los cambios que sugiere?</li> <li>• ¿Cree usted tener poder / influencia / capacidad de acción para dirigirse hacia el cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De qué forma?</li> <li>• ¿Podría darme algunos ejemplos?</li> </ul> </li> <li>• ¿Cree que las enfermeras asistenciales, las enfermeras en mandos de gestión intermedia y las enfermeras en mandos de gestión directiva pueden contribuir al cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo cree que podrían hacerlo?</li> <li>• ¿Cree que es una situación habitual?</li> </ul> </li> </ul>
<p>Consideraciones finales</p>	<p>Para concluir con la entrevista y retomando algunas cuestiones abordadas al inicio de la misma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los momentos en los que se siente especialmente realizada como enfermera?</li> <li>• ¿La profesión le continúa llamando, motivando y emocionando?</li> <li>• ¿Se siente enfermera?</li> <li>• ¿Hacia dónde cree que debería dirigirse la profesión? ¿Con qué objetivo?</li> </ul>
<p>Clausura de la entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobación de que todas las temáticas hayan sido abordadas</li> <li>• Resumen de los aspectos clave de la entrevista</li> <li>• Oportunidad para añadir algún comentario</li> <li>• Agradecimiento por su participación</li> <li>• Despedida</li> </ul>

## Anexo VII. Guion de entrevista para las enfermeras en cargos sindicales

Guion de la entrevista para las enfermeras en cargos sindicales	
Cuestiones preliminares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la investigadora y agradecimiento por la participación en la investigación</li> <li>• Solicitud de preferencias: tuteo e idioma</li> <li>• Resolución de dudas</li> <li>• Información al participante de la audiograbación de la entrevista y de la toma de anotaciones</li> <li>• Entrega de la hoja de información y firma del consentimiento informado</li> </ul>
Cuestiones introductorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando conoce a alguien y se tiene que presentar a nivel profesional porque le ha preguntado a qué se dedica, ¿cómo lo suele hacer? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe en el <i>otro</i> alguna reacción particular?</li> <li>• ¿Pone en adelante el hecho de ser enfermera?</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera?</li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera en un cargo sindical? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es la acción sindical?</li> </ul> </li> <li>• ¿Por qué cree que es importante para las enfermeras, para el sistema de salud y para la sociedad en general que usted ocupe este cargo?</li> <li>• ¿Qué es lo que cree que las enfermeras aportan a los pacientes, a las familias y a la sociedad en general?</li> <li>• ¿Qué es lo que le aporta a usted ser enfermera? ¿Qué es aquello que más valora de ser enfermera? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Tiene esto algo que ver con su motivación de devenir enfermera?</li> <li>• ¿Destacaría alguna cuestión con relación a su transición hacia el cargo que ocupa actualmente?</li> </ul> </li> </ul>
Ejercicio del rol profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que la forma en la que practica la profesión enfermera hoy en día es diferente de la forma en la que quisiera practicarla? ¿Por qué?</li> </ul>
Problemas	<p>Me gustaría conocer un poco más sobre su día a día y explorar cuáles son los principales problemas a los que hace frente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta como enfermera en un cargo sindical hoy en día?</li> <li>• ¿A qué problemas cree que se enfrentan las enfermeras a diario? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué problemas le refieren las enfermeras? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se actúa frente a ellos?</li> </ul> </li> <li>• ¿Considera que existen problemas sobre los que las enfermeras no se pronuncian? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué piensa que ocurre esto?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta la profesión enfermera hoy en día?</li> </ul>
Con relación a aquello que me acaba de comentar y para profundizar en estas y otras cuestiones...	
Eje de los elementos materiales	<p>Durante su jornada de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que las enfermeras disponen de acceso a los recursos materiales que precisan para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensan que deberían ejercerla?</li> <li>• ¿Cree que las enfermeras disponen de acceso a los espacios físicos que precisan para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensan que deberían ejercerla?</li> <li>• ¿Qué puede comentarme acerca de la remuneración que perciben las enfermeras?</li> </ul>
