



Universitat de Girona

LA FEMINITZACIÓ DE LA INFERMERIA CAUSALITAT I ESTRATÈGIES PER A LA FORMACIÓ DE PROFESSIONALS

Carme BERTRAN NOGUER

ISBN: 84-689-4860-8
Dipòsit legal: GI-I306-2005

TESI DOCTORAL

LA FEMINITZACIÓ DE LA INFERMERIA. CAUSALITAT I
ESTRATÈGIES PER A LA FORMACIÓ DELS
PROFESSIONALS

Doctoranda

Carme Bertran i Noguer

Directora

Dra. Dolors Juvinyà i Canal

Departament de Pedagogia

UNIVERSITAT DE GIRONA

2005

Dolors Juvinyà Canal, Catedràtica d'Escola Universitària de
Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona

CERTIFICA: Que la tesi doctoral titulada “La feminització de la
infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació
dels professionals”, que es presenta per optar al grau
de Doctora, ha estat realitzada per Carme Bertran
Noguer, sota la direcció de la Dra. Dolors Juvinyà
Canal

I per tal que consti als efectes oportuns, signo aquest certificat a
Girona, a 24 de maig de 2005

Dolors Juvinyà Canal

Agraïments

A totes les persones que amb la seva presència, afecte, accessibilitat i confiança, han fet possible la realització d'aquest treball: infermeres, infermers, metgesses i metges de la regió sanitària Girona, alumnes d'infermeria i medicina, responsables d'hospitals, d'atenció primària, dels col·legis professionals, de les facultats de medicina i al director de l'Escola Universitària d'Infermeria de Girona.

A la meva família que m'ha fet costat al llarg de la meva vida personal i professional, i m'ha recolzat en els moments de dificultat, especialment a la meva germana Anna per la seva ajuda.

Als companys del Departament i Centre que m'han donat el suport que he necessitat, concretament en David Ballester, l'Alícia Baltasar, la Neus Brugada, la Dolors Buch, en Màrius Gómez, en Joan Carles Corney, en Jordi Doltra, la Margalida Mayol, en Manel Moya, en Juli Muñoz, la Pilar Planas, la Collell Rigau i en Josep Olivet.

A la Carme Arpí, a la Conxi Fuentes, a la Rosa Suñer, a la Mariona Lloret, a la Isabel Mestres, a la Rosa Planas, en Dalmau Vila, a la Maribel Vila, i també a la Gemma Renart per les seves col·laboracions incondicionals.

A l'Eugènia Gras pel seu assessorament i accessibilitat.

A la meva directora de tesi per la seva constància, eficiència, qualitat humana i científica, pels seus grans coneixements i per la seva habilitat de transmetre'ls.

ÍNDIX GENERAL

<u>INTRODUCCIÓ</u>	7
---------------------------------	---

PRIMERA PART: MARC TEÒRIC DE REFERÈNCIA

CAPÍTOL 1: APROXIMACIÓ HISTÒRICA A LA PROFESSIONIÓ DE CUIDAR

1.1. Evolució de les cures.....	11
1.2. Ubicació i tipologia de les cures	14
1.2.1. Les institucions i l'assistència	14
1.2.2. Les cures extrahospitalàries	19
1.3. Religió i assistència	22
1.4. Formació i professionalització	25
1.4.1. L'etapa pre-professionalitzadora	25
1.4.2. La institucionalització de la infermeria	32
1.4.3. La consolidació professional.....	40
1.5. Ideologies en infermeria	44
1.5.1. Ideologies vinculades a la vocació.....	45
1.5.2. Ideologies vinculades a la professió	45

CAPÍTOL 2: LA INFLUÈNCIA DEL GÈNERE EN L'ORGANITZACIÓ DE LES PROFESSIONS SANITÀRIES

2.1. El gènere com a categoria analítica	51
2.1.1. Diferenciació conceptes sexe i gènere	51
2.1.2. Feminisme i biomedicina	53
2.2. La socialització de les professions	55
2.3. El gènere i les professions sanitàries	58
2.3.1. La feminització i la pràctica assistencial.....	58
2.3.2. La identitat professional.....	71
2.4. La perspectiva de gènere en els estudis universitaris	75
2.5. La dona i el tenir cura	82
2.6. La vocació en les professions de la salut	84

SEGONA PART: EL MARC METODOLÒGIC DE LA INVESTIGACIÓ

CAPÍTOL 3: EL PROCÉS DE LA INVESTIGACIÓ

3.1. Objectius de la investigació	90
3.2. Estratègia d'investigació	91

3.3. El treball de camp.....	92
3.3.1. Primera fase del treball de camp.....	92
3.3.1.1. La selecció de les persones informadores	93
3.3.1.2. El perfil sociodemogràfic i professional de les persones informadores	93
3.3.1.3. Les tècniques utilitzades en la recollida de dades.....	95
3.3.2. Segona fase del treball de camp	102
3.3.2.1. La selecció de les persones informadores	102
3.3.2.2. El perfil sociodemogràfic i professional de les persones informadores.....	104
3.3.2.3. Les tècniques utilitzades en la recollida de dades.....	106
3.4. El tractament de les dades: processament, anàlisi i interpretació	109

TERCERA PART: INFORME DE LA INVESTIGACIÓ

CAPÍTOL 4: ELS RESULTATS DE LA INVESTIGACIÓ.....	113
--	-----

CAPÍTOL 5: CONCLUSIONS.....	156
-----------------------------	-----

5.1. Limitacions de la investigació	156
5.2. Síntesi de les evidències	157
5.3. Línies per avançar: proposta de noves investigacions i estratègies per a la formació.....	168

<u>BIBLIOGRAFIA</u>	176
----------------------------------	-----

<u>ANNEXES</u>	185
-----------------------------	-----

Annex 1: Aportacions obtingudes en els grups nominals	186
Annex 2: Guió utilitzat en els grups de discussió	205
Annex 3: Guió utilitzat en les entrevistes.....	206
Annex 4: Models de qüestionari	207
Annex 5: Taules de col·legiació i distribució dels professionals d'infermeria de la regió sanitària Girona	229
Annex 6: Aportacions obtingudes en els grups de discussió (En CD adjunt)	
Annex 7: Transcripció literal dels grups de discussió i de les entrevistes (En CD adjunt)	
Annex 8: Dades literals registrades a partir dels artefactes etnogràfics documentals (En CD adjunt)	

INTRODUCCIÓ

La infermeria és una disciplina científica fonamentada en l'holisme, el respecte i la consideració per la individualitat de la persona, així com en el foment de la participació i autonomia dels individus, grups i societats en el procés de satisfacció de les seves necessitats en el marc de la salut i la malaltia (Siles, 1999).

La consideració de la infermeria com el resultat de l'evolució, dins de la societat, d'una activitat innata i essencial en l'ésser humà com és la de tenir cura, estretament vinculada a la dona, ha implicat un determinat escenari professionalitzador en el que s'han generat, especialment en les darreres dècades, percepcions negatives envers la valoració i el reconeixement social que tenen els seus professionals. És prou clar que malgrat el sentiment d'insatisfacció, els i les professionals incorporats/des en el món laboral continuen fent d'infermers i d'infermeres i la presència de dones en els estudis d'infermeria, arreu de l'Estat Espanyol, segueix mantenint el percentatge vigent en les dècades passades.

El sentiment de pertinença a un col·lectiu poc corporativista, poc implicat en la defensa i consolidació del reconeixement professional ens genera la inquietud de cercar les argumentacions explicatives en els mateixos professionals, i d'intentar establir possibles relacions causals amb la presència mantinguda de la dona en la infermeria.

Aquest estudi, pretén, per una banda, saber què és el que fa que el col·lectiu d'infermeria es percebi imbuït en una invisibilitat consentida per ell mateix, per altres professionals de la salut, per les institucions i per la pròpia societat a la que dona servei. Conèixer què ha suposat compartir l'entorn laboral amb un altre professional, el metge o la metgessa, principal responsable del procés de salut i generador de la majoria de tasques interdependents que realitzen els o les professionals d'infermeria; i determinar els valors que els professionals d'infermeria creuen que la societat hi veu en la seva professió, si aquests tenen relació amb els que culturalment s'atribueixen a les dones i què en pensen de la vocació. Si realment la reconeixen, si la veuen com la causant de la seva elecció professional, o si és un element que els/les fa romandre en l'exercici professional. Per altra banda, i a partir dels resultats, elaborar intervencions educatives, tant en l'espai de pre-grau de la formació infermera com en la formació continuada dels professionals ja incorporats en el món professional, per incidir i afavorir el desenvolupament ple i satisfactori de la professió.

Amb la finalitat d'estructurar els continguts del treball creiem oportú distribuir-lo en tres parts. La primera, integrada pel marc teòric, aporta, en primer terme, l'evolució històrica de la professió del tenir cura tant des d'una perspectiva d'evolució de les cures, com descriptiva d'aquells elements que han influït en la seva consolidació: la formació, la professionalització i el pes que la religió ha tingut en la permanència

de la dona en la infermeria i en les ideologies que han estat present en la professió al llarg del temps. Certament, el concepte de *vocació*, ha estat tradicionalment, tant per part dels propis professionals de la sanitat com pels usuaris, un element inherent a les professions de la salut i, especialment, a la infermeria, potser pels orígens religiosos del tenir cura i per les competències que n'han tingut els membres de les ordes religioses durant molts segles.

En segon terme, el marc teòric també aporta elements que argumenten la influència del gènere en l'organització de les professions sanitàries, des del propi procés de socialització professional, la pràctica assistencial i la identitat professional, tant en l'àmbit laboral com en el de formació.

La segona part de l'estudi, conté el capítol dedicat a la part metodològica de la investigació. Els seus objectius pretenen obtenir la informació necessària per vincular les repercussions de la feminització de la infermeria amb la percepció que els propis professionals tenen de la identitat i evolució professional així com detectar la presència d'accions formatives en els estudis universitaris de la diplomatura que reforcin i aportin eines als estudiants per acomodar la consciència de professió quan s'incorporen a l'àmbit laboral.

La infermeria ha compartit, des de sempre, espai de treball amb altres professionals de la salut, metges i metgesses i, tanmateix, l'evolució de la infermeria s'ha produït en paral·lel amb la medicina i com a conseqüència del seu avenç tecnològic. La interrelació, doncs, disciplinar i laboral dels seus professionals amb els de la infermeria ha comportat la seva inclusió en l'estudi, així com la d'estudiants d'infermeria i medicina, amb la intenció de crear un substrat d'opinió sobre aquestes professions sanitàries i poder comparar determinats aspectes, com ara la socialització, els valors, el gènere i la vocació, amb els expressats per la infermeria.

Les estratègies d'investigació utilitzades són *la combinació*, que permet la integració subsidiària del mètode quantitatiu en el qualitatiu en una sola seqüència d'investigació, i la triangulació que afavoreix la combinació dels artefactes etnogràfics amb les entrevistes i els qüestionaris.

La tercera part del treball, descriu els resultats obtinguts agrupats, segons els objectius que ens hem plantejat en la investigació; les conclusions a les que s'ha arribat una vegada analitzats els mateixos i les estratègies formatives que creiem oportú incorporar en els diferents espais docents. En l'universitari, pensem que la formació ha d'adoptar nous continguts curriculars que, de manera transversal, integrin els coneixements i habilitats necessàries per aconseguir un òptim assoliment del rol professional. La formació continuada de l'espai professional, ha d'afavorir la sensibilització de les institucions col·legials i assistencials envers la formació multidisciplinar dels seus professionals de la salut i, per últim, s'han de portar a terme iniciatives d'informació social sobre el paper de la infermeria en la promoció, prevenció i cura de la salut.

Finalment, l'apartat de Bibliografia relaciona les referències de les fonts consultades i, el dels Annexes aglutina les aportacions obtingudes en els grups nominals; el guió utilitzat en els grups de discussió i en les entrevistes; els diferents models de qüestionari; les taules de col·legiació provincials, autonòmiques i de Catalunya; i la distribució dels professionals d'infermeria de la regió sanitària Girona per àrees d'atenció.

Les aportacions obtingudes en els grups de discussió; la seva transcripció literal i la de les entrevistes, així com les dades registrades a partir dels artefactes etnogràfics documentals es recullen en un CD adjunt amb la intenció de facilitar el maneig del document escrit.

PRIMERA PART: MARC TEÒRIC DE REFERÈNCIA

CAPÍTOL 1: APROXIMACIÓ HISTÒRICA A LA PROFESSIÓ DE CUIDAR

1.1. Evolució de les cures

La Història ens ajuda a conèixer l'evolució de la professió al llarg dels segles i a comprendre la realitat actual. La infermeria és una professió antiga i jove a la vegada, antiga perquè sempre hi ha hagut una persona que ha tingut cura dels infants, de les persones malaltes, de les grans i/o dels ferits; però també és jove ja que fins al segle XIX, no ha disposat d'escoles per a la formació específica dels professionals (Valls, 1996). En aquesta evolució hi ha unes etapes, cronològicament ben diferenciades: la primera va des del segle VI fins al XVI, la segona del s. XVII fins al s. XIX i començaments del s. XX, i, la darrera, des del segon terç del segle XX fins a l'actualitat. Aquestes han estat imbuïdes d'elements essencials per la identificació social i professional de la infermeria com ara la religió, els diferents àmbits de les cures, l'institucional i el comunitari, la formació, i les ideologies; i aporten els aspectes importants de l'evolució i formalització professional.

L'origen de les activitats de tenir cura i la gènesi de la professió infermera a Espanya, es va iniciar amb la creació dels primers hospitals a partir del segle VI (any 580). Des de llavors, i fins a l'any 1500, els objectius de les institucions hospitalàries eren resoldre una problemàtica principalment social: acollir pobres, persones malaltes, persones sense sostre, i infants abandonats, entre d'altres, i per fer-ho hi havien persones que ajudaven als seus conciutadans a superar les dificultats per les que travessaven. L'organització institucional, en aquest període, va fer que sorgissin diversos estaments a nivell del personal dels hospitals i es van utilitzar diferents denominacions per a diverses activitats. En l'aspecte concret de l'administració de cures, les denominacions de més gran tradició van ser les d'*hospitaler* i *infermer*. La denominació *infermera* no s'ha pogut constatar que sigui explicitada en documents fins al segle XVII, malgrat van existir, ja molt abans, dones que van assumir funcions similars a l'*infermer* (Domínguez-Alcón, 1986).

Entre el personal dels hospitals hi figuraven indistintament homes i dones que atenien les persones allí acollides i duïen a terme cures autònomes, diferents a l'activitat mèdica. La prestació de les cures complia una finalitat concreta, que pot explicitar-se com la satisfacció de les necessitats bàsiques de la persona, no només d'aspectes físics, sinó també en les espirituals. També existia una manera rudimentària de treball coordinat entre les persones que proporcionaven cures i altres amb responsabilitats en l'hospital i a prop de les persones malaltes, així com la presència de jerarquització entre el personal dedicat a les cures. Aquest, a banda de rebre una compensació econòmica per les tasques realitzades, gaudien de reconeixement social. No sembla que en cap cas fossin les pròpies persones

que van realitzar les cures les que deixaren constància documental de les seves experiències i coneixements, la transmissió dels mateixos es va realitzar utilitzant la via oral.

Però, al llarg d'aquests primers segles, les cures no van ser exclusives de l'àmbit institucional sinó que hi havien matrones o parteres, dides i guaridores que realitzaven tasques d'atenció a domicili. Aquestes activitats van ser dutes a terme exclusivament per dones que posseïen uns coneixements específics que les van permetre desenvolupar la seva feina amb autonomia i eficàcia, fet que, en general, va ser reconegut i admès. Les cures estaven vinculades a promoure la vida, la salut (parts i alletament) i orientades més a activitats existencials bàsiques que a la reparació o cura de la malaltia. Pel compliment de la seva tasca rebien una compensació econòmica i els seus coneixements i experiències es devien d'haver transmès oralment ja que no s'han trobat documents. Més endavant, van ser els homes qui els van expressar per escrit.

L'evolució de les cures durant els primers segles, però especialment des del s. XVII fins al s. XIX, va estar fonamentalment marcada per la presència de les ordres religioses que van desenvolupar el moviment hospitalari i l'activitat assistencial. A partir del segle XVI, un aspecte significatiu en l'evolució de les cures va ser l'edició d'algunes obres destinades a la instrucció d'aquells qui les proporcionaven. Van aparèixer algunes publicacions amb l'objectiu d'instruir les parteres, per una banda, i els infermers, per l'altra, proporcionant coneixements que els fossin útils a l'hora de posar en pràctica les seves activitats (Domínguez-Alcón, 1986).

En el segle XVIII, les cures van ser assumides per a religiosos i religioses en la doble dimensió espiritual i corporal-física, concedint una importància primordial a la dimensió espiritual, pel sentit que se li donava al patiment i al dolor com a expiació del pecat i oferiment a Déu. La caritat, ajuda al semblant, realització de les cures per vocació i per una crida interior, van ser probablement els trets bàsics que es desprenen de l'anàlisi de les ordres religioses més vinculades a la cura de malalts a Espanya. S'observa així la realització tant de cures de reparació, com de manteniment de la vida, inclosa l'atenció a orfes en les cases bressol. També es van fer algunes tasques de prevenció destinades a evitar el contagi de les malalties infeccioses (Esevarri, 1995).

A nivell dels registres oficials, les diferents categories de personal sanitari que van exercir activitats en hospitals van ser agrupades en quatre apartats diferents: capellans, facultatius, empleats i servents. En el grup d'empleats s'inclouïen els infermers i infermeres, i entre els servents l'altre personal que realitzava cures (Censo del Conde de Floridablanca, 1787).

En el segle XIX i principis del s. XX es creen les primeres escoles d'infermeria i s'institucionalitza la professió. L'orientació de les cures presenta tres vessants diferenciades: les cures sobretot de *reparació* com *aplicació de tècniques concretes*, que assumeixen principalment els practicants, en gran part fora de les institucions hospitalàries, i les *matrones* que van seguir exercint les seves

activitats relacionades amb els parts, establint-se per a uns i altres una normativa legal tant en la formació com en l'activitat professional, quedant la formació sota jurisdicció mèdica. Una l'altra vessant ben diferenciada la constitueixen les *cures al capçal del malalt*, que van assumir les *infermeres* amb una orientació de cures de reparació en part i de manteniment de la vida, encara que limitades, ja que primordialment les infermeres actuaven com a estament que, estant en permanència al costat del pacient, podien recollir una valuosa informació que transmetien al metge, per a que aquest pogués decidir respecte a les accions que calia emprendre.

L'orientació de les infermeres era més al servei de la medicina que del propi malalt, malgrat estaven presents tant els valors morals i religiosos, com els sentiments de vocació i caritat. El moviment religiós i la pressió mèdica van ser elements fonamentals que es trobaven presents en el moment de la institucionalització de la professió, més que la presència d'una líder femenina, com havia succeït en altres països (Esevarri, 1995).

Fins ben passada la primera meitat del segle XX la formació d'infermeres i practicants es va dur a terme segons les pautes establertes a principis de segle, amb una orientació cap a la malaltia i supeditada a la medicina. Es van reconèixer tres titulacions diferents (llevadora, practicant i infermera) i, en cada cas, es van establir les funcions pertinents: l'atenció als parts per les llevadores, l'aplicació de tècniques pels practicants (cirurgia menor, ajudar al cirurgià en operacions, cures, aplicar medicines i tractaments, assistir a parts normals, vacunacions, actuar de pedicurer o cirurgià, callista, massatgista), i unes tasques més centrades en la cura directa de la persona o malalt per a les *infermeres* (assistència de caràcter familiar, higiene, alimentació, recollida de dades i l'aplicació de tècniques).

L'any 1955, a nivell de la formació, s'unifiquen les titulacions i sorgeix la denominació d'Ajudant Tècnic Sanitari (ATS), i, a nivell de la pràctica professional es va establir una col·legiació diferenciada per sexes en les seccions de practicants, infermeres i llevadores, respectivament, que sovint també tenien seus socials diferents. L'orientació de la formació va ser eminentment tècnica-mèdica, realitzada majoritàriament per metges, i amb escassa participació dels infermers i de les infermeres en la política general de formació.

L'entrada a la universitat, promoguda pels propis professionals l'any 1977, va propiciar la creació de les Escoles Universitàries d'Infermeria (EUI) i la nova denominació de Diplomats en Infermeria. Es produeix una reforma dels plans d'estudis i l'orientació teòrica dels programes es dirigeix cap a la salut i a la formació que no es concentra només en l'àmbit hospitalari, sinó que posa un èmfasi especial en l'assistència a la comunitat. També s'inclouen assignatures que permeten una perspectiva d'atenció global a la persona (Domínguez-Alcón, 1996). Aquesta reforma va donar noves perspectives a la professió, no només per a la formació universitària i progrés acadèmic sinó per a la possibilitat d'accedir a llocs diferents dels de les ensenyances clíniques als que estaven acostumats. La possibilitat d'aconseguir estudis de segon cicle obre una porta cap als estudis de post-grau (màster professionalitzador i doctorat) amb els beneficis que comporta en l'àmbit docent, investigador i en el terreny assistencial (Siles, 1999).