Eje de los elementos sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo describiría las dinámicas que establece con aquellas personas que frecuenta a diario o con las que debe negociar?</li> <li>• ¿Se siente valorada por cada una de ellas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué percibe dicha valoración?</li> <li>• ¿Qué es aquello que valoran de usted?</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera haber hecho frente a situaciones de falta de respeto o de falta de visibilidad en su trabajo? ¿En qué situaciones?</li> <li>• ¿Considera que las organizaciones en las que las enfermeras ejercen se encuentran organizadas de forma jerárquica? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué observa dicha jerarquía?</li> <li>• ¿Dónde sitúa a las enfermeras en ella? ¿Dónde sitúa a los demás en ella?</li> <li>• ¿Por qué cree que las enfermeras se ubican en esa posición?</li> <li>• ¿Existen factores que permiten reequilibrar la distribución de poder en las organizaciones?</li> </ul> </li> </ul>
Eje de los elementos políticos	<p>En el sindicato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las líneas prioritarias de acción?</li> <li>• ¿Cómo se deciden las líneas prioritarias de acción?</li> <li>• ¿Quiénes participan en la toma de decisiones sobre las líneas prioritarias de acción?</li> <li>• ¿Cree tener voz dentro de las organizaciones y del sistema para decidir sobre las cuestiones que afectan al colectivo de enfermeras? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que las enfermeras en general tienen voz para ello?</li> </ul> </li> <li>• ¿Siente que puede representar a las enfermeras desde su posición?</li> </ul>
Punto de inflexión	<p>Como resumen de las aportaciones que acaba de hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo calificaría las condiciones en las que las enfermeras ejercen su profesión a día de hoy? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Piensa que estas podrían ser formas de injusticia contra las enfermeras?</li> </ul> </li> <li>• Las condiciones en las que ejercen, ¿cree que ponen en compromiso a alguien o a algo? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que este es un motivo por el que las enfermeras deberían luchar, resistirse o sublevarse? ¿Por qué?</li> </ul> </li> </ul>
(Re)acción y pistas de emancipación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los asuntos sobre los que hemos discutido, ¿se ponen sobre la mesa dentro y/o fuera de las organizaciones?</li> <li>• ¿Quién se preocupa por el bienestar de las enfermeras y por la mejora de sus condiciones de ejercicio profesional?</li> <li>• ¿Cree que es necesario que se produzca un cambio en las organizaciones de salud con respecto a las cuestiones sobre las que hemos discutido? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cambio es necesario?</li> <li>• ¿Cree que es posible?</li> <li>• ¿Qué facilita y qué impide el cambio?</li> <li>• ¿Quién debería implicarse en el cambio?</li> <li>• ¿A qué niveles o ámbitos cree que deberían ponerse en marcha estrategias de cambio?</li> </ul> </li> <li>• ¿Cree usted tener una responsabilidad en el cambio?</li> <li>• ¿Cree que la suya es una posición dentro de la organización con ventaja para plantear los cambios que sugiere?</li> <li>• ¿Cree usted tener poder / influencia / capacidad de acción para dirigirse hacia el cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De qué forma?</li> <li>• ¿Puede poner algún ejemplo?</li> </ul> </li> <li>• ¿Cree que las enfermeras asistenciales, las enfermeras en mandos de gestión intermedia y directiva, así como las enfermeras en cargos políticos y colegiales pueden contribuir al cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo cree que podrían hacerlo?</li> <li>• ¿Cree que es una situación habitual?</li> </ul> </li> </ul>
Consideraciones finales	<p>Para concluir con la entrevista y retomando algunas cuestiones abordadas al inicio de la misma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿La profesión le continúa llamando, motivando y emocionando?</li> <li>• ¿Se siente enfermera?</li> <li>• ¿Hacia dónde cree que debería dirigirse la profesión? ¿Con qué objetivo?</li> </ul>
Clausura de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobación de que todas las temáticas hayan sido abordadas</li> <li>• Resumen de los aspectos clave de la entrevista</li> <li>• Oportunidad para añadir algún comentario</li> <li>• Agradecimiento por su participación</li> <li>• Despedida</li> </ul>