Finalment, cal dir que la infermeria, tant en la formació com en l'exercici professional, ha estat marcada per ideologies que parteixen del primer terç del segle XX, sedimentades sobre unes nocions base que tenen com a eix la vocació i la professió i que han anat modelant la professió al llarg de la història.

1.2. Ubicació i tipologia de les cures

En els seus més remots orígens, *tenir cura, atendre* era una noció lligada a qualsevol forma de vida i proporcionar cures pot considerar-se inseparable de la noció de supervivència dels éssers humans, de la continuïtat de la vida en grup, del desenvolupament de la mateixa i del seu manteniment (Collière, 1993). A Espanya, a l'igual que en d'altres països, ni la infermeria ni la medicina van ser abans del segle X un art o una ciència, sinó un conjunt de nocions que, transmeses per tradició, eren exercides per persones que reunien un determinat saber; això els permetia desenvolupar, en el grup, unes funcions imprescindibles per a la continuïtat de la vida, mitjançant la satisfacció de les necessitats primàries: respiració, alimentació, repòs, exercici, eliminació, procreació, etc. Aquestes activitats eren dutes a terme per dones, amb molta freqüència, algunes d'elles de forma gairebé exclusiva (cures lligades al part), amb major o menor reconeixement social. La noció de *tenir cura* és anterior a l'aparició d'institucions destinades a recollir persones malaltes, pobres, peregrins, orfes, pidolaires, bojos i infants (Domínguez-Alcón, 1986).

La cura de les persones que necessitaven atenció es portava a terme, indistintament, a les institucions sanitàries i a la comunitat (cures domiciliàries).

1.2.1. Les institucions i l'assistència

A Espanya, abans del 1500, hi havia 158 establiments relacionats amb el tenir cura, i d'aquests, gairebé un centenar, concretament 97, eren hospitals, dels que hi ha dades documentals sobre el seu fundador, any de creació, personal empleat, capacitat, finalitat del mateix, etc. D'aquests 97 establiments sanitaris, en 32 es fa referència explícita a persones que proporcionaven cures, sota denominacions diferents: *hospitaler, hospitalera, donat, donada, clauera, sirvienta, sirvienta, macipa, mossa, misnistre, infermer, infermera, practicant, barber, esclau, dida, freire, freira, dona qui ha carrech de les malalties, dona qui ha carrech dels infants*. Aquestes denominacions, que no apareixen documentalment fins al segle XII, es repeteixen en diferents hospitals però les que més sovintegen són les d'*hospitaler, hospitalera* i *infermer*. S'ha de destacar que, a principis de 1600, en algunes institucions, la figura d'*hospitaler* es compara amb la d'*infermer*.

La primera institució, a Espanya, destinada a acollir persones malaltes va ser l'Hospital de Mèrida, fundat cap a l'any 580 pel bisbe Masona, qui "(...) labró un Hospital para toda suerte de enfermos, esclavos libres, cristianos o judíos, aplicándole copioso patrimonio con muchos médicos y ministros, y surtimiento de cuanto podía conducir al bien de los enfermos" (Padre H. Flórez, 1723, t. XIII:236).

Flórez també indica que es va enviar als metges que recorreguessin contínuament la ciutat per a recollir els malalts que allí s'hi trobessin i que de tots els regals que arribessin al Palau del Prelat, la meitat es destinessin a l'hospital. La preocupació pel confort, pel benestar dels pacients i la caritat vers els pobres, queda reflectida ja des de l'aparició del primer establiment hospitalari, malgrat no s'esmenta específicament com es realitzaven les cures, només les tasques d'allotjament i alimentació.

Al 1128 es cita l'*hospitalera* de l'Hospital de Dios Padre de Burgos, i al 1220, un *hospitaler* en l'Hospital de la Seu a Tarragona, que en aquest cas concret era, al mateix temps, administrador de l'hospital, fet que no era freqüent en altres hospitals, en que el càrrec d'administrador o procurador no el desenvolupava la persona que exercia d'*hospitaler*; en general, es reconeixien activitats diferents per cadascun d'ells.

Els administradors o procuradors dels hospitals eren homes menys el de l'Hospital del Rei de Burgos (1209), fundat per Alfons VIII, que era administrat per l'Abadessa del Monestir de les Huelgas. Sembla ser que va ser el propi fundador qui va instituir, ja des dels seus orígens, uns determinats bens pel sosteniment de la institució sanitària així com la dotació de personal: dotze *freires* i un *comendador*, que era un freire amb responsabilitat superior als dotze restants i que depenia jeràrquicament de l'abadessa, per a dur a terme els pietosos fins de la institució. També hi havien d'haver vuit *freiras* de famílies honrades que tenien la mateixa professió que els *freires*, a més de set capellans i un sagristà, tots anomenats per l'abadessa. Aquesta comunitat constituïa una nova ordre d'hospitalaris cistercencs. Un aspecte a destacar era la submissió dels *freires* a la senyora abadessa. A les *freiras* se les va concedir el títol d'infermeres essent abadessa Anna de Mendoza (1701-1711).

Al 1210 es fa menció a la *infermera* en l'Hospital del Rei, dependent del Monestir de les Huelgas, de Burgos (Álvarez Sierra, 1975: 108), però aquesta sembla ser excepcional ja que fins als segles XVI i XVII no torna a sortir en documents. La figura de l'*infermer*, en canvi, ja es cita l'any 1316, en l'acta de la visita al Monestir de Poblet de l'orde cistercenca.

Entre els segles XII i XIV les activitats dutes a terme per l'*hospitaler* no es diferencien gaire d'unes ordes a d'altres. En general, eren escollits per al càrrec per alguna autoritat relacionada amb l'hospital (conseller, etc.). Excepcionalment, s'encarregaven de l'administració de l'hospital; amb freqüència, exercien com enterradors i eren habitualment responsables dels mobles i les robes, dels que acostumaven a fer inventari periòdicament. Havien de donar compte del que succeïa a l'hospital i consta igualment que tenien molt treball per a rebre els malalts, encara que poques vegades queda explicitada les accions que portaven a terme. Sovint, es fa referència que en els hospitals es contractava un *matrimoni* i en molts casos es concreta que per a que fessin d'*hospitaler* i *hospitalera*. Sembla imprescindible contractar la dona de l'*hospitaler* ja que s'encarregava de la cuina, la roba i l'assistència als malalts. En alguns casos, abans del segle XIV, es citen cures concretes com ara la pràctica de sangnies o la neteja de nafres dels leprosos (Pérez Santamaría, 1980).

Respecte a l'assistència als leprosos a l'hospital, en ocasions, era realitzada per persones assalariades (la *serventa* o *macipa*, la *clauera*), també per *esclaus* i *esclaves*, i, a vegades, les pròpies institucions per a leprosos constituïen una orde religiosa de la qual aquests en formaven part (Roca, 1914:7) o una *comunitat de frares* que els assistia. En altres hospitals, a principis del 1300, eren *homes* i *dones* els quals, a les ordres del rector o procurador, proporcionaven cures als malalts. També es fa referència al *donat* i a les *donades*, a més d'algunes criades. Els donats eren germans i germanes sense professió religiosa.

Els hospitals, en general, tenien pocs llits, no passaven de 20 (De Miguel, 1982), malgrat que, en algun d'ells el número de llits fos molt alt, com, per exemple, en l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona, que el 1504, sobrepassava els 400 (Bruniquer, 1916, vol V:43).

Degut a la mida reduïda de la majoria d'hospitals abans de l'any 1500, el mateix matrimoni s'encarregava, amb l'ajut d'alguns servents, d'administrar les atencions que eren bàsicament l'allotjament i alimentació. El tema de la composició dels aliments i l'ús del vi és un aspecte al que s'al·ludeix amb relativa freqüència des del segle XII al XIV. Les activitats que es duïen a terme es poden classificar en *cures base* que servien per assistir els malalts, *cures d'higiene* i *confort* que agrupen les activitats orientades a procurar el bé dels pacients en un sentit de descans, repòs, acollida, vestimenta, allotjament i higiene personal; i l'*alimentació*, tant dels adults com dels infants, que és un dels aspectes al que es dedica més atenció en els hospitals anteriors al 1500.

La vigilància o observació sistemàtica de les persones malaltes es menciona en alguns hospitals: "Interrogant e escutant aquell (el malalt), be e diligentment ab bones y gracioses paraules (...) encara sia tengut lo dit *Enfermer* de visitar, veure e regonexer, ordinariament cascun dia e cascuna nit, tots los pobres malalts, qui seran en lo dit hospital, ço es, de mati dues vegades e après dinar alters dues vegades e singularment, sen nenguna falla, en los ores que menjaran, per çó que per ell sia vista la manera de llur menja e si les viandes quels hauran aparellades, ell gusntant o tastant aquellas seran bones e competents e en la nit, ço es ans de mita nit una vegada" (Roca, 1920:XI i XVI), aspecte que podria equiparar-se a les *cures tècniques*. Quant a les *cures amb finalitats diagnòstiques*, queda explícita la recollida d'orina perquè els metges la veiessin. De les *cures amb finalitats terapèutiques*, la que més s'anomena és l'administració de la medicació o dels aliments que el metge ordenava o, en alguns casos, la cura de les ferides.

Una interpretació d'allò que en el segle XV i anteriors es podria considerar com a *comunicació i contacte amb la persona malalta* podria ser la preocupació pel seu bé, per la seva vida espiritual, que a l'Hospital General de la Santa Creu de Barcelona s'expressa a nivell de les obligacions del *Infermer* com "que apres quel dit pobre o pacient sera posat en son llit hi confortat de alguna refecció, de continent faça instància al dit Rector de la capella, qui ha cura de les animes, quel visit per administrarli confessió e los altres sacraments (...) encarregant lo dit pobre pacient e faenli consciencia e graciosament ab bona manera, animarlo e induintlo,

que de sa propia boca ho deia dir e manifestar tot distinctament al scribá de ració” (Roca, 1920: 31).

Pel que fa referència a les *Tasques centrades en el personal* es troben activitats amb l'objectiu de formar, informar al personal, contribuir a la seva evolució i perfeccionament. Es tenen en compte els *temps d'espera*, entre una activitat i una altra, el de *transport* de material o malalts i el *temps personal* en el sentit de moments de relaxament.

També es realitzen *cures indirectes*; les que es refereixen a tasques com la preparació de material de cures, preparació per a la distribució de medicació, la lectura de la descripció de les obligacions d'*Infermer, dona qui ha carrech de les malaltes, dona qui ha carrech del infants* (any 1417) suggereix la realització d'aquestes tasques.

Com a *prestacions hoteleres* poden considerar-se els treballs de neteja i refer els llits. Les tasques d'*administració i gestió* impliquen aquelles activitats que comporten la redacció d'algun document escrit ja que l'*Infermer* era dipositori dels bens del pacient i, en cas de que es morís, gestionava el pas dels mateixos a l'hospital. *Treballs de secretaria i escriptura*, considerats com control de moviments de malalts, entrades i sortides, consta ja des de l'any 1457 i fins al 1756, on per exemple entre les obligacions de l'*Infermer* de l'Hospital General de la Santa Creu hi especifica la de tenir i escriure en el Llibre d'entrades.

En resum, es podria dir que així es documenta l'existència de *cures d'infermeria* en alguns hospitals espanyols anteriors a l'any 1500. És evident l'existència de *cures* com tasques concretes i ben diferenciades d'altres, exercides tant per dones com per homes. La majoria d'hospitals dels que s'ha trobat documentació són catalans. És a l'Hospital General de la Santa Creu de Barcelona on les activitats relacionades amb les *cures* es detallen, ja l'any 1417, de manera més completa i no només per al *Infermer* sinó també per a la *dona qui ha carrech deles dones malaltes i dona qui ha carrech dels infants*, precursoras ambdues de la infermera, malgrat no són citades documentalment sota aquesta denominació. Les descripcions de les funcions a realitzar per les dues suposen no només les tasques de tenir cura de malalts i nens, sinó també una noció de jerarquia dins d'aquest grup de persones, elles eren responsables d'altres *serventes*, que realitzaven també *cures*.

Dins el col·lectiu femení que proporcionava cures en hospitals abans de l'any 1500 poden distingir-se tres nivells diferents. En primer lloc, l'*hospitalera*, que en els segles XIII i XIV administrava cures i es responsabilitzava de la bona marxa de l'hospital en quant a tasques de roba, alimentació dels pacients i assistència, precursora de la infermera, malgrat no sigui citada sota aquesta denominació. En segon lloc, la *serventa o macipa*, moessa, *serventes* que administrava cures, abans i després i durant el segle XV, en general sota les ordres de l'*hospitaler*, rebent, per això, un salari. En tercer lloc, està la *dona qui ha carrech deles malaltes i dona qui ha carrech dels infants*, que ja en el segle XV realitzava *cures* però tenia, a més, al seu càrrec altres persones *serventes*, que proporcionaven *cures* i eren assalariades. Les dones cobraven menys diners per a fer la mateixa feina.

A més de les persones que treballaven en els hospitals, en ocasions hi col·laboraven homes i dones voluntaris que formaven o no confraries.

Durant el Renaixement, els hospitals van experimentar una important reeixida relacionada amb la participació de la noblesa, la burgesia urbana i la monarquia en el procés de fundació i manteniment dels mateixos. A banda dels hospitals monàstics, que sorgeixen en els annexes o en l'interior dels monestirs, al llarg del segle XVI, es fan fundar hospitals en les ciutats mitjançant les donacions de nobles rics i burgesos. Aquests hospitals seguien estant sota la custòdia de religiosos i religioses que s'encarregaven de les cures assistencials, la burocràcia i la direcció. Amb l'aparició de les primeres nacions europees (Anglaterra, França i Espanya) es van fundar els primers hospitals reials que també estaven administrats per ordes religioses però comptaven amb personal laic contractat: metges, practicants, mossos, infermeres, dides, governants, etc.

A finals del segle XVI i començaments del s. XVII, a Espanya hi havia tants hospitals sense gairebé recursos (molts, petits i sense mitjans), que es va decidir fer una reforma hospitalària que va consistir en la creació d'hospitals grans mitjançant l'absorció de centres petits. Aquesta reforma s'ha d'interpretar com una conseqüència del paper de l'Estat en la planificació sanitària, que va tenir el seu origen en el Renaixement (Eseverri, 1995). En els segles propers i fins entrat el segle XIX, els hospitals van mantenint la seva tasca sanitària i d'acollida social sota la implicació i tutela principal de les ordes religioses.

Durant els segles XVIII i XIX es van produir canvis en els esquemes econòmics, polítics i socials com a conseqüència d'una sèrie de revolucions que es van condicionar mútuament: geogràfica, industrial, política, demogràfica, científica-tecnològica i cultural.

La revolució geogràfica, com a conseqüència de l'expansió de les potències marítimes, va suposar la millora dels transports i un escurçament de les distàncies que va repercutir en la introducció de noves matèries primes i en la internacionalització del mercat. Aquest fet, també va incidir en la revolució demogràfica que, a la vegada, va ser causa i conseqüència de la revolució industrial i de l'empitjorament de les condicions de vida de les zones rurals. L'increment de població de les ciutats va arribar a ser tan ràpid que les infraestructures dels municipis, que encara conservaven les seves muralles medievals, no era suficient per acollir al contingent humà de nous nadius produint-se situacions d'agrupament de les famílies obreres amb gran risc per la salut.

Quant a la interpretació de la malaltia i dels fenòmens relacionats amb la salut, s'inaugura una nova fase, ja que la religió i les causes sobrenaturals desapareixen de l'esquema mental interpretatiu. La revolució científica s'inspira en la Il·lustració i es basa en una concepció materialista i realista de la vida. La ciència avança mitjançant la comprovació d'idees o hipòtesis i la interpretació de les causes de la malaltia prescindint del component religiós que havia estat present en l'evolució de les malalties des del començament de la història.

L'obra de científics com Jenner, Koch i Pasteur avala aquesta perspectiva positivista que permet la comprovació empírica de la causa de les malalties i

introdueix tres conceptes claus en la seva nova interpretació: la prevenció, la profilaxi i l'antisèpsia. La demografia sanitària va assentar, en aquell moment, les bases per a que els Estats i els governs prenguessin consciència de la seva responsabilitat en el manteniment de les condicions òptimes de vida que permetessin portar una existència saludable.

Després de la Revolució Francesa i de les guerres napoleòniques, el dret al treball i a la salut es va consolidar, i la salut es va deixar de veure com un procés individual de responsabilitat personal i privada (Siles, 1999). En conseqüència, els hospitals que seguien dependent, amb gran mesura, de l'Església, passen a ser gradualment controlats per l'Estat, els municipis i les diputacions provincials se'n fan càrrec, malgrat en els països catòlics les ordes religioses encara realitzaven l'assistència a persones malaltes. En els països protestants, les infermeres i mossos es reclutaven entre les capes més baixes de la societat (Siles, 1999).

En el segle XX, com a conseqüència de la creació d'escoles d'infermeria arreu d'Europa, els hospitals comencen a incorporar professionals laics que comparteixen l'activitat assistencial amb religioses. Aquest fet es veu potenciat per l'obertura de grans residències sanitàries promogudes per la Dictadura del general Franco, en les que es comparteix l'atenció sanitària amb la de formació dels professionals d'infermeria.

Aquestes organitzacions sanitàries es comencen a jerarquitzar, en quant a estructura interna de govern, a partir dels anys cinquanta. La figura que aglutina la responsabilitat assistencial, ja que l'econòmica està gestionada per l'Estat, és la de director gerent o director mèdic. La varietat de figures de gestió representatives dels àmbits professionals que intervenen en una institució no es consolida fins a mitjans del segle XX. Per altra banda, l'evolució tecnològica que afecta la salut incideix en el nivell d'especialització de la infermeria. Els hospitals es van diferenciant, internament, arribant a ser un conglomerat de moltes subespecialitzacions on la infermeria ha de dominar, més que mai, la part tècnica de l'atenció (Navarro, 2001).

1.2.2. Les cures extrahospitalàries

Les activitats que es refereixen a les cures extrainstitucionals, fins al 1500, abasten uns grups de referència ben concrets: les dides, les parteres o llevadores, les cures a domicili, altres pràctiques guaridores exercitades per dones que *sabien* curar malalties, a més de les dones dedicades a la medicina. A Europa, durant l'Edat mitjana, existia una certa tradició d'activitat filantròpica exercida per les dames nobles. S'esperava de l'Emperador que fos el defensor de l'Església i era un deure de l'Emperadriu curar les ferides originades en la batalla (Dietter Jetter i Lain Entralgo, 1976:278-282).

Van existir dones que van realitzar activitats de tenir cura, van exercir la medicina o van escriure sobre elles, algunes tan conegudes com Santa Hildegarde, abadessa de Bingen que va néixer l'any 1098. La seva "història natural" és una farmacopea basada en la tradició popular i destinada a l'ús popular; en ella tracta de les propietats terapèutiques de les pedres, plantes, animals; el punt de vista

religió predomina en la seva obra (Los hermanos del Hospital de la Santa Cruz, 1935:39).

L'existència de llevadores que tenien cura i assistien tant a les grans dames com a altres dones va ser freqüent en diverses regions d'Espanya. En el segle XIII, en les Partides del rei Alfons el Savi, Partida II, Llei III, s'indicava ja que les *comadrones* o llevadores havien d'ocupar-se de l'atenció a la mare durant la gestació, així com del nen; i expressava també les condicions que havia de reunir una bona dida. Malgrat les nombroses referències documentals que fan referència a les tasques realitzades per a les llevadores i a la seva remuneració, aquestes no van transmetre per escrit els seus coneixements, ni experiències i gairebé no han arribat fins a nosaltres els seus noms. Va ser a partir de l'any 1500 i fins a finals del 1800, quan apareixen manuals, escrits per homes, sobre l'assistència a parts.

L'activitat realitzada per les dides, la manera de tenir cura, i el treball femení assalariat, són aspectes que s'han de destacar en el període comprès entre els anys 1000 i 1500. Les dones de certa posició no acostumaven a criar elles mateixes els seus fills i retribuïen molt bé les dides, que se'n ocupaven (Vinyoles, 1976:43). Era aquest, doncs, ja un bon motiu de l'existència d'aquesta activitat, encara que no la més important, sinó la presència de nombrosos orfes i expòsits el que va motivar la raó de ser de les dides, en una societat en la que la fam i les epidèmies colpejaven amb molta freqüència, i no només l'existència de dides sinó de l'assistència institucional de nens abandonats, tant a Espanya com a Europa (Vinyoles, 1982).

La preocupació de la cura dels infants és evident ja que el mateix hospital contractava les dides i quan no era possible es compraven cabres per obtenir llet. Des d'una perspectiva d'anàlisi de les cures que proporcionaven les dides, existeixen uns documents que suposen un excepcional testimoni al respecte. Es tracta dels *llibres d'infants i dides o llibres d'expòsits*, que es conserven en l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, dels quals existeixen 22 volums diferents i tres carpetes, a on, des de 1426 a 1873 es recullen dades que informen bàsicament del nom de pila, i, a vegades, el primer cognom, dels nens abandonats, l'edat, la data en que van ser deixats a l'hospital i el lloc exacte, com ara la porta o el torn, la manera en què anaven vestits, si portaven algun objecte amb ells, com per exemple una medalla, un braçalet, un collaret, una cinta, o altres elements com ara herbes, llavors, així com la transcripció de la nota que sovint es deixava enganxada a la roba dels nens on s'indicava si eren o no batejats, noms dels mateixos, procedència o alguna indicació especial respecte els hàbits o costums.

L'aspecte més a destacar en aquest període referent a les dides és el concepte de cura integral en quant a la responsabilitat global respecte al nadó mentre durava la lactància, fins i tot, el nen vivia a casa seva i s'estava allà fins que es produïa el deslletament. La dida l'atenia estigués sa o malalt i s'encarregava de ensenyar-li a caminar, parlar i s'ocupava de totes les seves necessitats. L'hospital pagava les despeses de roba, medicines, alimentació i el sou de la dida. Només el nen era

retornat a l'hospital en cas de que aquesta es quedés embarassada, perdés la llet o estigués malalta o bé el nen es morís.

En les mateixes institucions hospitalàries hi havia dones que desenvolupaven tasques referents als infants. A l'hospital de la Santa Creu, en les *Ordinacions* de 1417, es descriu un lloc de treball, el de la *dona qui ha carrech dels infants*, i entre les seves funcions s'indica la de proporcionar totes les cures necessàries als nens, ajudada per servents que estaven sota les seves ordres. A l'hospital s'atenia els infants malalts, bojós, recent nascuts, fins que trobaven dida i també els que aquestes retornaven, posant especial atenció a la higiene i a l'alimentació. També se'n feia càrrec de tutelar els infants i ensenyar-los un ofici quan tenien edat per fer-lo, llavors, si era possible, es tornaven als seus pares o se'ls reinseria socialment. Les cures proporcionades des del deslletament fins als sis anys estaven encomanades a la *dona que ha carrech dels infants*.

A banda de *les cures a domicili* realitzades per les dides, també, en aquella època, es van portar a terme unes *cures a domicili* en el sentit actual d'aquesta forma d'atenció en la nostra societat. Ens referim als actes realitzats per persones, dones segons les fonts documentals, amb uns coneixements, que es desplaçaven al domicili del pacient i es quedaven allà fent-se càrrec de tot el que feia referència al malalt fins que estigués recuperat rebent, per això, un salari.

Altres formes de *cures* realitzades per dones són, sens dubte, les pràctiques curatives o sanadores, de les que hi ha constància a Espanya com activitat diferent de les citades i diferenciada de la medicina. Hi ha una gran dificultat en el seguiment d'aquestes pràctiques ja que sovint es vinculaven a la bruixeria que feia mal. Estan documentades gràcies als serveis que es feien a les cases reials i benestants. Durant els segles XIV i XV s'ha pogut constatar, en algunes zones d'Espanya, l'existència de dones que exercien la medicina, que tenien autorització expressa per a fer-ho i que en preferència es dedicaven a la ginecologia (Roca, 1914:39).

La figura del practicant, que no va arribar a ser oficial com a professional fins l'any 1857, ja apareix en la societat espanyola del segle XV (Eseverri, 1995) amb un àmbit de treball compartit entre l'atenció hospitalària i la domiciliària i realitzada per homes.

Les cures extrahospitalàries les van seguir desenvolupant les dones al llarg dels segles XVI i XVII exemptes d'una educació específica que s'orientava cap a uns quants privilegiats. No serà fins al segle XVIII, quan amb l'Il·lustrisme apareix l'interès pels *sabers útils*, es regulen els plans d'estudis i l'educació es comença a estendre a la resta de la població.

En el XIX, amb l'ànim d'encaminar l'educació higiènica i moral de la dona, se la comença a instruir fonamentalment en funció dels seus rols materns (cura de les persones malaltes, infants i persones grans). Aquesta iniciativa tindrà el seu fruit en les tres primeres dècades del segle XX en les que, a banda de les matrones i els practicants, que eren els únics professionals amb regulació legal tant a nivell laboral com acadèmic, s'aprova el títol d'infermera, en 1915, i sorgeixen noves

figures d'atenció extrahospitalària com ara les infermeres visitadores puericultores i les infermeres instructores sanitàries (Siles, 1999).

Més tard, i fins arribar a la reforma de l'Atenció Primària, els infermers tornen a liderar l'assistència docimiliària a través dels anomenats APD (Assistència Pública Domiciliària) i les infermeres, en els ambulatoris, realitzen una tasca assistencial com a ajudants del metge. L'arribada de la reforma, l'any 1985, comporta un guany qualitatiu de la infermeria en quant a autonomia de rol i com a integrant d'un equip multidisciplinar que compta amb una independència d'actuació i amb un espai o consulta pròpia per portar a terme la seva professió amb exclusivitat i consistència.

1.3. Religió i assistència

La vinculació de les ordes religioses-militars amb l'assistència als malalts és coneguda i tractada en els manuals d'història de la infermeria de tots els països. Els cavallers hospitalaris Sanjuanistas (1120), els Templaris (1120), l'Ordre Teutònic (1142), entre altres, van actuar a Europa entre els anys 1000 i 1500. Però la informació de que es disposa d'aquest període, a Espanya, sobre les activitats i influències de religiosos i religioses en les cures dels malalts és força dispersa però la seva relació amb la història de la infermeria no ha passat desapercebuda.

En el període que es fa referència es pot constatar l'establiment o creació de diferents ordes i congregacions religioses a Espanya, a banda d'ordes civils promogudes per altres instàncies diferents a les religioses com ara la burgesia, que van tenir també importància i vinculació amb l'assistència, com l'orde de les Antonites (1200), la de l'Esperit Sant (1198), els Cruciferaris (1253). Són associacions que van donar origen a congregacions assistencials que han tingut al seu càrrec les cures de malalts (Dietter Jetter, Lain Entralgo, 1976: 278).

Bàsicament, els objectius de les primeres ordes religioses eren l'assistència a les persones leproses, assegurar-se contra les incursions dels infidels, ajudar els peregrins, i atendre els afectats d'algunes epidèmies. Durant aquest període, el seguiment de l'activitat de religiosos i religioses que proporcionaven cures ofereix moltes dificultats i, malgrat ha quedat constància de la seva existència així com de la seva labor humanitària, poc se sap de com les portaven a terme, ni quines accions realitzaven els que les dispensaven. De totes maneres, clergues i laics, monjos i monges, freires i freiras, germans i gemanes, donats, etc. tenien reglamentada la seva actuació per nivells.

La relació i influència de l'Església amb la creació i evolució dels establiments hospitalaris o d'assistència i l'administració de cures queda patent no només per a la seva intervenció directa en la creació d'un nombre important d'hospitals a Espanya abans del 1500, sinó perquè la majoria d'aquests tenen relació amb canonges i bisbes, a més de comptar entre el personal, amb religiosos i religioses realitzant funcions administratives i de gestió.

La importància de les qüestions religioses durant aquest període queda igualment reflectida en altres nivells. Fra Francesc Eiximenis, en la seva obra *Lo llibre de les dones* (1388), que és un extens tractat sobre l'educació femenina dedica més de tres quartes parts de l'obra a monges i religioses. La relació establerta en èpoques anteriors de taca-culpa-malaltia-càstig diví segueix vigent en un sentit similar (Eiximenis, 1981: 620).

Entre els documents més explícits en relació amb la importància que les qüestions religioses tenien en l'assistència a malalts tenim el text que, a manera de pròleg, inicia les *Ordinacions de l'Hospital de la Santa Creu*, de 1417, "cos en aquell son conyinuament acullits reebuts, sostenguts, e alimentats en gran nombre, homens e dones, pobres, afollats, contrets, orats, nafrats e havent altres miseries humanes *Infants gigats e altres persones miserables* de diverses nacions e condicions. E aquí per los honorables Administradors o altres oficials del dit hospital son copiosament e caritativa e ab gran diligencia, servits, provehits, curats, alimentats en tots lurs necessaris e totes les VII obres de misericordia e altres pies coses, servituts e treballs meritoris e obres caritatives, a deu plasents e acceptables loablement se complexen" (Roca, 1920:7).

El sentit de l'administració de cures per a les ordes religioses no era només la d'ajudar i consolar els malalts sinó el saber trobar Déu en el sofriment de les persones, idea que es desenvolupa amb més força en els segles XVI, XVII i XVIII. En aquest llarg període, les cures adquireixen una doble dimensió: la corporal-física i l'espiritual, essent aquesta darrera de gran importància, tant pel sentit de patiment i dolor com d'expiació del pecat i ofrena a Déu.

Dins d'aquest moviment va ser indubtable la influència dels líders religiosos: Santa Teresa de Jesús, Sant Joan de la Creu, San Camil de Lelis, Sant Ignasi de Loyola, entre d'altres. El floriment de "Causes Pies", "Congregacions", "Ordes", a més de les "beates", és molt important en aquest període i la idea bàsica que sembla estar en el fons del moviment és la caritat amb el pobre, l'ajut a l'altre i la realització d'aquestes tasques per vocació, per una crida interior.

Les ordes religioses relacionades amb l'atenció sanitària, que van quedar recollides en el Cens de Floridablanca del 1787, n'hi havien d'exclusivament masculines i femenines. Els 62.249 religiosos homes estaven acollits en quaranta ordes diferents. Entre els *monjos*, hi havia cinc denominacions diferents: benitos, bernardos, jerònims, cartujos i basilios; entre els *mendicants*: dominics, franciscans, de Sant Pere d'Alcàntara, recoletos o antonians, tercers, caputxins, agustins calçats, descalços; carmelites calcats, descalços; trinitaris calçats, descalços; mercedaris calçats, descalços; mínims, servites i de Sant Joan de Déu; entre els *canonges*: de Sant Agustí, premostratenses i de Sant Antoni Abad; els *clergues seglars*: teatins menors, agonitzants, escolapis, i de Sant Vicens de Paül; els *frases*: de Malta, de Santiago, de Calatrava, d'Alcàntara, de Montesa, i de Santi Spiritus; i, finalment, les *congregacions*: de Sant Felip Neri, missioners, hospitalaris i ermitans (Conde de Floridablanca, 1787).

D'entre les religioses femenines, hi havia un total de 33.630 en 1787, distribuïdes en 34 ordes diferents. Concretament, en l'apartat de *monges*, es troben les benites; bernardes; jerònimes; dominiques; franciscanes; clares; recoletes; terceres; caputxines; agustines calçades, descalces; carmelites calçades, descalces; trinitàries calçades, descalces; mercedàries calçades, descalces; brígides; mínimes; servites; saleses; de l'Ensenyament; del Sant Sepulcre; de San Llorenç Justinià; natzarenes i premostratenses; entre les *comendadores* hi havia les de Malta, de Santiago, de Calatrava, d'Alcàntara, de Santi Spiritus, i entre les *beates*, les beates i les beates hospitalàries. Aquestes darreres representen un 4% del total de les religioses (Conde de Floridablanca, 1787:8).

En el segle XVI, els Germans de Sant Joan de Déu havien fundat diferents hospitals a Europa i a Espanya, concretament a Granada, Sevilla, Madrid, Gibraltar, Còrdova, Valladolid, i Toledo, i en 1597 es van voler establir a Barcelona però no va estar possible fins al 1867. La creació de confraria i congregacions destinades al servei, alleujament i consol dels malalts va ser molt usual.

En la confraria de l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona podia ser admès qualsevol home o dona, de qualsevol condició social i edat. A fi de que aquesta norma pogués complir-se, els confreres podien lliurar una quantitat no determinada quan ingressaven a la confraria, i un llegat quan es morien malgrat les *ordinacions* recomanaven als confreres, que disposaven de mitjans, lliurar quantitats cada dia, mes o any (Un germà de la Caritat: Los hermanos del Hospital de la Santa Cruz, 1935:45-49). Entre les obligacions en les que es comprometien els confreres hi havia les d'assistir a les persones malaltes, no només durant les hores dels menjars, sinó també durant la nit, en la visita dels metges, ajudar-los en la seva mobilització o desplaçament i oferir algun regal. Altres congregacions van dedicar més atenció als convalescents que eren donats d'alta de l'hospital o van promoure la creació d'hospitals a més del seu sosteniment.

La *Congregación del Venerable Bernardino Obregón* és notable no només pel gran nombre d'hospitals en els que s'atenien malalts sinó també per l'esforç de confecció del manual *Instrucción de enfermeros*. Probablement, els *Obregons* i els *Germans de Sant Joan de Déu* van ser, durant els segles XVI, XVII i part del XVIII, les ordes o congregacions d'homes més estesa a Espanya en la cura de malalts. Respecte a les ordes femenines van ser les *Filles de la Caritat* la de major difusió i les que exercien tasques de cures per a cobrir les necessitats dels malalts a domicili i a hospitals.

De fet, moltes religioses van incorporar-se al treball hospitalari, amb o sense títol professional, amb la retribució corresponent i vivien en els mateixos hospitals on hi gestionaven les cures. La progressiva professionalització de les institucions sanitàries, a partir de la segona meitat del segle XX, va fer que les monges abandonessin aquests llocs de treball i es resituessin en la cura dels desvalguts.

En resum, es podria dir que durant un llarg període les cures estan, en gran part, en les mans de religiosos i religioses, els quals imposen un caràcter ben definit a l'assistència a malalts, la seva realització amb *caritat* i per amor a Déu. Les *cures* són fonamentalment de *reparació*, encara que l'assistència a orfes, expòsits i

cases niu hem de considerar-la més de *manteniment de la vida* que pròpiament de reparació. Respecte a les cures de *prevenció*, hem de considerar la preocupació per evitar el contagi i les mesures que durant el segle XVIII es comencen a estendre en aquest sentit, com ara la desinfecció de vivendes i robes, les quarantenes, la purificació de vaixells i correus, l'examen de viatgers i mercaderies sospitoses, les inspeccions a botigues, el règim nosocomial, el control d'escorxadors, de cementiris, els càstigs als inspectors del codi sanitari, les prevencions contra la tuberculosi, la pesta, entre d'altres (Comenge, 1908:121). En el segle XIX, pot observar-se, a nivell de tot el país, una evolució en allò que es refereix a l'ordenació de les activitats sanitàries, i són, precisament, els canvis a nivell de les cures i d'aquells que les proporcionen els que començaran a teixir la consolidació de la professió.

1.4. Formació i professionalització

El llarg camí que porta a la professionalització de la infermeria comporta un seguit d'accions formatives, reordenacions i canvis en el concepte de tenir cura, que s'enceta després de l'any 1500 i que arriba fins a l'actualitat. Amb la intenció de proporcionar una presentació ordenada de les mateixes creiem oportú diferenciar-les cronològicament sota el descriptor que caracteritza més explícitament el període.

1.4.1. L'etapa pre-professionalitzadora

Per a poder seguir l'evolució, tant de les cures com de les persones que les administraven, s'ha escollit, per aquest període que avarca els segles XVI, XVII i XVIII, dos tipus d'informació: la destinada a la formació o informació de les persones que devien administrar les cures i els escrits on, a manera de descripció dels llocs de treball, es detallaven les missions de les persones que devien dispensar les cures en institucions i en hospitals que acollien malalts en règim d'hospitalització. A fi de situar la informació en un marc sanitari global del país s'utilitzen les dades de les primeres estadístiques de població espanyola de 1787 ja que en elles s'inclouen dades sobre hospitals, malalts i personal.

Durant l'episodi comprès entre els segles XVI i finals del XVIII es van editar a Espanya diversos manuals destinats a la formació de persones que administraven cures. Els seus objectius eren informar les dones que *assistien als parts* (pràctica extrainstitucional), les dones que *assistien a malalts* (en general, als hospitals) i altres instàncies que podien contribuir en allò que ara s'anomena *prevenció* i que en l'època que ens ocupa era, sobretot, *evitar el contagi i la propagació de malalties i epidèmies*. Diferents són els aspectes a destacar en els manuals que pertanyen a aquesta època. Una primera consideració és que es van escriure molt aviat en relació amb l'aparició d'obres d'aquest gènere en altres països. El *Libro de arte de las comadres* de Damián Carbón (1541) va ser el primer que es va escriure en castellà sobre Obstetrícia adreçat a les llevadores i el segon en el món que es va imprimir en llengua vulgar. El manual d'Oliva de Sabuco (*Nueva*

filosofia, medicina y vera filosofía, 1587), tenint en compte la raresa de les dones escriptores en l'època, destaca per la modernitat de l'enfoc respecte a com una sèrie de sentiments, com ara la tristesa, la por o l'amistat, i d'estats, com el cansament, la manca d'alimentació o el fred; poden afectar a la persona i a la manera d'emmalaltir. Aquest aspecte de considerar l'entorn exterior a la persona és una noció precursora del modern concepte d'infermeria, els models basats en les activitats de la vida, així com la valoració de l'entorn com element bàsic per a l'atenció d'infermeria (Leininger, 1972:532).

Una altra consideració de caire general és la de que els manuals dirigits a infermers estan escrits per *infermers*, homes que exercint aquesta funció durant anys senten la necessitat de comunicar els seus coneixements a altres persones que van a fer el mateix. En cap ocasió s'han trobat mencions a la dona (*infermera*) en aquests manuals malgrat hi surt, amb freqüència, la denominació *infermer*. En canvi, els manuals adreçats a les llevadores (*comadres*) estan, sense excepció, escrits per homes (metges) que expliciten com objectiu principal de l'obra la d'instruir a les llevadores.

En el període considerat, existeixen altres manuals per a *infermers* publicats fora d'Espanya, a altres països, i no traduïts encara que tots són posteriors a la primera edició de la *Instrucció d'infermers* de 1623, elaborat pels Hijos de la Congregación del Padre Bernardino Obregón (Hospital General de Madrid) i del que se'n van fer quatre edicions en 100 anys. El manual inclou dos tractats diferents: el primer, en trenta-un capítols (232 pàgines), explica com s'han d'aplicar els remeis, i un segon tractat (103 pàgines) per ajudar a morir bé. La quarta edició aporta *onze advertències* que tracten de temes bàsics d'infermeria. Aquest *manual* és el primer que a Espanya, i probablement en el món, tracta de forma extensa de les cures. S'inicia amb uns principis ètics per *animar als que curen i serveixen als malalts*, i s'esmenta especialment, l'obligació de fer-ho amb *amor i caritat*.

El manual no només tracta de l'*aplicació dels remeis* ordenats pel metge: enemes, ungüents, cataplasmes..., sinó també què fer en cas d'hemorràgies, aplicació de coliris, de la forma de preparar alguns remeis i nocions d'anatomia. A més, parla de les *cures bàsiques* com ara rebre els malalts, canvi de roba, com fer un llit, aplicació de banys com a tractament, ús del bany o llençols mullats amb vi. El manual també parla d'aspectes de dietètica, indicacions de la dieta líquida, de com actuar davant trastorns intestinals, hemorràgies, vòmits; com establir prioritats, en cas de que el metge hagués indicat diverses coses al mateix temps; preservar el descans evitant el soroll, etc. Finalitza el primer tractat amb indicacions per a elaborar diversos remeis prescrits per metges o que s'utilitzaven en altres hospitals de l'època.

Una aportació important del manual, que s'observa en la quarta edició, són les advertències que s'inclouen en el final del primer tractat, que indiquen, bàsicament, la forma de mobilitzar un malalt frenètic o delirant; l'administració d'alimentació; les instruccions per a la higiene de la boca i dels pacients que no es poden aixecar del llit; el tractament de les nafres de pressió i la seva prevenció; la mobilització de les persones que han estat sotmeses a cirurgia; les indicacions d'alimentació o dieta; els casos d'enverinament; l'interrogatori quan arriba el

pacient i les instruccions per a esterilitzar els estris en contacte amb determinats pacients.

Malgrat que la lectura del manual apunti a pensar en una autonomia d'acció per part de l'infermer, al principi del mateix, s'indica: "Mas el enfermero no ha de hazer nada de su cabeça, sino con prudencia advertírsele al Médico; y los enfermeros han de procurar mucho la amistad de los Médicos, y mostrarles mucho amor, y voluntad para que con este amor sirvan a nuestro Señor, y a los pobres; y los médicos confiarán mucho de los enfermeros que hazen bien su ministerio" (Hijos de la congregación del venerable Bernardino Obregón, 1659:12).

Altres obres que també van ser importants són el *Manual para el servicio de los enfermos* de Carrere, i el *Recetario Medicinal* de l'infermer Diego Bercebal que el va escriure a petició dels seus supervisors. En aquesta darrera obra, al començament, hi ha 30 advertències en les que es parla de les indicacions generals d'acollida del pacient, la informació bàsica a obtenir sobre el què li passa, l'examen físic, la higiene, les robes del llit i de l'habitació, la forma de tractar els malalts i els metges i cirurgians, l'obligació d'informar al metge i de cercar la forma de que aquest li dediqui més temps al pacient. Recomana especialment que l'infermer entengui de febres i polsos i dedica diferents advertències a aquests, a l'alimentació, al repòs i als efectes dels remeis. Finalment, s'inclouen deu capítols que donen lloc al *Recetario* en els quals es recullen l'elaboració de diversos remeis i les indicacions precises de cadascun.