## Anexo VIII. Guion de entrevista para las enfermeras en cargos colegiales

Guion de la entrevista para las enfermeras en cargos colegiales	
Cuestiones preliminares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la investigadora y agradecimiento por la participación en la investigación</li> <li>• Solicitud de preferencias: tuteo e idioma</li> <li>• Resolución de dudas</li> <li>• Información al participante de la audiograbación de la entrevista y de la toma de anotaciones</li> <li>• Entrega de la hoja de información y firma del consentimiento informado</li> </ul>
Cuestiones introductorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando conoce a alguien y se tiene que presentar a nivel profesional porque le ha preguntado a qué se dedica, ¿cómo lo suele hacer? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existe en el <i>otro</i> alguna reacción particular?</li> <li>• ¿Pone en adelante el hecho de ser enfermera?</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera?</li> <li>• ¿Qué es para usted ser enfermera en un cargo colegial? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es el significado que atribuye a representar la profesión enfermera?</li> <li>• ¿Cuáles son las líneas prioritarias y los objetivos que se persiguen desde el Colegio? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se deciden las líneas prioritarias y los objetivos perseguidos?</li> <li>• ¿Quién participa en estas decisiones?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿Por qué cree que es importante para las enfermeras, para el sistema de salud y para la sociedad en general?</li> <li>• ¿Qué es lo que cree que las enfermeras aportan a los pacientes, a las familias y a la sociedad en general?</li> <li>• ¿Qué es lo que le aporta a usted ser enfermera? ¿Qué es aquello que más valora de ser enfermera?</li> </ul>
Ejercicio del rol profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que la forma en la que practica la profesión enfermera hoy en día es diferente de la forma en la que quisiera practicarla? ¿Por qué?</li> </ul>
Problemas	<p>Me gustaría conocer un poco más sobre su día a día y explorar cuáles son los principales problemas a los que hace frente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta como enfermera en un cargo colegial hoy en día?</li> <li>• ¿A qué problemas cree que se enfrentan las enfermeras a diario? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué problemas le refieren las enfermeras? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se actúa frente a ellos?</li> </ul> </li> <li>• ¿Considera que existen problemas sobre los que las enfermeras no se pronuncian? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué piensa que ocurre esto?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta la profesión enfermera hoy en día?</li> </ul>
Punto de inflexión	<p>Como resumen de las aportaciones que acaba de hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo calificaría las condiciones en las que las enfermeras ejercen su profesión a día de hoy? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Piensa que estas podrían ser formas de injusticia contra las enfermeras?</li> </ul> </li> <li>• Las condiciones en las que ejercen, ¿cree que ponen en compromiso a alguien o a algo? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que este es un motivo por el que las enfermeras deberían luchar, resistirse o sublevarse? ¿Por qué?</li> </ul> </li> </ul>
(Re)acción y pistas de emancipación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los asuntos sobre los que hemos discutido, ¿se ponen sobre la mesa dentro y/o fuera de las organizaciones?</li> <li>• ¿Quién se preocupa por el bienestar de las enfermeras y por la mejora de sus condiciones de ejercicio profesional?</li> <li>• ¿Cree que es necesario que se produzca un cambio en las organizaciones de salud con respecto a las cuestiones sobre las que hemos discutido? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cambio es necesario?</li> <li>• ¿Cree que es posible?</li> <li>• ¿Qué facilita y qué impide el cambio?</li> <li>• ¿Quién debería implicarse en el cambio?</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿A qué niveles o ámbitos cree que deberían ponerse en marcha estrategias de cambio?</li> <li>· ¿Cree usted tener una responsabilidad en el cambio?</li> <li>· ¿Cree que la suya es una posición dentro de la organización para plantear los cambios que sugiere?</li> <li>· ¿Cree usted tener poder / influencia / capacidad de acción para dirigirse hacia el cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿De qué forma?</li> <li>· ¿Podría poner algunos ejemplos?</li> </ul> </li> <li>· ¿Cree que las enfermeras asistenciales, las enfermeras en mandos de gestión intermedia y directiva, así como las enfermeras en cargos políticos o sindicales pueden contribuir al cambio? <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿Cómo cree que podrían hacerlo?</li> <li>· ¿Cree que es una situación habitual?</li> </ul> </li> </ul>
Consideraciones finales	<p>Para concluir con la entrevista y retomando algunas cuestiones abordadas al inicio de la misma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· ¿La profesión le continúa llamando, motivando y emocionando?</li> <li>· ¿Se siente enfermera?</li> <li>· ¿Hacia dónde cree que debería dirigirse la profesión? ¿Con qué objetivo?</li> </ul>
Clausura de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Comprobación de que todas las temáticas hayan sido abordadas</li> <li>· Resumen de los aspectos clave de la entrevista</li> <li>· Oportunidad para añadir algún comentario</li> <li>· Agradecimiento por su participación</li> <li>· Despedida</li> </ul>

## Anexo IX. Guion de entrevista para los médicos

Guion de la entrevista para los médicos asistenciales en ejercicio clínico	
Cuestiones preliminares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la investigadora y agradecimiento por la participación en la investigación</li> <li>• Solicitud de preferencias: tuteo e idioma</li> <li>• Resolución de dudas. Esta es una entrevista que se lleva a cabo en un segundo tiempo de la tesis doctoral en la que se enmarca, tras haber entrevistado y recogido las voces de las enfermeras participantes. El propósito de esta entrevista es conocer la mirada que como médico tiene acerca de algunas cuestiones que afectan a las enfermeras y a su profesión relacionadas con la justicia organizacional. En ellas podrían incluirse cuestiones que tienen que ver con sus condiciones de trabajo, con su reconocimiento profesional y con su participación en los procesos de toma de decisiones</li> <li>• Información al participante de la audiograbación de la entrevista y de la toma de anotaciones</li> <li>• Entrega de la hoja de información y firma del consentimiento informado</li> </ul>
Cuestiones introductorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es para usted ser médico?</li> <li>• ¿Qué rol ejerce en el equipo en el que trabaja?</li> <li>• ¿Qué es para usted una enfermera?</li> <li>• ¿Qué rol cree que ejercen las enfermeras en el equipo en el que trabaja?</li> <li>• ¿Por qué cree que las enfermeras son importantes para los pacientes, para las familias y para la sociedad en general?</li> </ul>
Ejercicio del rol profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que hoy en día las enfermeras pueden practicar y practican la profesión así como ellas desearían?</li> <li>• ¿Cuáles son los factores facilitadores y limitantes de ello?</li> <li>• Desde su experiencia, ¿considera que se han producido cambios en la forma de ejercer la profesión enfermera?</li> </ul>
Problemas	<p>Me gustaría conocer un poco más sobre su día a día y explorar cuáles son los principales problemas a los que hacen frente los médicos y las enfermeras en las organizaciones de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿A qué problemas se enfrenta como médico en su día a día?</li> <li>• ¿A qué problemas cree que se enfrentan las enfermeras en su día a día?</li> <li>• ¿A qué problemas cree que se enfrenta la profesión enfermera hoy en día?</li> </ul>
Con relación a aquello que me acaba de comentar y para profundizar en estas y otras cuestiones...	
Eje de los elementos sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo describiría las relaciones interprofesionales que mantiene con las enfermeras? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que ellas perciben esta relación del mismo modo?</li> <li>• ¿Cree que la relación que describe es la norma en las organizaciones de salud?</li> <li>• ¿Considera que se crean tensiones o conflictos entre ustedes? ¿En qué situaciones?</li> </ul> </li> <li>• ¿Cree que las enfermeras se sienten valoradas por parte de...? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes y las familias y la sociedad en general</li> <li>• Los médicos</li> <li>• La organización</li> <li>• ¿Qué cree que cada uno de ellos valora de ellas?</li> <li>• Y, usted, ¿qué valora de ellas?</li> </ul> </li> <li>• ¿Considera que la organización en la que ejerce se encuentra organizada de forma jerárquica? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué observa dicha jerarquía?</li> <li>• ¿Dónde se sitúa usted en ella? ¿Dónde sitúa a las enfermeras en ella?</li> <li>• ¿Existen factores que permiten reequilibrar la distribución de poder en la organización en la que ejerce?</li> </ul> </li> </ul>
Eje de los elementos materiales	<p>Durante su jornada de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que las enfermeras disponen de acceso a los recursos materiales que precisan para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensan que deberían ejercerla?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que las enfermeras disponen de acceso a los espacios físicos que precisan para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensan que deberían ejercerla?</li> <li>• ¿Qué puede comentarme acerca de la remuneración de las enfermeras?</li> </ul>
Eje de los elementos políticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo describiría los procesos de toma de decisión en su organización? (Reflexionar sobre las decisiones clínicas y no clínicas)</li> <li>• ¿Considera que las enfermeras son tomadas en consideración en los procesos decisionales?</li> <li>• ¿Cree que las enfermeras se encuentran representadas dentro y fuera de su organización?</li> </ul>
Punto de inflexión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que las enfermeras experimentan situaciones que pueden ser consideradas como formas de injusticia?</li> <li>• ¿Cree que los problemas a los que las enfermeras se enfrentan son tomados en consideración dentro y fuera de las organizaciones?</li> <li>• ¿Cree que son necesarios cambios en las condiciones de ejercicio profesional de las enfermeras? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cambio es necesario?</li> <li>• ¿Cree que es posible?</li> <li>• ¿Qué facilita y qué impide el cambio?</li> <li>• ¿Quién debería implicarse en el cambio?</li> <li>• ¿A qué niveles o ámbitos cree que deberían ponerse en marcha estrategias de cambio?</li> </ul> </li> <li>• ¿Cree que las enfermeras tienen poder / influencia / capacidad para desarrollar estrategias de cambio y para intervenir en la transformación de sus condiciones de ejercicio profesional?</li> <li>• ¿De qué manera entrevé que una enfermera puede contribuir al cambio?</li> </ul>
Clausura de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobación de que todas las temáticas hayan sido abordadas</li> <li>• Resumen de los aspectos clave de la entrevista</li> <li>• Oportunidad para añadir algún comentario</li> <li>• Agradecimiento por su participación</li> <li>• Despedida</li> </ul>