La traducció del *Manual para el servicio de los enfermos* de Carrere completa la literatura destinada a la formació d'infermers fins al segle XVIII. L'obra està dividida en set capítols. En el primer, es descriuen les qualitats que han de tenir els infermers, tracta de la malaltia, dels malalts, dels remeis i dels professors. El segon capítol es centra en la conducta a observar per part dels infermers. Els capítols següents es refereixen a les cures concretes segons les diferents malalties. Es remarca l'aspecte d'executar fidelment allò que li mana el metge, s'estén en l'especificació de sucs orgànics, cures pel confort del pacient, manera de fer el llit, les cures adreçades a les puèrperes i nou nats, com prendre el pols, observació de les febres i evacuacions, la prevenció de decúbits, símptomes d'algunes malalties, estat de la pell i mucoses i símptomes crítics. Descriu la manera d'administrar la terapèutica, la preparació d'alguns remeis interns i externs i la preparació d'aliments per a convalescents. Conclou amb un capítol dedicat a les malalties contagioses, considera la ventilació i la higiene de les estances dels pacients, així com la higiene dels propis malalts i afegeix unes normes o precaucions a observar per part dels infermers a fi de prevenir el contagi.

Els continguts dels manuals veiem com es centren en el cos, les malalties, en els remeis i en l'obligació de fer allò que deien els metges.

Els adreçats a les llevadores van ésser escrits per metges homes. En alguns d'ells, s'indica explícitament que "fue necesario por honestidad dexar estas cosas en poder de la muger, la cual bien informada de lo que tocara a su arte pueda bien valer a la preñada, parida o paridera: como hace el buen cirujano en sus manuales" (Carbón, 1956:222). En general, els manuals inclouen una descripció

anatòmica, descriuen el part natural i el difícil, amb indicacions del que s'ha de fer en cada cas, remeis per ajudar el part i prevenir accidents, el mal part, manera de treure la placenta, cures del recent nascut, condicions que ha de tenir la persona que el criarà així com les malalties més freqüents en els nadons.

La diferència més notable entre les obres destinades a la formació d'*infermers* i de *comadres* és que, en el cas dels primers, ells mateixos senten la necessitat de transmetre el seu coneixement. No va succeir el mateix amb les llevadores o parteres, elles posseïen els coneixements, de fet tots els parts eren atesos per dones, però sense reconeixement social com s'interpreta del fet que no hagin arribat pràcticament els noms de les matrones mitjançant cap document. Segons Grangel va existir una regulació del exercici de les llevadores amb vigència transitòria (1538-1576) a càrrec del Tribunal del Real del Protomedicato, el qual examinava les llevadores. Des de llavors i fins al 1750, les llevadores van poder exercir lliurement fins que dos anys més tard va sortir la *Cartilla del arte de partear* de Antonio Medina vigent des del 1752 pels exàmens de parteres (Horno González, 1980:57).

És curiós remarcar que en la documentació del temps es cita que el cirurgià francès Clement va ser cridat a l'any 1713 a venir a Espanya per assistir al naixement del fill de la reina Lluïsa Gabriela de Saboya, esposa de Felip V, fet que va iniciar, parcialment, el costum de que les dones fossin ateses per metges en el part. Per altra banda, també es va veure la necessitat de formar les llevadores, aspecte que es va organitzant a partir de que les ordenances dels Reals Col·legis de Cirurgia inclogueren la reglamentació dels estudis i exàmens de les llevadores.

En resum, es podria dir que l'anàlisi de la informació escrita disponible per a la formació de personal sanitari, no mèdic, en el període comprès entre el segle XVI i finals del XVIII aporta dades molt significatives. Malgrat existir el reconeixement d'unes tasques de *cures* realitzades per dones, i existir des de 1316 la denominació d'*infermer*, no s'explicita de forma habitual en documents la denominació d'*infermera*. Quan apareixen manuals de formació per a *infermers*, en 1623, són els propis infermers els que els escriuen, recollint les seves experiències i vivències d'un llarg període d'exercici professional. Paral·lelament, els documents fan palesa l'activitat professional de dones exercint l'ofici de parteres, administrant *cures*; però no només no són gaire reconegudes, sinó que tampoc recullen les seves experiències ni vivències per a transmetre-les per escrit, només, en tot cas de manera oral, i quan els coneixements de les parteres es recullen per escrit, són els homes qui ho fan.

Bartolomé Bennassar, en un dels capítols de la seva obra sobre la Inquisició, tracta de la devaluació del verb femení i ens presenta una perspectiva social de la dona a Espanya en els segles XVI i XVII que, sens dubte, aporta dades importants ja que l'estudi de la Inquisició, que va durar tres segles i mig, ajuda a entendre la situació social de la dona. Aquest aspecte queda documentat en la frase "Los actores eran, pues, en este caso, mujeres, cuya historia queda por hacer" (Bennassar, 1981:173). A la dona se la considerava: "que si no es débil mental o loca es voluntariamente "ilusa del Demonio", "la ilusión demoníaca, la tentación, la

mentira, la vanidad y, digamos, la debilidad espiritual por los rasgos de su sexo. La acusación de ilusa y de iludente es una acusación forjada para las mujeres” (Bennassar,1981:192-193).

La desvalorització de la dona és, sens dubte, un dels aspectes més destacats en aquest període, pel que no sorprèn el fet que, malgrat exercir les dones activitats necessàries per a les persones i per a la continuïtat de la vida, això fos gairebé ignorat, com si no existís. Tanmateix, en la persecució de les bruixes sanadores, i les bruixes fetitxeres en general, el Sant Ofici espanyol fa de la bruixeria una varietat d'il·lusa no més temible i poderosa, sinó boja i estúpida (Bennassar,1981:207). Els primers casos apareixen en 1575, la majoria de les acusades són *curanderes* que, en possessió d'un saber ancestral, utilitzaven preparacions d'herbes associades a les seves pràctiques. El seu saber es transmetia de mare a filla. De totes maneres, la Inquisició va considerar que totes aquestes pràctiques eren de bruixeria, producte de la imaginació desbordada de dones impressionables.

L'estat de la dona, en aquest període, precedia sempre al seu nom, per exemple “dona de..”, vídua de..”, altres estaven vinculades a ordes religioses. Va existir un estat: el de *beata*. Al reformar les ordes religioses femenines i reintroduir-les en la clausura, reforma teresiana i contrareforma, les tasques femenines de caritat i assistència a malalts van quedar vacants i es va demanar a les beates que ocupessin aquest buit. Ser beata en aquell temps era un estat, un estatus femení. Eren laiques, sense unció religiosa.

S'ha de tenir en compte el control rigorós que van tenir els llibres durant la Inquisició, tant la producció interior com les importacions, i també l'especial consideració que aquesta institució va tenir amb les ordes religioses. No ha de sorprendre, doncs, que els llibres escrits pels *infermers* s'autoritessin i fossin difosos i que no s'hagin trobat instruccions per a les parteres escrites per elles mateixes.

Pel que fa referència a l'organització institucional, un dels aspectes més remarcables és l'alt grau de divisió del treball. A l'hospital de la Santa Creu de Barcelona, a l'any 1756, es troben 48 llocs de treball diferents descrits encara que no tots corresponen a Infermeria (Hospitaler o infermer, hospitalera, infermer major, infermera, cambrer, cambrera, etc.). Les tasques que es portaven a terme en aquests segles XVII i XVIII són, seguint la classificació de cures de Hacquart de 1977, *les directes o de base* com ara l'assistència pel desplaçament, higiene i confort, eliminació, alimentació i altres (arreglar el llit o l'entorn). Les *tasques tècniques* com, per exemple, la vigilància de l'estat del pacient, les cures amb finalitats diagnòstiques i les cures amb finalitats terapèutiques. La comunicació i el contacte amb el pacient, les *cures indirectes* com ara les prestacions hoteleres, l'administració i gestió, els treballs de secretaria o escriptura, les *tasques centrades en el personal* i altres com, per exemple, enterrar els malalts que morien a l'hospital. L'hospitalera feia les mateixes tasques que l'hospitaler o infermer menys enterrar els morts i portar malalts.

Un aspecte que cal comentar és la noció de jerarquització entre el personal d'infermeria que existia en aquest segle XVII i que es retribuïa.

És curiós veure com en la documentació surt el terme hospitaler o infermer i el d'hospitalera però no el d'infermera. La infermera es menciona en les Constituciones del Hospital Real de la Ciudad de Santiago, segle XVII, amb l'obligació d'encarregar-se de la infermeria de dones i fer el mateix que els altres infermers. Els posteriors estudis sobre documentació afirmen que la denominació *infermera* va estar molt lligada a la cura "al capçal de la malalta", tant pertanyent a ordes religioses, o sense professar, i que va començar a tenir més rellevància a finals del segle XVII i en el XVIII. Per exemple, en els convents hi havia les infermeries que eren locals destinats a les religioses malaltes i d'entre les religioses una era designada *infermera*.

En el segle XVIII, el nivell de complexitat d'algunes institucions encara es fa més evident. La mobilització de malalts per qüestions d'higiene ho fan els cambrers o cambreres. Les activitats fetes per infermeria són similars a les descrites en el segle anterior. Així ens trobem en cures d'higiene i confort, eliminació (mobilització per eliminar) i alimentació, i s'expressa l'interès de que el pacient mengi al seu gust, puntualitat a les hores dels menjars i la conveniència de donar només allò manat pel metge. L'infermer també supervisa el menjar que es remena a la cuina. Respecte a les cures tècniques, les indicacions de recepció dels malalts són molt precises, comenten que no podrà ingressar cap malalt que no hagi estat vist prèviament pel metge, si és un cas d'urgència s'apel·la al criteri de l'infermer per donar-li llit i ingressar-lo. També els documents parlen dels *Pares i Mares de Cambrada* que també prenen part de l'observació i cura dels malalts. Les cures amb finalitat diagnòstica queden escassament reflectides, únicament s'entreveuen, entre les obligacions de la *Mare de Govern*, assistir a tots els parts de l'hospital i sempre que consideri que hi ha perill per a la dona ha d'avisar al metge. Quelcom semblant passa amb la *Mare de les Dides* que ha d'identificar les cures adients i distribuir els nens a les dides.

Les cures amb finalitats terapèutiques més usuals eren els unguents, que en el cas de les dones havien de ser administrats per dones, i les purgues. El contacte amb malalts i malaltes, es situa a diferents nivells. Per una banda, la preocupació pel benestar i el confort, la informació i el bon tracte. Per l'altra, tot un seguit d'activitats que van des de la vessant administrativa fins a les cures més intervencionistes.

L'elaboració de les *Constituciones*, que és el document de funcionament normatiu d'una institució, implica un gran detall i minuciositat en diferents aspectes i són evidents les cures indirectes i prestacions hoteleres com ara la preparació del material de cura, fer els llits i netejar-los quan es produïa l'alta del malalt, la petició d'aliments a cuina, el control de les racions, petició de material o roba, verificar les prescripcions, etc. el costum, ja iniciat en períodes anteriors, dels llibres de registre, inventaris i diferents formes de control de malalts, nens expòsits, dides, *donzelles del convent*, aliments, medicació, pagaments a personal, pacient morts, etc., s'expressen com obligacions del personal d'infermeria a diferents nivells. Per exemple, l'infermer és responsable del *Libro de Entradas* i del *Llibre d'Obis*. El *guarda-roba* havia de tenir una llista de totes les dides que havien cobrat el darrer salari per evitar l'apropiació indeguda de lactants i també el *Llibre dels obits dels*

expòsits. La *Mare de govern* havia de tenir una llista de tots els malalts i malaltes per a mesurar les racions de pa, vi i carn. Els aspectes d'administració i gestió que s'han ressenyat implicaven tasques de secretaria i escriptura malgrat surt diverses vegades el comentari que especialment les dones no sabien escriure.

Un dels aspectes més innovadors és l'inici del *treball en equip* que no només s'expressa a nivell del personal d'infermeria, concretament en la descripció de funcions dels *Pares i Mares de Cambrada*, en la que s'indica com aquests es devien relacionar amb els Porters i Porteresses de Cambrades, i amb el Prior i Subprior, en aspectes concrets de l'assistència i de l'adequat compliment de les tasques encomanades, sinó també amb els *Comissaris de Sala* i els *Medicinayres*, així com els *Pares i Mares* que han de tenir exacta notícia d'allò ordenat pels metges i cirurgians durant les visites, per, a la vegada, prendre les disposicions pertinents en informar als *cambrers i cambreses* d'allò que s'ha de portar a terme, derivades de les visites (Súria, 1756:118-119). Tasques que actualment entrarien de ple en la classificació de *tasques centrades en el personal*. Un aspecte similar d'aquest inici de treball en equip es pot veure en les obligacions descrites pels metges (Súria, 1756:155).

Hi ha un darrer apartat que s'ha de destacar per fer referència al *control social repressiu* exercit per la institució, que en algun nivell es descriu entre les funcions dels empleats de l'hospital, concretament, els durs càstigs a que eren sotmeses, en cas de desobediència, les *donzelles del convent*; i, en la mateixa línia, els que se'ls imposava als *bojos i boges*, si era precís, malgrat que s'indica específicament en les funcions del *pare i mare de la bogeria* l'obligació d'atendre'ls, evitar-los patiment i maltractaments.

A nivell global, a més de l'aspecte d'avantguarda que significa el detall en la descripció de les diferents activitats, cal tenir en compte el fet de la *retribució* per part de l'hospital de les *dides* i dels que suplien, per malaltia, els empleats habituals (Súria, 1756:34). Les retribucions a personal d'infermeria variaven segons les responsabilitats que cadascú tenia encomanades i segons el sexe. L'*infermer*, per exemple, rebia una compensació en espècies, nou lliures en vi. (Bretón, 1978:58). Els homes eren millor retribuïts, els *pares* cobraven 15 lliures a l'any, i les *mares*, vuit, menys la que actuava de *comadrona*, la *Mare de Govern*, que cobrava 14 lliures. Algunes *mares* amb major responsabilitat assistencial cobraven més, per exemple, la mare de les *dides*, deu lliures, o la *mare de les donzelles*, que tenia al seu càrrec les donzelles del convent, 15 lliures.

Un altre aspecte a tenir en compte, a nivell general, és la menció en les *Constitucions* (Súria, 1756: 153,154,160,165) de la *infermera*. De les 228 pàgines de les *Constitucions* es cita només en la descripció de les *ordinacions que dehuen observar y guardar en lo convent de donzelles*, i al tractar de les donzelles malaltes de com han de ser tractades, menciona la *infermera* en un sentit restringit, ja que en la resta de descripcions de personal d'infermeria de l'hospital les funcions pròpies d'infermeria són realitzades per l'*infermer* o per *pares, mares, cambrers i cambreses*. Per tant, s'identificaven unes cures amb la figura de l'*infermer*, però no tenien igual sentit o accepció per a la *infermera*. De totes maneres, és interessant que la figura de la *infermera* sorgeixi, l'any 1756, com a

responsable d'un grup d'infermeres en un convent, ja que, com hem vist al tractar de les ordes religioses i congregacions en els segles XVII i XVIII, la denominació *infermera* com a responsable de germanes malaltes en convents és relativament freqüent, i així pot veure's en les Constitucions de diferents ordes religioses en aquest període. Però, no és en 1756 quan es menciona documentalment per primera vegada la infermera, sinó alguns anys abans, ja en 1524, en les Constitucions de l'Hospital de Santiago, i, posteriorment, en 1683, quan piadoses dames de la congregació de la Nativitat de la Mare de Déu realitzaven tasques d'assistència a malaltes a l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona (Martí Bonet, 1981: 50).

1.4.2. La institucionalització de la infermeria

En els segles XIX i principis del XX, es dóna un estatut legal a la pràctica de les cures, s'institucionalitza la professió sota tres diferents denominacions: practicant, matrona i infermera. Es planifica la formació i s'estableix una certa normativa per a la pràctica quotidiana relacionada amb la legislació sanitària.

L'orientació de la professió es planteja, en part, amb diferències a com havia estat viscuda per les persones que l'exercitaven fins a aquell moment. La diferència estava en què fins aleshores l'administració de cures havia tingut inicialment com a objectiu bàsic l'*ajuda al malalt* o a la persona objecte de les cures, amb una primera tendència a les cures de manteniment de la vida; més tard, a les cures físiques i espirituals dirigides, sobretot, al benestar i al confort del pacient, i, més endavant, torna a tenir una importància bàsica el bé espiritual i les cures de l'ànima, a més de les cures del cos. Quan s'institucionalitza la professió, l'orientació sembla tenir una major tendència al servei, a la col·laboració, en una altra professió: la medicina.

Durant el segle XIX, els autors que han aprofundit el tema de les relacions medicina i societat indiquen que "(...) el país que entonces influye de forma casi absoluta sobre nuestra medicina es la vecina Francia. A falta de auténtica vida científica en España, esta comunicación adopta la forma de copia o imitación servil de lo que allí se hace." (López Piñero, 1964: 85).

El retard del sector sanitari espanyol no és nou i, per això, no ha d'estranyar l'escassa legislació sanitària existent i que sigui, precisament, durant el segle XIX quan es va iniciar un cert moviment en aquest sentit. Després de que al 1808 tingués lloc la invasió napoleònica, es va promulgar, l'any 1820, la *Llei orgànica de Sanitat Pública*. A l'any 1822, es van crear les Junes Municipals de beneficència i es va establir l'obligació de crear departaments hospitalaris, cases de maternitat, d'ajuda, cases per a dementats (De la Quintana, 1938), així com un codi sanitari de les Corts de Cadis que no va arribar a aplicar-se.

Al 1847, es va constituir la Dirección General de Establecimientos Penales, Beneficencia y Sanidad, començant a funcionar el Real Consejo de Sanidad. L'any 1855 es va promulgar la *Llei orgànica de Sanitat*. Després d'ella, i en els següents cent anys, es pot dir que gairebé va existir legislació sanitària substantiva fins al

1944, amb la llei de Bases de la Sanidad Nacional (De Miguel, 1983), malgrat en aquest període es van promulgar diverses lleis menors. Aquesta legislació sanitària quasibé no tracta del personal sanitari o, en tot cas, no específicament dels *practicants o infermeres*.

És amb la *lleï del 9 de setembre de 1857*, d'Instrucció Pública, on l'article 40, paràgraf 2, expressa que el reglament determinarà els coneixements pràctics que s'han d'exigir a aquells qui aspirin al títol de practicants. En la "*Real orden de 26 de junio de 1860*" es determinen els estudis necessaris per a ser practicant, que eren els següents:

- Art dels embenatges i apòsits.
- Cures per l'aplicació de vàries substàncies toves, líquides i gasoses al cos humà.
- L'art de practicar sagnies generals i locals, la vacunació, la perforació de les orelles, escarificacions i ventoses i d'aplicar al cutis tòpics irritants, exutoris i cauteris.
- L'art de dentistes i de la pedicura.

La reial ordre va especificar que els aspirants haurien d'acreditar haver fet els estudis amb matrícula prèvia, servint de practicants al menys dos anys en un hospital que no tingués menys de 60 llits, ocupats habitualment per més de quaranta pacients. Es va indicar també que l'examen que haurien de fer no duraria menys d'una hora i que el tribunal es composaria de tres catedràtics de les Facultats de Medicina.

L'ensenyament dels practicants es va crear, segons la llei, dins d'un context d'activitats ben definides, com auxiliar de les ciències mèdiques, amb una orientació tècnica, segons les terapèutiques d'ús d'aquell moment, de cures de reparació. L'acreditació dels seus coneixements va quedar sota la jurisdicció mèdica, malgrat la seva activitat fos autònoma en gran part. El manual que es va editar per a la formació en el 1861 s'adaptava a la orientació fixada per la llei. Es tractava del *Vademécum del practicante: Tratado de cirugía menor*, del doctor Juan Marsillach Parera (Marsillach Parera, 1897), obra dividida en quatre parts, amb una introducció i dos capítols previs en els que s'indicaven les qualitats del bon practicant i les regles per al bon servei dels malalts. En la *primera part*, s'inclouïen nocions elementals d'anatomia humana, i, en especial, d'anatomia exterior; la *segona*, tractava de les cures; la *tercera*, de les operacions de cirurgia menor, i la *quarta*, de l'art de dentista i callista. El manual de Marsillach va ser el més complet malgrat que en la mateixa època existien més de trenta altres manuals per a la formació de personal no mèdic, publicats, i a l'ús a Espanya abans del 1879.

L'ensenyament dels practicants es va regular en reial ordre de 10 de març de 1865, i un any més tard, el 28 de maig de 1866 es va disposar que s'havien d'adoptar les mesures oportunes a fi de que els hospitals no admetessin com a practicants aquells que no haguessin cursat els estudis necessaris per a obtenir el títol. Curiosament, al novembre del mateix any es va suprimir l'ensenyament de

practicants, reial decret que va ser derogat el 27 d'octubre de 1868, i, finalment, l'any 1888, es va aprovar el *reglamento* per a les carreres de practicant i llevadora.

Taula 1: Manuals per a la formació de personal no mèdic

Tipus de manual	Manuals publicats
Compendis del sagnador, de flebotomia i cirurgia menor	8
Manuals o cartilles d'instrucció de companyies sanitàries, ordenances d'hospitals militars, guies d'ajuda a ferits	3
D'anatomia o anatomia quirúrgica (quatre d'ells en francès)	8
Instruccions de practicants	3
Embenatges, apòsits i terapèutica general (dos en francès)	5
Assistència teòrica – pràctica de pobres en hospitals (art d'infermeria)	1

Font: Domínguez-Alcón, 1986:89

Quan, a l'any 1857, la llei d'Instrucció Pública va crear, com ja hem dit, el títol de *practicantes*, va establir aquesta titulació com a professió auxiliar de la Medicina, fet que consta també en l'article 1º del reglament de novembre de 1888, que també va regular l'exercici professional de les *matrones*, autoritzades només a assistir parts naturals (*article 12*); els coneixements que havien d'adquirir, tant teòrics com pràctics; quedant tanmateix l'acreditació dels seus coneixements sotmesa a jurisdicció mèdica. Segons el text de la llei del reial decret de 16 de novembre de 1888, el tribunal d'examen de revàlida havia de ser anomenat amb les mateixes formalitats que per als practicants. Altres disposicions posteriors, com la reial ordre de 22 de gener de 1889, sobre la retroactivitat del reglament de novembre de 1888, matisaren alguns aspectes. La reial ordre de 13 de juny de 1889, determinava els alumnes que quedaven subjectes al reglament antic i modern.

La reial ordre del 20 d'agost de 1891, explicitava les condicions que devien reunir els practicants d'hospitals. La del 24 de maig de 1895, reformava els articles del citat reglament de 1888 relacionats amb la suficiència dels aspirants. Finalment, el 26 d'abril de 1901, es va decretar l'obligatorietat de l'aprovació d'un examen d'ingrés, previ als estudis de practicant, basat en els coneixements que integraven el primer ensenyament (Art d'embenatges i apòsits, cures per l'aplicació de substàncies toves, líquides i gasoses, art de practicar: sagnies, vacunacions, perforacions d'orelles, escarificació, ventoses i aplicació tòpiques d'irritants i cauteris, art de dentista i pedicura). Aquest mateix any es va disposar que els practicants que haguessin aconseguit el títol en posterioritat a 1887 no podien exercir de dentista; i una altra reial ordre es va ocupar de que els pressupostos de les alcaldies de pobles on necessitaven practicants inclogueren les assignacions que aquests devien rebre.

El gener de 1902 es van reorganitzar els ensenyaments de practicants. Segons el reial decret de 31 de gener de 1902, aquests estaven autoritzats a assistir parts normals en poblacions de menys de 10.000 habitants sempre que el metge no decidís el contrari. Al març del mateix any, es van donar les noves disposicions per aplicar els decrets immediatament anteriors, establint, finalment, al maig de 1902 un programa de formació compost per 78 temes.

La *Instrucción General de Sanidad Pública* del gener de 1904 va crear les *Juntas Provinciales de Sanidad* i va establir la conveniència de que cada Junta procurés organitzar una *comisión de señoras*, presidida per l'inspector sanitari, per a l'acció complementària en la vigilància de l'assistència domiciliària a malalts pobres, propaganda de la higiene durant la lactància i higiene dels infants, protecció d'embarassades i parteres pobres i altres cures (capítol II, article 24). Aquestes tasques poden considerar-se el precedent de les *infermeres visitadores* o *infermeres comunitàries*, de totes maneres, malgrat que la legislació per a practicants i matrones va ser relativament abundant en aquell període, no es va legislar res respecte a la formació o ensenyament adreçat a les *señoras* que devien integrar les comissions amb activitats domiciliàries, i quan, l'any 1915, la llei va establir la titulació per a les *infermeres*, l'orientació dels estudis i de l'activitat quotidiana no va tenir en compte aquest aspecte. Més tard, l'any 1926, es va crear a Madrid l'Escola Nacional de Puericultura, que, entre altres finalitats, tenia la de la preparació d'infermeres visitadores.

La Instrucción General de Sanidad Pública de 1904 va representar un pas endavant en l'organització de les professions sanitàries, ja que va establir que els títols havien d'estar legitimats i l'exercici professional regulat i que ningú podria exercir una professió sanitària sense títol que l'autoritzés (capítol III, article 67). Es reconeixien com a professions sanitàries, entre d'altres, *l'art de parts, practicante* i les complementàries que amb el títol especial poguessin crear-se en aquest ram. Immediatament després de la llei del 10 d'agost del 1904 es van tornar a reorganitzar els estudis de *practicante i matrona*, es va conservar el programa de 1902, especificant l'*article 11* que podrien obtenir el títol de *practicante* les dones que es sotmetessin al prescrit per la llei al respecte. La legislació mencionada es va completar amb alguns decrets que es referien a practicants de l'armada i dels hospitals, beneficència general i provincial.

Es curiós ressaltar que a l'any 1895 funcionava ja a Barcelona una *Asociación de practicante*s. El seu president va ser Alfons Puig i al novembre del mateix any es va publicar una Acta-Memòria de la sessió inaugural de l'associació (*Acta Memoria*, 1895). Els treballs presentats i llegits pels practicants van ser els següents: "Fecundación artificial considerada como medio para combatir la esterilidad"; "Bosquejo histórico de la medicina" i "Concepto de la Farmacia moderna" a càrrec d'un practicante de farmàcia. L'acte va concloure amb unes paraules del president, que "felicito a los señores facultativos por tener auxiliares tan dignos e inteligentes" (*Acta Memoria*, 1895: 62).

Segons es desprèn d'aquestes dades, la primera etapa d'activitat corporativa dels practicants sembla dirigida, sobretot, a una funció auxiliar de la medicina, amb una

orientació tècnica. El personal, que en els hospitals espanyols proporcionava cures a finals del segle XIX, eren germanes, infermers, i els practicants realitzaven activitats tècniques concretes, dins la seva línia de formació comentada anteriorment.

A finals del segle XIX, octubre de 1896, a l'Institut Rubio de Madrid es crea la *Escuela de Enfermeras Santa Isabel de Hungría*, que va ser la primera escola d'infermeres d'Espanya (Álvarez Sierra i Murga Serret, 1955: 7). El seu fundador, el metge Frederic Rubio i Galí, va crear, l'any 1880, a l'Hospital de la Princesa, l'Institut de Terapèutica Operatòria, de 60 llits, que va adquirir gran prestigi en la seva època. Es deia que no era un hospital barreja de presó, asil i quarter, sinó una escola de cirurgia. En ella iniciaren, l'any 1896, les seves activitats les primeres 32 alumnes d'infermeria d'Espanya, de les quals vuit eren internes i 24 externes. El primer requisit que es va demanar a les alumnes va ser el de practicar la religió catòlica i havien de vestir un uniforme de "ralladillo" amb davantal blanc. En la seva part superior portaven la Creu de Malta i el nom de l'escola. Anaven desvestides de peu i cama, i feien servir espadnyes obertes i esclops de fusta. Se les va obligar a tallar-se el cabell al zero i tapar-se el cap amb un barret ribetejat de groc. Els estudis duraven dos anys que comprenien els coneixements teòrics i pràctics. Al finalitzar, rebien un certificat d'aptitud per a ser infermeres de medicina i cirurgia. Ajudaven als metges en els dispensaris, en les sales d'operacions i en les infermeries. Feien guàrdies de dotze hores, assistien a les conferències orals, cuinaven, netejaven, planxaven i auxiliaven, en tot moment, els malalts (Marco, 1902: VII-XXX).

No es disposen dels programes d'aquesta primera escola ja que va ser destruïda durant la Guerra Civil Espanyola. Però hi ha manuals d'aquella època escrits sempre per metges, com ara el *Manual de la Enfermera* editat a Barcelona el 1894; l'any 1907, també a Barcelona, es publica el *Manual práctico de la enfermera hospitalaria y doméstica* de 82 pàgines (Villar, 1907). En el pròleg, l'autor comenta que és necessari que la persona a qui es confiï un malalt ha de conèixer una sèrie de circumstàncies, les científiques, tècniques, pròpies de la professió mèdica, entre altres del domini de l'art. Indica, també, que el metge és qui dirigeix el tractament i la infermera l'executa.

L'any 1915 es va publicar, també a Barcelona, el manual *Lo cuidado de malalts*, revisat per un metge, però escrit per tres mestres d'ensenyament domèstic. El manual té un objectiu pràctic, destinat a la formació femenina i a les "dones de casa". També s'indica en el pròleg de l'obra quines consideracions són molt convenients per a les infermeres. A banda del llibre de L. Grenet, *Arte de cuidar a los enfermos*, 1916, sembla que no van estar publicats més manuals fins l'obra del metge Baltasar Pijoan, *La enfermera moderna*, de 404 pàgines editat l'any 1919 (Pijoan, 1919).

El 7 de maig de 1915, a instàncies de la *Congregación de Siervas de María* (Murga y Serret, 1942:14), es va autoritzar exercir la professió d'infermeres a qui acredités tenir els coneixements necessaris, pertanyessin o no a comunitats

religioses, segons el programa que es va establir aquella mateixa data. El programa constava de 70 temes. S'indicava que els coneixements del mateix podien adquirir-se en clíniques, consultoris, asils o hospitals, es fixaven els requisits d'una prova de suficiència que havia de ser un examen teòric i pràctic davant un tribunal semblant al que funcionava per als practicants, designat pel degà. La llei va crear, en 1915, una professió sanitària, la *infermera*, diferent del *practicant*, i que es va reformar posteriorment.

Taula 2: Continguts dels primers programes per a infermeres i practicants

PROGRAMA PER A INFERMERES (1915)	PROGRAMA PER A PRACTICANTS (1902)
Anatomia i Fisiologia	Anatomia i Fisiologia
Qualitats de les infermeres i deures	Relació amb els metges i farmacèutics
Higiene/Prevenió/Asèpsia	Desinfecció
Anestèsia	Anestèsia
Cures segons diferents simptomatologies, dedica un tema al nou nats i un altre als malalts mentals	Embaràs i part
Massatges	Massatges
Embenatges	Embenatges (més extensió que el d'infermeres)
Cures	Cures i cirurgia menor (més extens)
	Vacunacions
TOTAL: 70 TEMES	TOTAL: 78 TEMES

Font: Domínguez-Alcón, 1986:104

Per concloure, es podria dir que en un primer període, les cures s'identificaven a unes pràctiques creatives adreçades al manteniment de la vida i de la salut, passant en el període següent a ocupar-se del restabliment de la salut, de la curació de la malaltia, amb una preocupació bàsica per a la persona humana, el seu benestar, el seu confort, pràctiques de cures dispensades per homes i dones, i el seu aprenentatge es garantia dins del marc institucional on es realitzaven les cures. Aquest període es va caracteritzar tant per establir els precedents de la gènesi de la professió com per conservar unes certes pràctiques de cures exclusivament de dones. I encara més, aquestes pràctiques, portades a terme per dones, es realitzaven fora de les institucions i es van orientar fonamentalment a mantenir la vida i la salut, més que a guarir la malaltia.

En l'època en que les ordes religioses van assumir l'assistència i les cures a malalts, s'observa una orientació diferent, basada igualment en la persona humana, però amb la preocupació de salvar la seva ànima, encara que es realitzin

cures al cos, existeix un distanciament d'ell, allò important és l'ànima. El cos pateix i s'ofereix aquest patiment a Déu, amb un sentit de caritat cristiana, de *vocació i crida* de Déu per a tenir cura de l'altre. Finalment, a finals del segle XIX i principis del s. XX, s'institucionalitzen dues ocupacions destinades a administrar cures, els *practicants* i les *infermeres*, a més de les *matrones*, conservant d'alguna manera l'orientació d'activitat de dones per a dones, malgrat s'admet que els practicants també poden atendre els parts. Aquestes ocupacions resten sota la jurisdicció mèdica, tant pel que fa referència a l'ensenyament com a la prova de competència o suficiència. El sentit de les cures com ajut a la persona, que havíem vist romandre amb lleugeres diferències a través dels segles, modifica en part la seva orientació, es manté el servei al malalt, però apareix com a finalitat primordial explicitada, l'ajuda al metge a conèixer puntualment el que aquest ordeni i aplicar uns tractaments segons les diferents patologies.

Un aspecte sobre el que caldria reflexionar és si són dues ocupacions diferents ("professions") *practicant i infermera* o bé si es tracta d'una sola ocupació sota denominacions diferents. En els primers programes de formació dels practicants i de les infermeres hi ha diferències malgrat no són programes radicalment diferents, ni pel seu contingut ni per la seva extensió. Els dels practicants estan orientats més cap a tècniques concretes de cirurgia menor, cures i vacunacions i els de les infermeres orientats més a les cures segons les diferents simptomatologies.

Caldria ara posar tot això en relació amb els models que la professió tenia establerts en altres països. Els ensenyaments planificats per practicants i infermeres i el seu reconeixement legal sorgeixen a Espanya en època similar a altres països: Anglaterra (1860), USA (1872) i Canadà (1890), però en el nostre país no semblen tenir influència els plantejaments ni l'orientació que va donar a la infermeria a Anglaterra Florence Nightingale, reconeguda com la més influent reformadora. Aquesta va organitzar una professió femenina amb el cel religiós de Kaiserswerth, amb una jerarquitzaació gairebé militar i amb una rígida disciplina que s'adquiria durant l'aprenentatge en l'Escola Nightingale (Valls, 1996). Precisament, va dedicar la seva atenció a la selecció de candidates i a la planificació dels ensenyaments i entrenament. El seu desig d'aconseguir una ocupació respectable per a dones va fer que no només considerés les qualitats i coneixements, sinó també "l'alta moral" com a requisit indispensable. Diversos factors van contribuir a l'èxit i popularitat de la infermeria a Anglaterra. Oferia una imatge romàntica i de dedicació en un moment en que les ocupacions per a les dones eren escasses. Tenia una ascendència religiosa i responia a un moviment en aquest sentit. Oferia una bona manera d'alliberar-se de la tutela paterna, a més d'una ocupació remunerada independent. Proporcionava uns coneixements apropiats a la dona, amb el que es convertia en un inici d'emancipació, i oferia un cert poder (Seymar, 1960).

La diferència fonamental en aquesta primera etapa de la formació d'infermeres, creació de la primera escola i reconeixement legal de la professió, és que a Anglaterra la líder del moviment va ser una dona que creia, posseïa i exercitava un *concepte de la infermeria*, explicitat en Notes on Nursing: What it is and what it is

not (Nightingale, 1859, 1^a edició). El llibre pot dir-se que, en certs aspectes és encara d'actualitat, transcorreguts més de cents anys, a on es va instituir una professió de reconegut poder.

La tradició dels practicants i infermeres a Espanya és antiga però quan es reconeix socialment i s'institucionalitza legalment no hi ha una líder femenina darrera del moviment, sinó, sobretot, una necessitat de la medicina que precisa d'una col·laboració competent. A Espanya va ser el moviment religiós i la pressió mèdica els que, en els inicis de la infermeria com a professió, van tenir, com hem vist, major influència. Tanmateix, en el primer terç del segle XX, quan es van crear altres escoles pioneres, van ser fonamentalment promogudes per metges, malgrat en algunes d'elles hi va existir participació femenina, com veurem més endavant. Un aspecte notable de l'ensenyament en l'Escola Nightingale va ser, per exemple, que incloïa, ja en la seva programació de 1873, la filosofia, la raó de ser i d'existir i la utilitat de la infermeria. Aquests són aspectes que no hauríem de considerar notables, tot el contrari, hauria de ser totalment normal o habitual explicitar la finalitat que es *pretén*, per així indicar després *com* es farà i quina és la *responsabilitat* dels experts i les expertes en aquella àrea concreta de la ciència o de coneixements.

Seguint amb l'anàlisi comparativa dels plantejaments de la primera Escola d'infermeria espanyola i els inicis de la pràctica professional, en relació amb altres plantejaments essencialment a Anglaterra, quan a finals del segle XIX les infermeres formades en l'Escola Nightingale van ocupar llocs en els hospitals anglesos, van assumir la seva pròpia responsabilitat sota les ordres no de metges, sinó d'infermeres formades, sembla ser que s'ocupaven de la organització interna, disciplina i tenien poder respecte a les qüestions d'infermeria. Va existir, de totes maneres, cert rebuig dels metges a acceptar aquelles dones ben entrenades i amb coneixements (Abel Smith, 1960:25).

L'orientació té notables diferències de com es va plantejar a Espanya. Una de les preocupacions bàsiques de l'Escola Nightingale va ser la valoració de la dona. Evidentment ho va aconseguir, demostrant l'eficàcia i la competència del personal que formava. En els seus orígens, la primera Escola espanyola va estar molt marcada per un sentit religiós. Les seves alumnes havien de professar obligatòriament la religió catòlica i tallar-se el cabell al zero, mesura no justificada només per hàbits higiènics que, sense cap mena de dubte, preocupaven al fundador (cirurgià), malgrat no va obligar mai als metges que fessin el mateix. Sens dubte, existeixen uns trets ben determinats respecte a la professió a Espanya en el període de reconeixement de la mateixa. Un d'ells, ja comentat, és l'absència d'una líder femenina, el procés es va iniciar promogut per metges, i més tard, quan al maig del 1915, es va legalitzar i reconèixer la professió infermera, va ser a petició d'una comunitat religiosa, les serves de Maria.

Un altre tret a destacar d'aquest període és l'existència de *practicants*. El seu número total és difícil de calcular ja que les sèries d'estadística oficials no comencen per a l'ensenyança de practicants fins al curs 1929-1930 i pels professionals en exercici fins l'any 1952. Aquest any n'hi havia 18.642. De totes

maneres, per explotació de les xifres disponibles en el primer terç del segle XX, els practicants devien ser aproximadament uns 5.000, fet que representa un col·lectiu considerable tenint en compte altres professions sanitàries a Espanya en el mateix període. En els anys 1929-1930 havia matriculades 62 alumnes d'infermeria, encara que no es van expedir títols fins a 1933-1934, any en que consten 676 títols d'infermera. En aquest mateix curs, en van concedir 161 títols de matrona (De Miguel,1976). L'ocupació, que en Europa era predominantment femenina, presentava a Espanya dues diferents vessants, els *practicants*, predomini d'homes, i les *infermeres*, dones. Aquests col·lectius i denominacions s'unificaran, com veurem en l'apartat següent, amb el de llevadores a partir de l'any 1952.

1.4.3. La consolidació professional

En l'evolució de la formació de les infermeres/infermers, practicants i matrones, al llarg del segle XX i principis del XXI, s'han de considerar dos períodes. El *primer*, que es situa en l'època republicana, període en el que l'evolució social de la dona va ser molt remarcable, comprèn la creació de les primeres escoles i la Guerra Civil espanyola (1936-39), i el *segon*, inclou el període de postguerra, les diferents reestructuracions de la formació i els canvis d'orientació més recents.

Des de que el metge Frederic Rubio va fundar, en 1896, la primera escola d'infermeres, es va anant explicitant, a diferents nivells, la conveniència i necessitat de formació d'infermeres. A nivell mèdic, en els primers manuals, els metges s'expressaven en aquest sentit, però va ser també a nivell social que tot això es va posar en relació no només amb la necessitat de resoldre els problemes sinó també amb la promoció de la dona en la societat (Nelken, 1919: 166).

Un exemple de l'expressió social de la necessitat de resoldre els problemes de salut i malaltia és la publicació, des de mitjans del segle XIX fins al primer terç del segle XX, de diverses obres destinades a aquest fi. Alguns dels manuals, ja citats anteriorment, inclouen aquest aspecte domèstic. Se'n troben de diverses classes, manuals d'assistència i usos domèstics, i altres especialment dirigits a usos d'assistència sanitària militars així com altres destinats a personal sanitari de la Creu Roja.

Un aspecte a destacar dels primers anys de la formació, és el de la seva emancipació i la preocupació per crear una ocupació adequada per a la dona. Quan a partir del 1917 es van crear altres escoles com, per exemple, l'Escola de Santa Madrona de Barcelona, la segona del país, creada pel Montepío de Santa Madrona l'abril de 1917, l'objectiu de promoció de la dona hi estava present. Precisament, en el fullletó de divulgació del Montepío de Santa Madrona, datat a Barcelona el 17 d'abril de 1917 sota el mecenatge de la Caixa de Pensions per a la Vellesa i Estalvis s'indicava: "Esta Institución, deseando siempre procurar nuevas orientaciones al trabajo de la mujer, por cuyo bienestar y cultura tanto se desvive, va a inaugurar el 22 del corriente (...) un curso de enfermeras profesionales". Tots els professors de l'escola, d'aquesta primera etapa, eren metges menys l'assignatura d'Anatomia i Fisiologia que era impartida per una

metgessa. En aquesta Escola es formaven *infermeres i infermeres vetlladores*, aquestes últimes tenien uns coneixements teòrics una mica més reduïts.

Al 1920 es va regular la formació pràctica en centres externs i al 1922, l'escola va iniciar un cicle d'estudis superiors per a les infermeres internes que permetia l'obtenció del títol d'*infermera general*, així com la formació en algunes especialitats, fet que constituïa un tercer curs (Tey, 1979: 48-51).

El mateix any 1917, la Mancomunitat de Catalunya, quan Prat de la Riba n'era president, va crear la segona escola catalana, la *Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina de la Mancomunidad de Calalunya*, però no va començar a funcionar fins al gener del 1918. En el fulletó, en el que constava el patronat i els objectius, el seu professorat, assignatures, etc. s'esmenta la necessitat urgent de disposar de persones cultes amb aptituds per assistir malalts i tenir cura dels nens, "sintiendo como en todo el mundo el problema candente de la formación profesional de la mujer" (Programa de la Mancomunitat de Catalunya, 1917). Dissortadament, aquesta escola va haver de cessar les seves activitats acadèmiques amb la dictadura del general Primo de Rivera l'any 1923 (Valls, 1996:76).