## Anexo X. Guion de entrevista para el gerente

Guion de la entrevista para el gerente	
Cuestiones preliminares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación de la investigadora y agradecimiento por la participación en la investigación</li> <li>• Solicitud de preferencias: tuteo e idioma</li> <li>• Resolución de dudas. Esta es una entrevista que se lleva a cabo en un segundo tiempo de la tesis doctoral en la que se enmarca, tras haber entrevistado y recogido las voces de las enfermeras participantes. El propósito de esta entrevista es conocer la mirada que como gerente tiene acerca de algunas cuestiones que afectan a las enfermeras y a su profesión relacionadas con la justicia organizacional. En ellas podrían incluirse cuestiones que tienen que ver con sus condiciones de trabajo, con su reconocimiento profesional y con su participación en los procesos de toma de decisiones</li> <li>• Información al participante de la audiograbación de la entrevista y de la toma de anotaciones</li> <li>• Entrega de la hoja de información y firma del consentimiento informado</li> </ul>
Cuestiones introductorias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué es para usted ser gerente de un hospital?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son sus funciones y roles a nivel profesional?</li> <li>• ¿Cuáles son las prioridades, objetivos y valores que persigue como gerente de esta organización?                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Considera que las condiciones en las que ejercen los profesionales que aquí trabajan forman parte de sus responsabilidades como gerente?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿Cuál es su <i>background</i> profesional?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué sentido cree que el hecho de ser X le convierte en una persona adecuada para ocupar este cargo?</li> <li>• ¿Cree que el hecho de ser X hace que pueda tener alguna carencia a la hora de ejercer su labor?                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo trata de paliar dichas limitaciones?</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• ¿Cuál piensa que es la contribución profesional de las enfermeras que trabajan en esta organización?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué cree que las enfermeras son importantes para los pacientes y las familias que se atienden a diario en esta organización?</li> </ul> </li> <li>• ¿Qué espera de las enfermeras esta organización?</li> </ul>
Ejercicio del rol profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que las enfermeras pueden llevar a cabo su rol profesional así como ellas desearían en esta organización?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Por qué?</li> </ul> </li> </ul>
Problemas	<p>Me gustaría conocer un poco más sobre el día a día de las enfermeras en esta organización:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si le preguntara por los problemas a los que cree que las enfermeras se enfrentan a diario, ¿qué me diría?</li> <li>• ¿Qué problemas le comunican las enfermeras?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo actúa usted ante ellos?</li> </ul> </li> </ul>
Eje de los elementos materiales	<p>Durante su jornada de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que las enfermeras disponen de acceso a los recursos materiales que precisan para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensan que deberían ejercerla?</li> <li>• ¿Cree que las enfermeras disponen de acceso a los espacios físicos que precisan para poder llevar a cabo su práctica profesional así como piensan que deberían ejercerla?</li> <li>• ¿Qué puede comentarme acerca de la remuneración de las enfermeras?</li> <li>• ¿Cree que las enfermeras estarían de acuerdo con aquello que me comenta?</li> </ul>
Eje de los elementos sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que las enfermeras se sienten valoradas por parte de...?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes y las familias y la sociedad en general</li> <li>• Los médicos</li> <li>• La organización</li> <li>• ¿Qué cree que cada uno de ellos valora de ellas?</li> <li>• Y, usted, ¿qué valora de ellas?</li> </ul> </li> <li>• ¿Considera que esta organización es una organización jerárquica?               <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué observa dicha jerarquía?</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Dónde sitúa a las enfermeras en ella?</li> </ul>
Eje de los elementos políticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo describiría los procesos de toma de decisión en su organización?</li> <li>• ¿Considera que las enfermeras tienen voz y son tomadas en consideración en los procesos decisionales?</li> <li>• ¿Cree que las enfermeras se encuentran representadas dentro y fuera de su organización?</li> </ul>
Punto de inflexión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que las enfermeras trabajan en condiciones justas en esta organización? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Y con relación a otros, ¿cree que trabajan en mejores o peores condiciones que otros? ¿En qué sentido?</li> </ul> </li> </ul>
(Re)acción y pistas de emancipación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que son necesarios cambios en las condiciones de ejercicio profesional de las enfermeras? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué cambio es necesario?</li> <li>• ¿Cree que es posible?</li> <li>• ¿Qué facilita y qué impide el cambio?</li> <li>• ¿Quién debería implicarse en el cambio?</li> <li>• ¿Cree poder desempeñar un papel en él desde su posición?</li> <li>• ¿A qué niveles o ámbitos cree que deberían ponerse en marcha estrategias de cambio?</li> </ul> </li> <li>• ¿Cree que las enfermeras tienen poder / influencia / capacidad desarrollar estrategias de cambio y para intervenir en la transformación de sus condiciones de ejercicio profesional? <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿De qué manera prevé que una enfermera puede contribuir al cambio?</li> </ul> </li> </ul>
Clausura de la entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobación de que todas las temáticas hayan sido abordadas</li> <li>• Resumen de los aspectos clave de la entrevista</li> <li>• Oportunidad para añadir algún comentario</li> <li>• Agradecimiento por su participación</li> <li>• Despedida</li> </ul>

## Anexo XI. Cuestionario sociodemográfico

TÍTULO DEL ESTUDIO: La justicia social y política en los entornos de cuidados: una cuestión de agencia política enfermera

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Camelia Viviana López Deflory. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universitat de les Illes Balears.