En un document de 1922 de la mateixa escola s'indica que amb l'obertura de l'Escola d'Infermeres, a més de que "se abre un nuevo campo nobilísimo a la actividad femenina, contribuyendo de una manera positiva al mejoramiento social y cultural de la mujer catalana, se puede alcanzar un medio poderoso para la disminución de la morbilidad y mortalidad en nuestra tierra" (Programa de la Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina, 1922). En aquesta escola entre el professorat, metges homes, i un capellà, ja hi havia dues dones no metgesses.

Altres escoles es van anar creant tenint en compte aquest aspecte d'aconseguir un medi de vida digne, còmode i remunerat per a les dones joves amb alta espiritualitat i altruisme. En els programes es van anant introduint aspectes esportius i culturals com ara concerts, òpera, conferències. Però un fet polític va marcar el destí de moltes escoles, la Guerra Civil Espanyola, ja que moltes d'elles no van reprendre la seva activitat una vegada acabada.

L'orientació de les primeres escoles va ser progressista, sobretot, a Catalunya, amb el desig d'emancipar la dona, aspecte que es va declarar com a finalitat en la majoria d'elles, malgrat que el criteri de consideració social de la dona era d'inferioritat i dependència (Perinat i Marrades, 1980). Com aspecte paradoxal, les escoles d'infermeria oferien una excel·lent possibilitat per a les dones que s'adaptaven als valors morals imperants en l'època, proporcionaven una activitat digna, respectable, exaltant-se l'altruisme, i els valors morals i intel·lectuals. Aquesta pauta va quedar, de totes maneres, ben delimitada en la pràctica quotidiana per a no trencar amb els esquemes socials en ús.

De totes maneres, malgrat l'existència d'escoles d'infermeres, i d'ensenyances de practicants i matrones, sembla ser que la formació a nivell global, de practicants i matrones especialment, era poc reglamentada i originaven judicis de poca qualitat. Les ensenyances d'aquests dos col·lectius es realitzaven en les Facultats de Medicina que admetien l'ensenyament lliure i oficial. Des del període 1929-1930

fins al curs 1961-1962 hi consten només deu Facultats en tota Espanya, a partir de la darrera data s'inclouen les escoles que eren 51.

Durant la Guerra i la Postguerra, la formació de les infermeres i del personal voluntari va tenir molta importància donada la gran quantitat de gent que es necessitava. La Falange Espanyola Tradicionalista i les JONS van organitzar cursos d'*infermeres hospitalàries, d'infermeres socials*, amb un programa de 40 temes teòrics-pràctics, i es va crear el títol de *dama infermera espanyola*, amb un programa de 32 temes teòrics i 18 temes pràctics.

Més tard, es va crear el *Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las JONS*, que va ser reconegut per la llei del 3 de gener de 1942, i en el que van ser incloses diverses categories de personal d'infermeria de la Falange com ara *las enfermeras de organización, las damas enfermeras españolas, las enfermeras hospitalarias, las enfermeras de guerra i las visitadoras sociales*.

Al finalitzar la guerra, algunes *infermeres* van haver de realitzar els estudis de practicant per a poder exercir les seves activitats. Els programes d'estudis vigents en el 1940 comprenien 133 temes per als practicants i 102 per a les infermeres i seguien mantenint una certa similitud.

Durant el període 1929-1952, tant la formació com la direcció de les escoles d'infermeres estaven a càrrec de professionals mèdics. Va existir una gran llibertat en la formació ja que no es van determinar, durant aquests anys, noves normatives o directrius que afectessin els plans d'estudis. En el 1952, es van assentar les bases per a una reorganització dels estudis que es va produir a l'any següent. En aquesta, s'unifiquen els estudis de les professions d'auxiliars sanitaris creant la denominació d'*ayudante técnico sanitario (ATS)*.

La legislació concreta sobre l'organització de les escoles no apareix fins al 27 de juny de 1952 en la que el Ministeri d'Educació Nacional promulga un decret pel que s'organitzen els estudis de la carrera d'infermera i es crea la *Comisión Central de Estudios de Enfermeras (CCEE)* com a òrgan assessor del Ministeri. Aquesta Comissió devia estar presidida pel director general d'Enseñanza Universitaria; com a vicepresident el degà de la Facultat de Medicina, i com vocals, un representant de la jerarquia eclesiàstica, la Direcció General de Sanitat, la Secció Femenina, Sanitat Militar, Creu Roja, religioses auxiliars sanitàries, l'Institut Nacional de Previsió així com tres representants més del Ministeri d'Educació Nacional.

Les escoles havien d'estar dirigides per un director, que havia de ser catedràtic o metge; comptar amb una cap d'escola i amb una secretària d'estudis, ambdues infermeres; professors metges de les diverses assignatures; infermeres instructores; capellà i administrador. La legislació dóna suport i institucionalitza la subordinació de la professió d'infermeria respecte de la medicina. El fet que els directors i els professors de les diferents assignatures haguessin de ser, per llei, metges, relega ja des del principi, les escoles i els professionals d'infermeria a un paper secundari amb poques possibilitats d'intervenció si la direcció de l'escola no era flexible i de criteri obert.

El 4 de desembre de 1953, com ja hem comentat, s'unifiquen plans d'estudis de practicant, infermera i llevadora en un de sol que atorgava el títol d'Ajudant Tècnic Sanitari (ATS). Amb aquest fet, els estudis van adquirir un major nivell tant pel nou programa, en què es contemplaven continguts teòrics i pràctics, com per l'exigència de tenir els quatre anys de batxillerat cursats. També van aparèixer les especialitats a fi de completar la formació en determinats camps d'actuació (en el decret del 18 de març de 1957 es reconeix l'especialitat d'*Obstetrícia*).

En el pla professional, aquesta elevació del nivell d'estudis d'infermeria condueix a una millor assistència i, en el pla social, s'aconsegueix una revaloració de la professió i els ATS passen a ser considerats com a professionals tècnics i no merament vocacionals (Valls, 1996).

Es crea la *Comisión Central de Estudios de ATS (CCEATS)*, que està constituïda per l'antiga *Comisión Central de Estudios de Enfermeras (CCEE)* amb la representació afegida dels Col·legis Professionals, dos catedràtics de la Facultat de Medicina, de l'Escola Oficial de Matrones i de la Societat de Ginecologia. A partir d'aquí es produeixen diversos decrets i lleis que no modifiquen gaire res la situació dels estudis. Alguns d'ells són tan discriminatoris com l'ordre del 2 de juliol de 1955 per la que els estudis d'ATS femenins s'havien de cursar en règim intern, exigència que no era obligatòria pels ATS masculins; o la del 6 de juliol del mateix any respecte a la prohibició de coeducació en les escoles d'infermeria, que es va suprimir, juntament amb el d'internat l'any 1976. Tanmateix, els estudiants cursaven l'assignatura *Autopsia mèdica legal*, per comptes d'estudiar *Enseñanzas de hogar* que era exclusivament per les dones (Ortega, 2002). El creixement hospitalari, l'atomització de la jerarquització i la diferenciació dels llocs de treball vinculats a la progressió científica-tecnològica de l'àmbit de la salut que tenen lloc en la segona meitat del segle XX, propicien el creixement de la demanda d'ATS i les residències sanitàries afavoreixen la creació d'escoles pròpies per a la formació de professionals.

Un aspecte a destacar a l'inici dels anys setanta, és la nova orientació que es planteja a partir de la Llei General d'Educació del 4 d'agost de 1970, per la qual les escoles de grau mig podien passar a ser Escoles Universitàries i, en el cas d'infermeria, donar el títol de Diplomada d'Infermeria. En aquest procés de transformació universitària es redueix considerablement el nombre d'escoles que hi havia hagut fins al moment.

Segons la legislació, les Escoles Universitàries han de tenir com a òrgans directius: el Patronat, la Comissió de Patronat, la Junta de Govern, el director i el subdirector. L'article 19 del decret 2293 del 1973, indica que el govern de les escoles estarà encomanat al seu propi Patronat i a un director, assistit per la Junta i altres òrgans que els estatuts universitaris o reglament de l'escola estableixin. La designació del director es fa pel Ministeri d'Educació i Ciència entre professors que pertanyen als cossos d'educació universitària, per la qual cosa és necessari el títol de doctor, a proposta de l'entitat i amb el vist-i-plau del rector. A nivell de legislació no s'especifica que el director de l'escola hagués de ser un metge.

L'ordre del 31 d'octubre de 1977 estableix les directrius per a l'elaboració dels plans d'estudis de les Escoles Universitàries d'Infermeria. Això representa l'inici real del desenvolupament universitari de la professió. L'entrada de la infermeria a la universitat permet una formació amb mires més àmplies que les d'un hospital-escola, i ha fomentat que les infermeres i els infermers hagin començat a constituir un patrimoni d'escrits professionals: articles, manuals, treballs de recerca, entre d'altres. També representa que les escoles d'infermeria passen a tenir una entitat professional pròpia, així com el fet decisiu que es deriva de compartir les responsabilitats de la universitat en el terreny de la docència i de la recerca, totes dues inseparables en aquest nivell d'estudis. Com afirma Tey: "La universitat és una institució adequada que pot potenciar i fer evolucionar la infermeria com a professió independent dins l'equip de salut" (Tey, 1979).

Els canvis que es produïren en el currículum del *diplomat en Infermeria*, respecte als estudis d'ATS, són: l'increment d'hores teòriques, quedant equiparades al 50% amb les pràctiques clíniques, el nivell exigut de COU (Curs orientació universitària), la definició del rol propi, l'assistència integral a l'usuari, i la distribució de l'ensenyament en cinc àrees: ciències bàsiques, ciències mèdiques, ciències de la infermeria, ciències de la conducta i salut pública.

En el curs 1992 s'aprova un nou pla d'estudis que té com a objectiu que, a banda de les matèries troncales i obligatòries, l'alumnat pugui completar el seu currículum amb assignatures optatives o crèdits de lliure elecció, segons les seves preferències o afinitats.

L'any 2001 es va aprovar la Llei Orgànica 6/2001 que pretén potenciar la qualitat de la formació i adaptar l'ensenyament universitari a les noves tecnologies.

Actualment, s'està en un moment de canvi propiciat per l'Espai Europeu d'Educació Superior en el que caldrà saber articular la formació de grau, postgrau i les especialitats ja existents amb les necessitats de l'àmbit laboral i acadèmic.

1.5. Ideologies en infermeria

El sentit de les ideologies en l'anàlisi de l'evolució de la professió infermera és la de constatar com un conjunt de creences i valors han servit perquè un col·lectiu desenvolupés, en la societat, un determinat paper. El sistema comú de creences que analitzarem no és típic d'un període determinat, sinó que apareix abans dels orígens de la infermeria professional, i es manté fins als nostres dies.

En sociologia, s'utilitza el terme *ideologia* per a designar un sistema d'idees i de judicis, explícit i generalment estructurat, que serveix per a descriure, explicar, interpretar o justificar la situació d'un grup o d'una col·lectivitat, i que inspirant-se en uns valors proposa una orientació precisa a l'acció històrica d'aquest grup o col·lectivitat (Rocher, 1997:128).

Les tasques d'administrar o proporcionar cures han estat lligades, ja des d'antic, a allò que podríem anomenar uns principis tradicionals: cura intuïtiva i femenina, filantropia, caritat, noblesa, afecte, vocació. Quan més endavant es reconeixen les

tasques de cures com a professió, aquesta es planteja com una part subordinada de la divisió tècnica del treball que envolta la medicina (Freidson, 1978:74).

Hi ha, doncs, dues nocions amb pes i tradició històrica en la infermeria: la *vocació* i la *professió*. És, per això, que articularem l'exposició de les ideologies extremes dels manuals espanyols destinats a la formació dels futurs professionals en aquests dos eixos: el *vocacional* que englobarà les consideracions vinculades a aspectes qualitius (religiositat, amor, caritat, vocació, lliurament als altres) i el *professional* que aglutinarà les de la feminitat, la cura maternal, la subordinació, l'obediència, i el servilisme.

1.5.1. Ideologies vinculades a la vocació

Els matisos de religiositat, caritat, vocació, interès, desinterès, altruisme, generositat, dedicació, i treball sense ànim de lucre afegit, són elements inherents a la condició de tasca femenina que trobem en els diferents documents escrits (Domínguez-Alcón, 1986). Tanmateix, la consideració de que certes cures del cos, les més íntimes, que en diverses circumstàncies no poden ser realitzades pel propi malalt, poden produir repugnància, gran esforç o ser dures per a qui les porta a terme i només es fan per vocació; així com la visió de la professió com un sacerdocí, una missió apostòlica que es compleix, per una crida interior, a vegades, amb sacrifici, queden àmpliament reflectides en els textos estudiats des de l'inici fins als nostres dies (Williams, 1978).

Ideologia de la caritat

Els documents anteriors al segle XV expliciten ja la ideologia de *caritat*; més endavant, manuals del segle XVIII, concretament, en el 1623, en la *Instrucción de enfermeros*, l'autor que era un infermer, evidencia una noció similar quan indica l'obligació, per part dels infermers, de servir als malalts amb *caritat i amor* (Hijos de la Congregación del Venerable Bernardino Obregón: Instrucciones de Enfermeros, 1650: 2).

Altres textos, com, per exemple, la descripció de tasques per a personal d'hospitals, del segle XVIII, reflecteixen igualment la ideologia de *caritat, amor i tendresa*, tanmateix dins l'aspecte de *tendresa maternal* (*Constitucions de Hospital General de Santa Creu*, 1756: 58-115).

1.5.2. Ideologies vinculades a la professió

Ideologia de la subordinació mèdica

En el segle XVIII, l'any 1786, es va publicar el manual de M. Carrere, traduït del francès. En la seva advertència s'indica: "Se necesita grande tino para presentar al público una obra que basta a hacer de los enfermeros unos auxiliares de los médicos" (Carrere, 1786:22).

En el segle XIX, Nightingale va orientar l'actuació de les infermeres des d'una perspectiva de dependència respecte a la professió mèdica, possiblement el rebuig i l'acollida dolenta per part dels metges i el treball que va realitzar a Crimea,

la van fer actuar d'aquesta manera. Nightingale no permetia que cap de les seves infermeres fes cap servei per iniciativa pròpia. Les infermeres dispensaven cures a requeriment dels metges, col·laboraven, però sense responsabilitzar-se dels pacients (Deloughery, 1977:55).

És, realment, paradoxal aquest plantejament de subordinació i dependència per part de la reformadora de la professió, que va dur a terme un canvi en les nocions imperants en l'època ja que va considerar i difondre que per a ser una bona infermera no n'hi havia prou en ser comprensiva sinó que calien a més uns coneixements i habilitats (Krausse, 1978:45).

La mateixa idea queda reflectida en els manuals de formació, i, en un dels primers (1901), s'assenyala que "Los médicos tendrán auxiliares instruidos, que cumplan sus indicaciones" (Rodríguez Méndez, 1907: 6) o "El médico es el sabio, es el que entiende más que todos, es el que manda" (Pijoan, 1919:53-54).

És freqüent trobar en els textos frases semblants a la següent: "Entre el médico, cerebro directriz, autoridad sacerdotal en tiempos primitivos y autoridad intelectual y ciudadana en tiempos modernos, y el enfermo, persona que, con vocación y práctica suficiente, sepa llevar a la realidad las órdenes del facultativo" (Álvarez Sierra, 1955:3).

Respecte a l'actitud i qualitats que la infermera ha de tenir envers el metge i que perpetuen la seva subordinació estan en la línia dels següents comentaris: "Ha de tener una perfecta disciplina y obedecer los mandatos de los facultativos, pues el médico es el que en un enfermo manda" (Font, 1935:82). Queda clar en aquestes cites que l'orientació de la professió infermera, segons el criteri metge, ha de ser l'execució d'unes tècniques ordenades per propi metge i poca cosa més: "La misión de la enfermera, tanto en el hospital como fuera de él, es servir al enfermo, velando constantemente sobre él y sobre todo lo que le rodea y servir al médico, ayudándole asidua y dócilmente (...) La misión de la enfermera consiste únicamente en ajustarse a la dirección dada y en ejecutar o hacer que se ejecuten las prescripciones" (Pijoan, 1919:54).

Pel que fa referència al caràcter de la infermera indica que ha de ser serena i alegre, que no ha d'aparentar por ni alarma, que només ha de parlar moderadament i no recriminar els metges. Matisant aquest aspecte de submissió s'afirma que "La enfermera ha de sacrificar su opinión personal, ya que puede darse el caso de que vea las cosas de distinto modo que el médico, pero, a un caso de que le ocurra que el médico puede haber sufrido un error en una dosis, por ejemplo, es llamarle la atención haciéndole repetir la orden, pero siempre muy discretamente, y en forma que no se entere el paciente (Pijoan, 1919:54).

Els autors de textos d'infermeria s'expressen en termes similars en anys posteriors (1935): "Para con sus superiores (la enfermera) ha de ser sumisa y obediente. No ha de discutir las órdenes que recibe. Si alguna cosa cree que no se puede cumplir o tiene escrúpulos de que pueda estar mal indicada, por observaciones que puede recibir del estado del enfermo después de dictada, tiene que hacerlo saber al médico directamente, sin intermediarios, y sobre todo con modestia, para que pueda ser rectificada después" (Valls Marín, 1940:8).

Dins de l'etapa professional és freqüent considerar a la *infermera com un minimetge* (Domínguez-Alcón, 1986). Els professionals d'infermeria devien tenir pocs coneixements teòrics i molta pràctica i això ha estat la nota dominant de la formació fins als setanta. "Creemos que debemos conseguir ayudantes técnicos sanitarios poco sabios, pero en cambio hábiles y precisos en el ejercicio de su profesión y siempre con la consciencia de la función deben llenar, en relación con el médico, el enfermo y la sociedad" (Álvarez Sierra,1975). Reproduïm part del paràgraf esmentat en un text d'infermeria de 1977, citat per Beatrice Thomstad (taula 3), que comenta les antigues i noves normes que regeixen la relació metge infermera, com a mostra que vindria a recolzar la idea de funcions diferents (Deloughery, 1977: 228):

Taula 3: Normes que regeixen la relació metge/infermera segons Beatrice Thomstad

Norma antiga	Norma nova
La cura mèdica és més important que la cura d'infermeria	La bona salut requereix bona infermeria i bona cura mèdica
La infermera pot ajudar al metge fins a on li permetin els seus coneixements	El metge i la infermera estan per ajudar al pacient a que comuniqui obertament allò que li passa
El metge sap més que la infermera	Els bons metges saben més de medicina que les bones infermeres; les bones infermeres saben més infermeria que els bons metges

Font: Domínguez-Alcón, 1986

Vinculada a la creença general de pocs coneixements existeix la idea de que el *professional d'infermeria té una missió d'intermediari*. També apareix la *diferència de funcions entre el practicant i la infermera* que també queda recollida en els manuals. "El practicante es el auxiliar inmediato del médico en todas sus actividades profesionales (...)y de este modo vienen siendo en la práctica, aunque es cierto que, en los últimos tiempos y para determinadas facetas del ejercicio profesional, se ha notado una progresiva tendencia a dar preferencia a las enfermeras, sobre todo en los medios hospitalarios (...), encargándose al mismo tiempo de las funciones auxiliares llamadas tècnicas (inyecciones, curas,etc.) y de aquellas otras que se consideren de orden secundario, como por ejemplo, la alimentación y la limpieza del enfermo" (Carrasco Pardal, 1948: 287).

En els manuals s'evidencia la noció de la *infermera com a ser inferior*, encara que si bé és veritat que no és una idea freqüent, creiem que les cites representen com ha estat considerada la professió, almenys durant certa època i en determinats sectors: "En su relación con los médicos (la enfermera) ha de huir de todo lo que no sea lo puramente profesional. En él ha de ver un padre, y si hay alguno que no se haya percatado de su papel, que pase por la violencia de que sea *un inferior* el que le haga comprender cuál debe ser su conducta y lo equivocada que es, si es

lo pura que le corresponde (Valls Marín, 1940:9). En un document del 1975, al parlar del respecte de l'ATS vers als metges, encara s'afirma: "Es la reverencia que un inferior debe tener a un superior. Ahora bien, el médico es superior al ATS por dignidad y por ciencia, y por ambos motivos debe respetarle (...), siendo indulgente en sus defectos humanos y profesionales, defendiéndoles siempre ante los demás: enfermo o no enfermo, llegado el caso de proposiciones menos rectas, negarse rotundamente con muchísimo respeto" (Castañeda, 1975:83).

Com hem observat fins al 1975 no es noten grans canvis en la concepció de les relacions entre metge i infermera: "El médico prescribe, dirige el plan; el ATS ejecuta lo mandado" i "por lo que respecta al ATS, es claro que el médico es el superior y al que ha de obedecer por motivos naturales y sobrenaturales" (Castañeda,1975: 82-82). Aquesta obediència ha de ser ràpida, íntegra, gustosa, constant i col·laboradora.

Altres autors ho expressen així: "Concretando algo más esta visión panorámica de la enfermería como ámbito propio de la profesión de enfermera, debo advertir que al intentar ésta alcanzar su cénit vocacional y la plenitud de responsabilidades, no ha de abandonar su recta actitud de obediencia, servilismo, a las estrictas indicaciones de la superioridad, ni debe aspirar a transformarse en un médico de segunda clase" (Ortiz de Landázuri, 1975:44-45). Però, també sembla que s'obren noves perspectives: "La evolución de la enfermería ha hecho, pues, que la enfermera, sin menoscabo de su misión histórica de colaboradora vocacional en el acto médico, vaya adquiriendo auténtica categoría profesional propia, como se pone de manifiesto viéndola desempeñar los más diversos puestos de trabajo en la actividad asistencial, sanitaria, o clínica" (Ortiz de Landázuri, 1975: 44)

Ideologia de la feminitat

En la majoria de les societats industrials la infermeria és una *professió predominantment femenina*. Els professionals d'infermeria homes són una minoria en tot el món. A Anglaterra i Gales el 16% dels professionals d'infermeria són homes, però aquest és un dels països juntament amb Espanya que el percentatge és més elevat. A USA està entre l'2 i el 4 per cent (INE, 2003).

Els textos de formació d'infermeria en el nostre país han recolzat àmpliament la idea de la infermeria com una professió femenina, de dones. Així per exemple, en 1931 s'afirma que "la profesión de asistir y cuidar enfermos es preferentemente de naturaleza femenina (...), siendo algo incompatible con el temperamento varonil masculino" (Report of the Committee on Nursing, 1978: 121, 127 i 214), o més endavant, en 1935, s'indica que "sólo una mujer puede llenar debidamente la noble misión de la enfermera cuando en el ejercicio de la misma se esperan dificultades, peligros para su propia vida, condiciones todas que sólo es capaz de vencer el alma de la mujer, que lleva el germen, ya desde su juventud, el alto espíritu de su misión consoladora" (García Tornel, 1935: 174).

L'any 1975, quaranta anys després, en una línia de pensament similar, un metge s'expressa així, al tractar de la idoneïtat, coneixements i habilitats de la infermeria: "Profesión femenina por esencia, porque femeninas son la cualidades necesarias

para que sea fiel imagen que de ella tiene el mundo. Imagen que con justicia se ha sublimado tanto que ha inspirado los ditirambos más preciosos reservados a las nobles profesiones” (Cañadell,1975: 29).

A l'any 1977, algunes professores d'escoles d'infermeria plantegen aquest aspecte amb una perspectiva menys sexista però amb biaix religiós: “Aunque (cualidades) preferentemente femenines, por ser esencialmente humanas, pueden darse también en el varón, o poseidas por quienes están más o menos partados de la fe, aunque sólo en el cristianismo alcanzan su plenitud” (Hernández, 1978:228-233). Les qualitats que es citen són la capacitat d'entrega, generositat, laboriositat, eficiència, tenacitat, ordre, sinceritat, lleialtat, responsabilitat, comprensió, fortalesa, veracitat, sinceritat, simpatia, naturalitat, tendresa, alegria.

La cura d'infermeria com a cura maternal és la idea que millor expressa el paper assistencial de la infermera. Sobre la cura de malalts, en general, s'expressa: “En su trato con el enfermo ha de extremar su seriedad. No permitirá bromas ni confianzas. Debe considerar que al afecto que ella pone, con mucho de maternal, puede corresponder el enfermo poniéndolo en la mujer y no en la enfermera” (Valls Marín, 1940:51-52)

També, cal remarcar que un aspecte que porten els manuals és el de la *higiene i la pulcritud de presentació de la infermera*.

Actualment la ideologia que es reforça en els estudis universitaris és la de l'autonomia i identitat professional, però aquesta entra en conflicte en ideologies presents en la realitat social i professional que reproduïxen els models de dependència mèdica i feminitat.

Com a resum d'aquest apartat, es podria dir que l'activitat de la infermeria ha tingut unes ideologies dominants, agrupades al voltant dels eixos: vocació i professió. Cadascun d'ells, ha significat una certa manera de dur a terme les cures d'infermeria i ha caracteritzat un tipus de relació de la infermera amb el metge.

La imatge de la infermera s'ha associat de forma gairebé general i constant a la condició femenina, i malgrat la consideració tradicional de la infermeria com a professió no ha arribat a tenir, de forma total, les característiques inherents a una professió. Entenem per a professió una ocupació que ha assumit una posició predominant en la divisió del treball de tal manera que aconsegueix el control sobre la determinació de l'essència del seu propi treball.

L'autonomia total i el control de la pràctica per a la pròpia professió són precisament dues característiques que la infermeria moderna s'entesta a aconseguir, però que no han estat, ni estan presents en la infermeria del nostre país.

Les ideologies identificades es concreten en els aspectes de *missió apostòlica*, considerant la infermeria com un sacerdoci i emfatitzant els valors de la caritat, desinterès, amor al pròxim. La professió s'ha reafirmat, a més, com *predominantment femenina* i les cures d'infermeria com l'atenció maternal, tendra, afectuosa i delicada. En la formació ha prevalgut la idea del *mini-metge*, de

transmetre als infermers-eres els mateixos coneixements que el metge però en menys quantia. Per altra banda, es va considerar que la pràctica ho era tot i que la infermera havia de tenir una missió d'intermediari i, fins i tot, que era un ser inferior. En l'activitat professional, la *subordinació* al metge, la submissió i l'obediència han estat constants tradicionals, així com la *higiene*, la neteja minuciosa i la presentació pulcre, tant com a norma de conducta i observança per a donar exemple.

Els canvis introduïts a partir de la incorporació dels estudis a la universitat, no han aconseguit encara un canvi prou significatiu en l'exercici malgrat que els propis professionals han fet accions de promoció de la professió i hi han hagut corrents internacionals que han intentat imprimir una imatge, una manera de ser i d'actuar que tenen com a objectiu bàsic l'excel·lència de la cura al pacient. S'ha passat, o gairebé passat de la noció d'infermeria al servei de la medicina a la infermeria al servei del malalt o usuari.

CAPÍTOL 2: LA INFLUÈNCIA DEL GÈNERE, EN L'ORGANITZACIÓ DE LES PROFESSIONS SANITÀRIES

El constant predomini històric de la dona en determinades professions de l'àmbit de la salut, com ara la infermeria; i la seva presència progressiva en la medicina justifica la inclusió, en el marc teòric del projecte, d'una aproximació a l'estudi del gènere, com element que modela la realitat sòcio-cultural de la que venim i compartim.

2.1 El gènere com a categoria analítica

El feminisme, amb la seva diversitat de reflexions i pràctiques, es va convertir en un dels elements transformadors més importants del pensament i dels comportaments socials i polítics del segle XX, i la seva presència i teoritzacions van suposar uns dels canvis epistemològics més innovadors i creatius dels últims temps. No només es va aconseguir cridar l'atenció sobre la invisibilitat i absència de les dones, la seva dominació i explotació sinó que va crear un corpus teòric que està encara transformant tots els camps del coneixement i en conseqüència de les pràctiques socials i polítiques (Ortiz, 1996).

Es pot dir que el gènere sempre ha estat un principi bàsic en la organització de les societats, però així com abans, poques vegades, havia estat tractat com a concepte bàsic analític, ara les relacions de gènere s'han convertit en un camp central d'investigació i en un factor rellevant a l'hora de determinar les polítiques d'igualtat i d'aprofundiment de la democràcia.

Les dones han participat en la transformació educativa, han entrat en el mercat de treball i tenen un cert control de la pròpia fertilitat. Han pogut fer ús dels drets formals degut al canvi en les condicions socials i participar en el debat públic.

Així doncs, la introducció i l'acceptació del gènere com a categoria analítica i política fonamental suposa l'obertura d'un nou camí en els comportaments socials i polítics.

La política de gènere es converteix en una política que es relaciona amb l'accés de la dona als sectors de decisió i execució i també, com a grup, amb l'accés al mercat de treball i al sistema educatiu. Tot això, que se solia considerar com una diferència cultural entre dones i homes, ara es percep clarament com una desigualtat objectiva (Martínez López, 1995).

2.1.1. Diferenciació dels conceptes sexe i gènere

A mitjans del segle XX, pioneres del feminisme actual com ara Simone de Beauvoir o Margaret Mead van cridar l'atenció sobre la construcció sociocultural de les diferències sexuals. La primera va subratllar, en la seva coneguda obra *El segundo sexo*, que "La mujer no nace, sino que se hace" (De Beauvoir, 1970: 69) destacant el caràcter no biològic de la condició social de les dones.

En aquesta mateixa línia, Mead, en les seves investigacions basades en diferents cultures, va destacar el fet que els rols i atributs relacionats amb les dones poden variar d'unes societats a altres, i que allò que en una societat es considera femení, com la capacitat de tenir cura, la tendresa, pot estar associat en una altra als homes, o al contrari, o no donar-se una diferenciació tan radical entre uns i altres. En els anys 70, se separen els conceptes de sexe i gènere, en un intent de discernir entre allò que és biologia i el que és cultura, i es denuncia la naturalització de les dones com un mecanisme bàsic en la seva subordinació social. El terme sexe podria ser utilitzat per a designar les diferències físiques, anatòmiques i fisiològiques d'homes i dones que s'associen a la capacitat de procreació; mentre que el concepte de gènere suposaria un nivell d'abstracció diferent, mitjançant el que ens referiríem tant a les idees i representacions com a les pràctiques socials d'homes i dones, que impliquen una diferenciació d'espais i funcions socials i una jerarquització en quant a l'accés al poder (Esteban, 2000).

Si es du a terme una acurada revisió dels conceptes de sexe i gènere s'evidencia que la seva separació comporta també problemes. Un dels principals és la idea dominant de que el sexe (biologia) es quelcom donat, estàtic, invariable i de que el gènere (cultura) és allò que es construeix, allò que s'elabora socialment. El sexe tal i com l'entendem a Occident i com l'apliquem, per exemple, en l'activitat sanitària, es defineix com un fet biològic indiscutible, que té diferents nivells d'expressió i a partir del que es classifiquen els éssers humans en dos grups: homes i dones. De totes maneres, al marge de l'existència de dades biològiques i anatòmiques objectives, hi ha suficients indicis que ens parlen d'un desajust entre les evidències científiques i el consens social tan fort sobre la seva importància. És a dir, hauríem de veure'l més com un constructe que s'ha d'emmarcar en un context cultural i històric concret: la societat occidental a partir del segle XVIII. Tampoc es defineix de la mateixa manera en altres cultures, malgrat que en elles també es doni la subordinació de les dones. Els sexes no sempre són dos i en algunes societats es permeten i/o legitimen certes transgressions tant del sexe com del gènere que fan que sorgeixin subjectes socials que no són ni homes ni dones, situacions que poden perllongar-se una part o tota la vida.

L'ús de la categoria *dona* ha dificultat, en gran mesura, percebre la construcció d'altres diferències de classe, d'ètnia, de nacionalitat, d'edat, d'orientació sexual, entre d'altres, que són fonamentals en la realitat de les dones.

Les convergències i divergències en la situació de les dones es podríem resumir dient que quan es deneguen drets a la categoria *dona* s'aplica a tot el que és femení, però quan es tracta d'oferir privilegis, hi ha unes prerrogatives socials relacionades amb la classe, l'ètnia, l'orientació heterosexual, que separen a les dones.

Així, doncs, ens trobem amb una dualitat dels models de gènere: pertinència i dissidència, tenir en compte la diversitat de les dones, o dels homes, no és només una qüestió de voluntat. Una limitació important del pensament occidental del segle XX, que ha contribuït a l'ocultació d'aquesta diversitat, és la forma principal d'explicar els fenòmens individuals i socials, a on ha primat la tendència a analitzar

les experiències de la gent com a conseqüència directa del discurs hegemònic. A més, des d'aquesta perspectiva, s'ha anat afavorint una idea de victimisme i passivitat respecte a les dones i altres grups subordinats, que solen ser vistos com a receptors i reproductors passius de les ideologies dominants (Ortiz, 2002).

2.1.2. Feminisme i biomedicina

En el marc del feminisme i la biomedicina ens trobem amb dues qüestions centrals que han estat cabdals en les reivindicacions en l'àmbit sanitari. Per una banda, la denúncia de l'androcentrisme a tots els nivells, investigació, docència i assistència, i per l'altra, l'evidència de la medicalització de les dones.

El problema no només és d'un simple biaix o imperfecció del sistema mèdic sinó que és una qüestió estructural del propi sistema, que s'ha de recontextualitzar i repensar en la seva totalitat.

És molt útil la crítica cultural de la biomedicina que es fa actualment en antropologia de la salut, on es considera que l'hegemonia de la també anomenada medicina occidental, científica o al·lopàtica, té menys a veure amb els progressos tècnics que amb estratègies corporatives portades a terme pels professionals metges en els darrers dos segles. En aquesta dinàmica haurien estat fonamentals els pactes realitzats amb les burocràcies estatals que han dificultat la normalització administrativa i jurídica de qualsevol altra alternativa i han recuperat, pel propi sistema, aspectes solucionats prèviament amb l'autocura (Ortiz, 1996).

Un element central d'aquest procés ha estat la medicalització de la societat basant-se en la idea d'universalitat, que ha servit per a sustentar el propi model mèdic hegemònic. Medicalització que suposa control social e ideològic sobre la població, a través fonamentalment de l'estigmatització i regulació de certs comportaments i la negativitat associada a determinats patiments, i la mateixa definició del que és malaltia i d'allò que no ho és, d'aquells que són assistibles i en quines condicions.

En el món de la salut prima i ha primat la idea diferencialista entre homes i dones, al veure'ls com col·lectius homogenis i perfectament diferenciables.

Hi ha dades objectives que demostren que els homes i dones presenten especificitats en quant a diferents aspectes de la salut: esperança de vida, hàbits de salut, manera en que s'emmalalteix i es mor, autopercepció de la pròpia salut, i utilització de serveis sanitaris (Ortiz, 2000).

En general, sabem "massa" de les dones i molt menys dels homes i donem massa importància als estàndards d'uns i d'altres. Això pot fer-nos perdre la perspectiva relacional, el procés de construcció i manteniment de les relacions de gènere, i, com a conseqüència no buscada, arribar a hipertrofiar i mantenir situacions de desigualtat. És important saber veure els avantatges que podria proporcionar l'abordatge de l'experiència masculina de fenòmens molt més minoritaris en els homes, i que, per aquesta mateixa raó, facilités la informació, no tinguda en compte, en les anàlisis de les dones.

Per exemple, en relació directa amb la menopausa, està apareixent la construcció d'una nova edat, un nou cicle vital per a les dones: l'edat madura i la seva

delimitació més estesa posa el límit inferior als 40 i el superior als 60. Aquesta nova etapa, sovint es relaciona, amb aspectes psicosocials molt amplis i diferents, vinculats més o menys directament amb la salut. L'edat madura de les dones sorgeix vinculada, de manera estreta, amb els canvis socio-demogràfics i de salut generals, com l'augment de l'esperança de vida general i específic per les dones, però no es defineix de la mateixa manera pels homes i dones, ni té les mateixes connotacions per a ells: en les dones es destaca, sobretot, la dimensió de crisi i vulnerabilitat generalitzable a totes i el risc de problemes físics i psicològics, així com una lectura reproductivista de les seves vides, ja que es lliga sempre, malgrat sigui de forma indirecta, a la menopausa i, per tant, a la capacitat reproductora.

Un altre tema a reflexionar és el paper de les dones com acompanyants en les consultes. Moltes vegades la patologia, malgrat tingui implicacions per a tota la família, està centrada en el pare de família o en un altre home i segueix essent la dona la que va a la consulta i àdhuc és ella la medicalitzada. En matèria sanitària sol ser més difícil arribar als homes que al col·lectiu femení per diferents raons (laborals, falta de familiaritat dels homes amb la salut, etc.) però s'ha de perseguir aquest objectiu perquè, del contrari, estem influint negativament en les dones, perpetuant els rols que, per altra banda, les discriminen.

En les planificacions d'intervencions en l'àmbit de la salut és important no centrar-se exclusivament en les dones, fer una millor definició dels col·lectius i dels objectius, reflexionar sobre com implicar els homes i assajar iniciatives concretes, pensar en el treball conjunt de l'administració o de la societat.

Es necessita una visió completa dels factors socials que estan en la base de la malaltia, relació metge-pacient, i conductes de salut, per a trobar la base de les diferències de gènere. La implantació d'una visió parcial, deixa les dones fora del coneixement o produeix informació errònia sobre els vertaders riscos per a la salut.

La traducció de les relacions de gènere en l'àmbit de la salut també incideix en els seus propis professionals. És evident que la consideració de la malaltia i la salut, des de la mirada occidental, visió exclusivament biomèdica, ha propiciat, al llarg dels anys, una determinada manera de veure i considerar els seus professionals. Així, nombrosos estudis sobre la percepció social de les professions sanitàries indiquen, encara, que la professió metge es percebuda amb més responsabilitat que la d'infermeria, fet que podria estar relacionat, per una banda, amb la competència o poder de diagnosticar i tractar que té aquesta professió versus la d'infermeria que el seu àmbit es focalitza més al voltant del fet de cuidar, amb una tasca clarament sotmesa al criteri metge, responsable últim del procés del malalt. Per altra banda, s'ha de tenir en compte que la medicina ha estat una professió de domini masculí fins, gairebé, l'actualitat, amb una marcada estereotipació sociocultural de l'home com a ésser especialment dotat per a dominar el coneixement i la seva aplicació.

Els motius argumentats explicitats que determinen la diferenciació entre aquestes dues professions sanitàries, estan, bàsicament, vinculats a la responsabilitat que implica tractar "vides humanes", a la capacitat d'aprendre conceptes molt amplis i

complexes, a l'aplicació de la tecnologia i del coneixement, al poder de decisió inherent al tractament d'una persona, etc. Construccions, totes elles, molt pròpies de la nostra cultura, encara que no són exclusives d'ella.

2.2. La socialització de les professions

La socialització de les professions és un procés multifactorial en el qual hi intervenen els coneixements tècnics que conformen la disciplina; els valors de la societat on té lloc la socialització; el ressò o impacte social que aquella professió genera, bàsicament determinat per les relacions de dependència professional/usuari; la presència de la tecnificació i les relacions de gènere (Burrage, 1990).

Determinades professions, com ara els metges i els advocats que han estat, bàsicament, els agents dominadors de les discussions sobre les professions, al llarg dels segles XIX i XX, al Regne Unit, Amèrica i posteriorment a Europa, per assolir i mantenir l'estatus del professionalisme i per a reforçar la seva posició en la societat i en el mercat laboral, van teixir una complexa xarxa de caracteritzacions basades, inicialment, en el cos propi de coneixements i, que més tard, van modelar amb altres elements exclusius que van acabar exportant a la societat tot establint relacions de poder i de dependència (Burrage i Torstendahl, 1990).

Els valors que impregnen la societat i que intervenen en el procés de socialització, afavoreixen l'assignació sexuada de les professions. Segons l'estudi que, sobre els valors dels catalans, va portar a terme l'Institut Català de la Mediterrània d'Estudis i Cooperació l'any 2000, es pot dir que la societat catalana actual es configura com una societat satisfeta, però més conservadora que abans i molt secularitzada. És una societat individualista i individualitzada, amb una forta dosi de pragmatisme, permissivitat i tolerància; i amb un marcat sentit de la seva identitat cultural diferenciada. L'aspecte de la individualitat i dels valors tradicionals reforcen aquesta visió egocentrista de l'individu i de la seva consideració prioritària de les persones que conformen la primera línia relacional, sobretot en temes relacionats en la salut i l'atenció sanitària (Elias, 2001).

Pel que respecte als mecanismes socials de feminització de determinades professions, l'antropòloga Dolores Juliano afirma que la confluència sistemàtica de pressions fa que el model socialment presentat, el del gènere, sigui interioritzat per un gran nombre de dones com l'únic possible. Això fa que experimentin angoixa i trasbals si opten per una forma de vida que s'allunyi en algun punt de l'esquema normal i les porti a intentar compatibilitzar les seves aspiracions intel·lectuals i professionals amb el que s'espera d'elles, escollint estudis i treballs que resultin, en realitat, una ampliació de l'àmbit domèstic i de les seves tasques. La majoria de les "feines femenines" es caracteritzen per recolzar-se en un ensinistrament previ rebut a casa i que, per ser considerat naturalesa i no aprenentatge, permet catalogar-les com a no especialitzades i pagar-les per sota del que seria necessari en cas de reconèixer la seva especificitat (Juliano, 1989).

En aquest sentit, la consideració de la identificació de les cures amb una funció “natural” de la dona, ha estat durant segles el principal instrument de colonització intel·lectual i de marginació usat per a limitar el desenvolupament de la ciència infermera i del poder de qui són les seves dipositàries i saben exercir-la.

Molt probablement, també sigui aquesta identificació la causa de l'expropiació que durant segles ha patit el pensament de les dones sanitàries per part dels homes i que constitueix, actualment, un important treball de reelaboració de la història i de recuperació de la genealogia.