Previamente a la entrevista a la que ha accedido a participar, le solicitamos que cumplimente los siguientes espacios con sus datos sociodemográficos:

Sexo del participante:

- Mujer
- Hombre

Años de experiencia laboral: \_\_\_\_\_

Ámbito actual de trabajo (si procede):

- Atención primaria
- Atención especializada
- Atención sociosanitaria

Posición en la organización:

- Enfermera asistencial
- Enfermera en mandos de gestión intermedia
- Enfermera en mandos de gestión directiva
- Enfermera en cargos políticos
- Enfermera en cargos colegiales
- Enfermera en cargos sindicales
- Médico asistencial
- Gerente
- Otros. Especifique: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## **Anexo XII. Hoja de información y consentimiento informado**

### **HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

*(Versión 2 – aprobada por CEI-IB en fecha de 25/09/2019)*

TÍTULO DEL ESTUDIO: La justicia en los entornos de cuidados: una cuestión de agencia política enfermera

PROMOTOR: Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de les Illes Balears

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Camelia Viviana López Deflory

CENTRO: Universitat de les Illes Balears

#### INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares, de acuerdo a la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. Si tiene alguna duda diríjase a Camelia Viviana López Deflory.

#### DESCRIPCIÓN GENERAL

El objetivo de este proyecto de investigación consiste en explorar los discursos de las enfermeras para conocer cómo proyectan la idea de justicia en las organizaciones donde trabajan y cómo plantean los retos y las estrategias a las que se enfrentan para participar en la construcción de organizaciones más justas. Asimismo, también se pretende contar con la perspectiva de médicos y gerentes al respecto.

La técnica que se usará para explorar este objetivo será la entrevista semiestructurada individual. Concretamente serán entrevistadas entre 12 y 16 enfermeras asistenciales, entre 4 y 6 coordinadoras de enfermería, entre 2 y 3 directoras de enfermería, entre 2 y 3 enfermeras en cargos políticos, entre 1 y 2 enfermeras en cargos colegiales y entre 1 y 2 enfermeras en cargos sindicales, así como también entre 6 y 8 médicos y entre 2 y 4 directores gerentes, todos ellos en ejercicio profesional en organizaciones públicas del sistema de salud de Mallorca.

Cada entrevista tendrá una duración aproximada de 1 hora y se realizará en un espacio y en un tiempo acordado con el participante, según sus preferencias. Asimismo, también podrá escoger el idioma castellano o catalán para expresarse. Las entrevistas serán audiograbadas para su posterior transcripción y análisis. Es posible que, durante la entrevista, la entrevistadora tome algunas anotaciones.

Previamente al inicio de la entrevista, la investigadora le solicitará algunos datos sociodemográficos: sexo, edad, años de experiencia laboral, ámbito actual de trabajo (atención primaria, especializada o sociosanitaria), así como su dirección de correo electrónico y su teléfono de contacto.

#### OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y puede exigir la destrucción de todas las transcripciones y grabaciones de las entrevistas previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre usted hasta ese momento, a no ser que usted se oponga expresamente.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

#### BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su contribución permitirá conocer su perspectiva sobre los elementos de justicia y de injusticia dentro de las organizaciones y comprender de qué forma podría participar en su mejora y qué dificultades podrían encontrarse para ello.

La participación en este estudio le supondrá el tiempo de asistencia a la entrevista (aproximadamente 1 hora).

No existe ningún riesgo asociado a la participación de este estudio puesto que se protegerá su intimidad y anonimato mediante la utilización de un nombre ficticio y la anonimización de cualquier dato en la transcripción *verbatim* que pueda llevar a la identificación del participante y/o contexto.

#### CONFIDENCIALIDAD

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento de datos, incluso a trasladar sus datos a un tercero autorizado (portabilidad), para lo cual deberá dirigirse a la investigadora principal (Camelia Viviana López Deflory, tfl. X)

Para garantizar la confidencialidad de la información obtenida, sus datos, las transcripciones y grabaciones de las entrevistas estarán identificados mediante un código y solo la investigadora principal del estudio y sus colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Por lo tanto, su identidad no será revelada.



El acceso a su información personal quedará restringido al Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares y al equipo investigador, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Usted puede interponer una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos en el caso de que considere que se han vulnerado sus derechos en materia de protección de datos.

#### COMPENSACIÓN ECONÓMICA

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto ni ningún tipo de compensación económica.

#### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin dar ningún tipo de explicación, así como solicitar la destrucción de las transcripciones y grabaciones, sin que por ello se altere su relación con el equipo investigador.

Si usted decide revocar su consentimiento, no se recogerán nuevos datos, pero esta revocación no afectará a las investigaciones realizadas hasta el momento.

#### AGRADECIMIENTO

Sea cual sea su decisión, el equipo investigador quiere agradecer su tiempo y atención. Usted está contribuyendo al mejor conocimiento sobre cómo construir organizaciones sanitarias justas para los profesionales que en ellas trabajan y, consecuentemente, para los pacientes que en ellas se atiende.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

(Versión 2 – aprobada por CEI-IB en fecha de 25/09/2019)

TÍTULO DEL ESTUDIO: La justicia en los entornos de cuidados: una cuestión de agencia política enfermera

PROMOTOR: Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de les Illes Balears

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Camelia Viviana López Deflory

CENTRO: Universitat de les Illes Balears

Yo, \_\_\_\_\_

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: *Camelia Viviana López Deflory*.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.

Comprendo que, si decido retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, si bien los responsables del estudio podrán seguir utilizando la información recogida sobre mí hasta ese momento, a no ser que me oponga expresamente.

Comprendo que tengo los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento de datos, incluso a trasladar mis datos a un tercero autorizado (portabilidad), de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y garantía de los derechos digitales.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información al participante.

- Acepto participar en una entrevista individual de 1 hora de duración, audiograbada y en la que la investigadora principal tomará notas.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el participante

## Anexo XIII. Aprobación ética del Comité de Ética de las Islas Baleares



### INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LAS ISLAS BALEARES

Gemma Melero Quiñonero, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación de las Islas Baleares,

#### CERTIFICO:

Que este Comité, en la sesión celebrada el día 25 de septiembre (nº 08/19), evaluó los aspectos metodológicos, éticos y legales del proyecto de investigación nº IB 4013/19 PI, denominado LA JUSTICIA EN LOS ENTORNOS DE CUIDADO: UNA CUESTIÓN DE AGENCIA POLÍTICA, de la investigadora principal Camelia Viviana López Deflory del Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de las Islas Baleares.

Que se acuerda emitir INFORME FAVORABLE para la realización de este proyecto de investigación.

Que el CEI-IB, tanto en su composición como en los PNT, cumple con las normas de Buena Práctica Clínica.

Que, a la fecha de aprobación de este estudio, la composición del CEI-IB era la siguiente:

Presidente:	Francisco Campoamor Landín	Farmacología clínica
Vice-presidenta:	Esther Cardo Jaldón	Neurología pediátrica
Secretaria:	Gemma Melero Quiñonero	Farmacología
Secretarias administrativas:	Lourdes De la Vega Llompart	
Vocales:	Xisca Cifre Gual	Neumología
	Alberto Alonso Fernández	Hematología
	Joan Bargay Leonart	Psicopedagogía
	Isabel Cuat Sintes	Medicina interna
	Andrés De la Peña Fernández	Farmacología
	Fernando Do Pazo Oubiña	Biología
	Susana Esteban Valdés	Medicina preventiva y salud pública
	Magdalena Esteve Contó	Medicina intensiva
	Miquel Píol Sala	Oncología médica
	José Ruster Salvé	Oncología médica
	Raquel Marsé Fabregat	Derecho
	Antònia Mas Camallops	Enfermería
	Cristina Moreno Mulet	Biología
	Antònia Obrador Hevia	Medicina interna
	Jaume Orfila Timoner	Farmacología
	Carmen Pata Iglesias	Medicina familiar y comunitaria
	José Ignacio Ramírez Manent	Estomatología
	Pere Blazard Sbert	Medicina intensiva
	Llorenç Soles Crespi	

C. de Jesús, 38 A  
07010 Palma  
Tel. 971 17 73 78  
cei\_ib@caib.es  
ceisalt.caib.es



Mateu Torrent Quetglas  
Javier Ureña Morales  
Cristina Vilena Portella

Medicina preventiva y salud pública  
Derecho  
Biología

Palma, 7 de octubre de 2019



C. de Jesús, 38 A  
07010 Palma  
Tel: 971 17 73 78  
ceic\_ib@caib.es  
ceisalut.caib.es

## Anexo XIV. Primera categoría del árbol de codificación de los datos

CATEGORÍA 1		
Las formas de pensarse: un bagaje de socialización que precede, se nutre e impacta en las organizaciones de salud		
Sección subcategorial preambular	La construcción de un <i>yo-enfermer*</i> : sobre las subjetividades en el lenguaje	La persona gramatical: la metamorfosis entre el <i>yo</i> y el <i>yo-ideal</i>
		El número: entre la identidad individual y la identidad colectiva
		El (alter)género: entre lo femenino y lo masculino
		El tiempo: entre el pasado, el presente y el futuro
		El espacio: entre coordenadas de altitud, latitud y longitud
Sección subcategorial central	<i>Ser y expresarse</i> como enfermer* en el mundo	La consciencia de las enfermeras
		La mirada de las enfermeras
		Las historias de las enfermeras y las enfermeras en la historia
	<i>Estar y actuar</i> como enfermer* en el mundo	Habitar (en) las organizaciones de salud
		Comprender (en) las organizaciones de salud
		Cuidar (en) las organizaciones de salud
Obtener y retener un retorno como enfermer* en el mundo	Las formas (con)movedoras de retorno	
	Las formas alienantes de retorno	
Sección subcategorial de impacto y de transición	Los corolarios de la identidad enfermera bajo lupa	Las enfermeras como sujetos relacionales
		La transformación de los rasgos en exigencias
		La disposición de las enfermeras en segundo plano
	Los límites simbólicos del mundo de las enfermeras	La creación de una esfera reducida, íntima e infranqueable
		La consideración tácita de un <i>otro</i> plural
		La representación restrictiva del rol enfermero
	Los efectos insospechados de las formas de retorno	El efecto engañoso de las formas (con)movedoras de retorno
		El efecto de puesta en tela de juicio de las formas alienantes de retorno

## Anexo XV. Segunda categoría del árbol de codificación de los datos

CATEGORÍA 2		
El reconocimiento de los ejes de (in)justicia: un proceso de toma de conciencia sobre la posición ocupada y por ocupar en las organizaciones de salud		
Sección subcategorial preambular	La concientización sobre el entorno ocupado: un análisis desde el lenguaje	El uso de la segunda persona gramatical: el tú como espejo y como medio para afectar el <i>otro</i>
		La disposición de la trama de los relatos en planos narrativos
		La transformación de la realidad: el recurso retórico como forma de tratar el objeto considerado
		La inclinación hacia la anécdota: el ejemplo como modo de permanencia en el microespacio
		El caso de la comparación: la oposición al <i>otro</i> como constante discursiva
Sección subcategorial central	El eje de los elementos materiales de las organizaciones de salud	El tiempo: las organizaciones de salud dominadas por la crono-praxis
		La (sobre)carga: el peso (in)tangible del ejercicio profesional
		El espacio físico: de los muros físicos a las paredes simbólicas
		Los recursos materiales: la disponibilidad y la calidad material a evaluación
		La remuneración: del efecto económico a la impresión de reconocimiento
	El eje de los elementos sociales de las organizaciones de salud	El médico y las enfermeras
		Las otras enfermeras y las enfermeras
		La organización y las enfermeras
	El eje de los elementos políticos de las organizaciones de salud	La expresión de la voz de las enfermeras
		La inmersión en los espacios de participación
Sección subcategorial de impacto y de transición	La definición de una condición de estatus para las enfermeras	El acceso a las esferas de representación
		La posición atribuida y ocupada puesta en estudio
		La lucha constante como parte de sus mapas cognitivos
	La necesidad de una disociación de si	El asalto de un alud de sentimientos
		El distanciamiento forzado de la propia experiencia
		El desarrollo reflejo de un sentido de tolerancia
	La percepción determinista de una falta de capacidad de acción	El relevo responsable de un entorno deficiente
		La fragmentación y la jerarquización de las condiciones de trabajo
		El poder prescriptivo de un destino programado
		La (im)posibilidad de influencia en el espacio (in)habitado

## Anexo XVI. Tercera categoría del árbol de codificación de los datos

CATEGORÍA 3		
El anhelo emancipador: un movimiento social y político simbolizado en las miradas, palabras y acciones		
Sección subcategorial preambular	La impresión de un* agente ético y político en el lenguaje: sobre la agentividad intratextual	La presentación de un <i>yo</i> comprometido con la causa emancipatoria
		La construcción de un relato inspirado en el discurso político
		La creación de utopías organizacionales
Sección subcategorial central	Las miradas de las enfermeras	La identificación y la apropiación de la (in)justicia
		El bricolaje de una identidad enfermera
		La planificación de un proyecto emancipador
	Las palabras de las enfermeras	Las ideas de cambio sobre el eje de elementos materiales
		Las ideas de cambio sobre el eje de elementos sociales
		Las ideas de cambio sobre el eje de elementos políticos
	Las acciones de las enfermeras	La remodelación de los límites del movimiento de las enfermeras
		La reflexión transversal a la acción
		Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje material
		Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje social
		Los hechos anecdóticos sobre las acciones ejercidas en el eje político
	Sección subcategorial de impacto y de transición	La emancipación de las enfermeras en tela de juicio
Los riesgos de imponer un nuevo régimen ideológico		
La inocencia de los movimientos hacia la transformación		
La responsabilidad de la transformación del orden de las cosas		La inmersión en un proceso de responsabilización
		La llamada de las enfermeras hacia su responsabilización colectiva
		La asunción coaccionada de una responsabilidad moral
La forma legítima de lucha		La imposibilidad de deshacer el solape entre la enfermera y el paciente
		El uso oportunista del paciente
		La lucha de las enfermeras en nombre del <i>otro</i>