Tanmateix, Pierre Bourdieu apunta la importància de *l'habitus* en les diferenciacions professionals. L'*habitus* és a la vegada un sistema d'esquemes de producció de pràctiques i un sistema d'esquemes de percepció i d'apreciació de les pràctiques. En ambdós casos, les seves operacions expressen la posició social en la qual s'ha construït. En conseqüència, l'*habitus* produeix pràctiques i representacions que estan disponibles per a la classificació, que estan objectivament diferenciades; però no són immediatament percebudes com a tals només que pels agents que posseeixen el codi, els esquemes classificadors necessaris per a comprendre el seu sentit social. D'aquesta manera es naturalitzen i no es veuen com desigualtats estructurals, com ara la subordinació de la infermeria envers la medicina, malgrat que en molts casos les competències posades en joc de forma quotidiana poden ser molt semblants (Bourdieu, 1996).

En el procés de socialització professional també hi tenen incidència els estereotips que construeix la societat i el seu funcionament. Herrero Brasas assenyala que mitjançant l'estereotipació, s'encasella un grup d'individus a una categoria fixa i s'atribueix una sèrie determinada de característiques a tots els membres d'aquella categoria, tant al grup com a cada individu en particular.

En relació al funcionament de l'estereotip, el mateix autor afirma que les creences estereotipades influeixen en l'individu que manté aquestes creences quan intenta recordar informació sobre la persona o professió estereotipada i, en conseqüència, tendeix a tenir una memòria selectiva i a reinterpretar aconteixements relatius a l'individu o grup estereotipat de manera que s'ajustin a l'estereotip reconegut.

Es produeixen els fenòmens de *memòria constructiva* i *record preferencial* on l'individu que té aquest tipus de creences, per exemple que la infermeria és cosa de dones o que les infermeres depenen del metge, prioritza en la seva memòria aspectes que reforcen la seva opinió estereotipada (Herrero, 1993).

Per altra banda, hi ha un altre element a tenir en compte en la socialització de les professions, concretament, la revolució científica i tècnica que es va produir, majoritàriament, en el darrer segle i la seva traducció en l'àmbit sanitari.

El progressiu procés d'assalarització dels treballadors científics i tècnics, i el desenvolupament tecnològic van implicar la necessitat de tenir especialistes qualificats (Lacalle, 1976). Aquesta necessitat, únicament assolible mitjançant la formació, va portar a una divisió tècnica del treball, a la superespecialització, i a l'aparició de disciplines secundàries amb la conseqüent subdivisió de les principals.

Aquests fets, juntament amb la creixent substitució d'uns professionals per altres no només dins d'una mateixa professió amb diferents especialitats sinó també entre diferents professionals, van minvar el monopoli de poder i elitisme privilegiat que havia existit anteriorment.

La pèrdua del professional liberal en el món sanitari no només va afectar a l'elitisme del metge/ssa sinó també a la posició de rellevància social que ostentava el practicant d'infermeria. De fet, aquesta figura estava majoritàriament exercida per homes, que, malgrat dependre d'un centre de salut, gaudia d'una autonomia gairebé total ja que el seu punt de referència més directe era el metge de capçalera de la zona o del poble. El seu àmbit professional era el d'atenció comunitària i la metodologia i esperit de treball totalment individualista, practicat versus pacient, perquè així ho establí i afavoria el propi sistema de salut d'aquell moment. Aquests elements van ajudar a fomentar, sens dubte, la seva aurèola de poder generada per uns coneixements especials, socialment necessaris, i transmesos per un professional. Aquesta situació va començar a canviar fa uns vint anys enrere quan es va iniciar la reforma de l'atenció primària en el nostre país. Els anomenats ambulatoris van passar a ser àrees bàsiques d'atenció amb els corresponents centres de salut, consultoris, atenció continuada, etc. Aquesta nova planificació va implicar la integració dels practicants, entre d'altres professionals, que abans gaudien d'un horari laboral més reduït i no formaven part d'equips multidisciplinars. La integració d'aquests professionals no ha estat fàcil i encara ara hi ha personal sanitari no integrat.

L'evolució tècnica i legal de la professió d'infermeria ha anat, òbviament, de la mà de l'evolució tecnològica de la medicina en general. Les noves polítiques sanitàries, els avenços en el camp de la recerca, i la implantació de noves formes de gestió per a fer el sistema sanitari eficient i sostenible han incidit en la pràctica assistencial dels professionals de la salut, redefinint un nou perfil de professionals amb un alt nivell d'especialització i de compromís en la microgestió del treball (López Casanovas, 2001).

La revolució tecnològica està canviant, encara, el pols de la sanitat i això suposa una forta i ràpida adaptació dels serveis sanitaris a la realitat del tercer mil·lenni. Aquest canvi en les necessitats i exigències per part de l'usuari, vinculades bàsicament amb la competitivitat i amb la contenció econòmica, estan tenint un gran impacte en les professions que conformen l'àmbit de la salut. El personal facultatiu es veu com el motor del canvi sanitari i qui ha de liderar el desenvolupament tecnològic. Els altres col·lectius, entre els que es troba la infermeria, seguiran estant exclusivament en la cadena de servei (Moore, 1997).

És històricament evident que l'evolució de la tecnologia en el camp de la salut ha implicat la introducció i el desenvolupament de tècniques i de procediments. El cos de coneixements tècnics de la infermeria ha anat guanyant complexitat i això ha portat a la redefinició del seu àmbit competencial, que va dur a terme l'Institut d'Estudis per la Salut juntament amb el Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut l'any 2001.

L'evident especialització de la praxis infermera va generar el reconeixement oficial, des de l'últim terç del segle passat, de dues especialitats: la de matrona i la de

salut mental. En els darrers dies, aquestes s'han vist incrementades amb les d'infermeria geriàtrica i sociosanitària, del treball i salut laboral, infermeria clínica avançada, i infermeria comunitària.

Però és evident que, malgrat la consolidació d'especialitats, la gran part de les activitats que porta a terme un infermer/a segueixen depenent d'un altre professional que les prescriu, les indica, o les realitza. Són, concretament les que tenen a veure amb la vigilància i prevenció de complicacions, el control dels símptomes i signes, l'administració de tractament i la col·laboració en la realització de determinades tècniques.

La variabilitat de les tasques així com el fet de que un pacient requereixi d'intervencions d'infermeria les 24 hores al dia mentre duri la seva hospitalització fa que, especialment en l'àmbit hospitalari i en l'atenció que requereix més nombre de tècniques, sigui molt necessària la protocolització per garantir una mateixa manera de treballar i poder dur a terme el control de la qualitat assistencial.

De la mateixa manera, la protocolització de la pràctica infermera a través dels plans de cures estandaritzats ha suposat portar a terme un treball interdisciplinari previ que requeria de validacions legals posteriors per arribar a formalitzar i a normalitzar els procediments d'infermeria. L'administració de tractament o la realització de les tècniques que formen part del pla de cures, sense necessitar de la prescripció mèdica individualitzada, podia arribar a suposar la reafirmació de l'autonomia de la infermera, la millor gestió del temps assistencial i un canvi substancial de funcionament. Però precisament, la manca de normalització legal d'aquesta nova manera de treballar ha tornat a suposar, sobretot pels professionals de la sanitat pública, el manteniment més aferrissat de l'ordre mèdica i de la vinculació d'ambdós col·lectius.

Les úniques i últimes actualitzacions legals que s'han fet respecte a la professió infermera és la llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica; i la llei 44/2003 de 21 de novembre d'ordenació de les professions sanitàries.

2.3. El gènere i les professions sanitàries

2.3.1. La feminització i la pràctica assistencial

En la nostra societat, hi ha *quelcom* que condiciona el paper que, en els seus diferents àmbits, poden desenvolupar les dones. Aquest *quelcom* compleix dues característiques, la primera és que ve d'antic i que, malgrat s'hagi atenuat, encara és vigent; i la segona és que es reproduïx i té moltes conseqüències en el sistema sanitari: en la infermeria, on la dona històricament ha estat majoritària, i, en la medicina, per la progressiva prevalença de la dona (Alberdi, 1998).

En el nostre entorn socio-cultural s'assignen diferents característiques (valors, atributs, possibilitats de desenvolupament personal i social) als individus en funció de la seva pertinença al gènere femení o masculí. Tanmateix, a partir de

l'assignació individual del gènere, es produeix un fenomen de generalització pel qual també s'atribueix a algunes ocupacions, que després s'han transformat en professions, la seva pertinença a l'estereotip de gènere femení o masculí, i concretament, en les professions del sistema sanitari, es dona una forta identificació de la medicina amb l'estereotip de gènere masculí i de la Infermeria amb el del gènere femení, tot i que l'escenari de la primera està agafant un viratge cap a la feminització.

Quan es diu que la Medicina i la Infermeria són professions que han mantingut i mantenen una forta tipificació o polarització s'ha d'entendre sota aquests termes el procés de canalització selectiva de les persones cap a elles a raó de la seva pertinença al gènere masculí o femení. Certament, ambdues professions han estat catalogades en funció del gènere perquè una gran part dels seus components és d'un dels dos gèneres i s'entén socialment que és apropiat que sigui així.

En aquests moments, com ja s'ha dit anteriorment, aquest darrer aspecte ja no es compleix en la professió mèdica perquè el nombre de dones que estudien els primers cursos de les Facultats de Medicina ja és més alt que el nombre d'homes. Aquest fenomen, completament nou, de feminització d'una carrera tradicionalment masculina, és molt interessant d'observar ja que posarà de manifest quines són les conseqüències d'aquesta feminització.

La feminització de la infermeria

La identificació del tenir cura amb una funció "natural" de la dona, ha estat, durant segles, el principal element que ha frenat el desenvolupament de la ciència dels cuidats i que ha afavorit la permanència dels valors que han perpetuat la seva subordinació i la marginació en els àmbits de decisió.

Els mecanismes de marginació funcionen en dos sentits i originen, per una banda, una definició externa de valors, possibilitats i imatge, i, per l'altra, un acotament de l'espai. En el cas de les infermeres, els valors que sustenten les seves actuacions, les possibilitats de la seva pràctica professional i la imatge que han de transmetre venen definides extrínsecament i els marges en els que es poden moure s'estableixen des de fora de la professió. No hi ha possibilitat de llibertat i els intents que en aquest sentit s'han i es poden produir, han estat i són neutralitzats de seguida.

Pel que fa referència a l'acotament de l'espai (Juliano, 1989), es produeix quan es confina físicament la dona a l'àmbit de la reproducció, la llar, i intel·lectualment a l'espai d'allò privat, mentre que l'home pot i ha d'actuar en el món extern, o sigui en el territori de la política, l'economia i l'àmbit social. Així, les infermeres, dins el sistema sanitari, poden moure's en l'àmbit domèstic del mateix, que no és altra que el de l'assistència directa, el de la "producció", però l'espai extern on es decideix en nom dels interessos de tots, és, bàsicament, masculí.

El tema de la influència o del poder és un altre aspecte a tenir en compte en la teorització del gènere ja que aquest és el mitjà pel que s'articula el poder. Hi ha dones que han tingut i tenen influència i poder però aquests elements no estan legitimats culturalment. El seu poder tendeix a ser percebut com manipulador, com

descriptiu de les relacions socials o com fora de lloc o escassament important ja que, en tot cas, són “la gran dona que sempre hi ha darrera d’un gran home”.

En el sistema sanitari, en l’entorn on es reproduïxen els estereotips socials, i en relació al poder de les infermeres, el paral·lelisme és evident i les seves conseqüències suposen obstacles. Es podrien comentar tres aspectes referents a la marginació a la que s’enfronta el “poder infermer”.

El primer és la *restricció de la comunicació*. Es porta a terme obstaculitzant l’intercanvi d’informació entre infermeres, al no haver-hi una assignació de llocs i horaris per a portar-ho a terme. Els metges sí que tenen aquests llocs específics.

El segon, és la *dificultat d’accés real als llocs de vertader poder*. A partir d’una determinada quota de poder o influència, i malgrat concretes excepcions, es tanca el pas de les infermeres mitjançant el simple mecanisme d’establir un nivell de titulació que excedeix el seu. Es deixa, això sí, oberta la porta dels llocs d’assessorament. En aquest sentit, la història recent del sistema sanitari espanyol demostra amb escreix, que els llocs d’assessoria són gairebé l’únic àmbit de poder accessible per a les infermeres.

El tercer problema és el de l’*avaluació de les idees i solucions aportades*, com a conseqüència de l’escàs prestigi que té el poder exercit per les infermeres en el sistema sanitari, sovint es produeix una percepció minimitzada de les idees i solucions que elles produeixen. Aquesta minimització les obliga, en ocasions, a cercar transmissors de les seves idees amb la finalitat de que aquestes siguin percebudes com menys ofensives.

És prou evident que, de manera constant, l’estereotipació de la infermeria es porta a terme a través dels propis plans d’estudis i dels àmbits de treball.

No es pot negar que, al llarg dels darrers anys, els missatges “oficials” en l’àmbit de la formació han canviat, però no s’han de perdre de vista els missatges “extraoficials” que invadeixen el subconscient sense permís. Caldria evitar que passi el mateix que va succeir amb la co-educació i els llibres de text dels nens que, quan es van estudiar en profunditat, es va descobrir que estaven impregnats de matxisme i discriminació envers la dona.

Referent a l’àmbit de treball de les infermeres, no només s’han d’analitzar les funcions quotidianes que desenvolupen sinó, sobretot, l’accés real que tenen a les responsabilitats del sistema que, en teoria, poden i han de realitzar aquells que són més capaços sense importar la qualificació de base.

Un altre sistema per a mantenir-se en el marge és la *dificultat per a construir una autoestima independent*. Partint de l’especificitat “natural” de la conducta femenina, se suposa que la dona s’inclina més que l’home per a la vida sentimental i que en ella trobarà la justificació de la seva posició secundària i la legitimització de la seva existència. Aquesta vida sentimental es defineix en base a l’autosacrifici, la generositat, la tolerància, el servei i l’entrega. D’aquesta manera, l’autoestima es construeix a partir de la seva capacitat per a “lliurar-se”, per a “ser” en funció dels altres. Aquestes idees també es poden aplicar a les infermeres ja que, pot ser mantenint una posició quelcom exagerada, aquest seria l’esquema del

model de la infermera “entregada”, que s’oblida d’ella mateixa per a tenir cura de la resta.

Les infermeres que s’atreveixen a adoptar actituds i idees que es consideren fora de l’estereotip, han ser conscients que poden patir pèrdua d’identitat o discriminació, i, possiblement, hagin de fer front a una sèrie de mecanismes que fomentin la seva desvalorització personal i professional. Si l’opció és desenvolupar llocs de poder, sovint es veuen abocades a construir camins inexistents o intermedis.

Les professionals d’infermeria, com la resta de les dones, estan obligades a combinar i a realitzar les responsabilitats dels dos gèneres: la càrrega familiar i el treball, desenvolupant allò que la sociòloga A. Durán anomena el *temps circular*, en el que es barregen contínuament ambdós rols, en contraposició del *temps lineal* dels homes (Duran, 1987).

D’aquesta necessitat de desenvolupar les funcions d’ambdós gèneres, se’n deriva l’exclusió de determinats àmbits de poder, i de les prerrogatives que comporten, perquè es produeixen a deshora per a les dones.

Fins ara s’ha parlat de les argumentacions referents a la identificació de les infermeres, l’estereotip femení i les conseqüències marginadores, però encara cal parlar d’una forma de marginació especial que se’n deriva de la por de les pròpies infermeres i infermers davant l’existència d’una altre discurs diferent al de sempre.

La mitologia diu que Procusto era un bandoler de l’Àtica que afegia a la seva condició de assaltant la peculiaritat d’odiar la diferència. El seu odi, portat a l’extrem, el feia comportar-se com un monstre. Quan trobava una víctima apropiada, o sigui diferent, l’estenia sobre un llit de ferro que tenia preparat i si la infeliç sobresortia del mateix, la serrava. Si, pel contrari, no arribava a assolir les mides del llit l’estirava mitjançant cordes amb la finalitat d’aconseguir portar-la a la seva “normalitat”. També diu la mitologia que Procusto va ser mort per Teseu, després d’aplicar-li el mateix tipus de càstig que executava a les seves víctimes.

Sembla ser, que en el fons de l’odi de Procusto, com en el de tots els odis, hi havia la por, la por a la diferència. Segons Vladimir Volkoff la diferència dóna por perquè “contesta” el discurs de la “normalitat” dels que no són capaços de sortir-se’n dels estrictes marges marcats (Volkoff, 1984).

No cal referir-se, per exemplificar el concepte, a diferències extremes, sinó només cal fer una reflexió sobre el que comporta a vegades desqualificar, entre el mateix col·lectiu d’infermeres, una professional que compleix amb la seva obligació a expenses de dedicar-hi una estona més o fer les coses d’una determinada manera. Amb excessiva freqüència, la reacció a una situació excel·lent és la desvirtualització de la mateixa, el desànim i la marginació. Per descomptat, això succeeix, només, quan es donen ambients amb una estructura rígida que propicia la por als canvis, en els que hi ha una nul·la o escassa existència de normes de qualitat de l’actuació professional, en els que hi ha una carència de sistemes d’avaluació de l’eficàcia dels recursos, una marcada endogàmia o una inexistència de control i retroalimentació social.

La feminització de la medicina

La feminització de la medicina descriu una línia d'ascendència progressiva que va des de finals del s. XVIII fins a l'actualitat, on la dona té una presència majoritària a les facultats.

A finals del segle XIX i començaments del s. XX hi havia molt poques dones a l'Estat espanyol que haguéssim estudiat medicina o l'estiguessin exercint. Gradualment, van anar sorgint metgesses que es van anar doctorant i especialitzant principalment, en ginecologia i oftalmologia.

Les estudiants universitàries no es limitaven a les Facultats de Medicina, malgrat aquestes recollien, en 1909, el 57% del total. Les opinions de metges i intel·lectuals en general, estaven dividides sobre la conveniència o no de que es dediquessin a la medicina, essent la majoria partidària de que no estudiessin. Això va ocasionar la decisió que es va prendre al respecte i que va estar vigent des de 1888 fins al 1910 i per la qual, aquelles dones que volien matricular-se necessitaven un permís acadèmic especial per a fer-ho, requisit que no afectava els seus companys homes.

No se sap amb certesa el nombre de metgesses que treballaven al començar el segle XX però probablement no fossin més de dotze. A mesura que els anys van transcórrer també va anar augmentant el nombre d'estudiants universitàries Madrid, Barcelona, València, Salamanca, Valladolid, Àlaba, Cadis, sembla ser que tenien més tradició universitària que d'altres comunitats espanyoles.

La pressió social exigia major capacitat i disposició intel·lectual en les dones que s'atreuen a donar aquest pas com ressaltava Margarita Nelken en 1922: "Una muchacha que hoy decide emprender estudios tan serios y tan fuera de lo acostumbrado como lo son los de cualquier carrera salvo la de Magisterio, ha de hacerlo impulsada por un deseo muy vehemente de elevarse espiritualmente. Por lo tanto, mientras los estudiantes cabe de todo, aplicados e indolentes, entre nuestras estudiantes no caben hoy día más que aplicadas, muy aplicadas; de aquí que pueda verse con qué brillantez cursan sus áridos estudios" (Ortiz, 1987: 79). Cal ressaltar el component religiós, altruista i d'estereotipació que afecta la dona i que també es dona en les infermeres de l'època.

La Medicina va ser, en la primera desena del segle passat, una carrera d'elecció prioritària entre les estudiants de grau superior. A l'any 1909 constituïen més del 50% del total de dones que cursaven estudis universitaris, encara que aquesta proporció va disminuir ràpidament fins als anys 50 per a tornar a pujar de nou a partir de llavors. Aquesta caiguda, dels trenta primers anys, es relaciona amb les poques opcions professionals que tenien les metgesses ja que les perspectives de treball tant públic com privat eren escasses i les d'especialització, bastant limitades. Els metges rurals tenien dificultats per a cobrar els sous que tenien contractats amb els ajuntaments i hi havia molts metges en el mercat laboral.

D'alguna manera, la incorporació de la dona a la medicina, o sigui "el perill feminista", venia, ja en aquell temps, a empitjorar la situació existent.

Tant les dificultats professionals, com les econòmiques i socials en general, havien pogut afavorir la derivació d'estudiants cap a les escoles d'infermeria laiques que, a partir de 1894, amb la fundació de la Santa Isabel d'Hongria, van començar a créixer a Espanya. La pertinença de la dona a la professió mèdica, tan polèmica des de finals del segle XVIII en tot Occident, va ser més qüestionada que la de la infermeria. Sophia Jex-Blake, primera metgessa escocesa i impulsora entusiasta de la reforma de l'educació de les dones, que al 1874 va fundar una Escola de Medicina per a dones a Londres, no deixava d'estranyar-se que, essent el principal argument contra l'accés de la dona als estudis mèdics, la conveniència moral o ètica, aquest mateix raonament no s'apliqués al treball de les infermeres, les quals havien estat en una guerra, havien atès a homes en tots els seus patiments i situacions i no havien rebut crítiques ferotges sobre "l'indelicat de la seva tasca".

Òbviament, la consideració d'aquesta professió com fonamentalment femenina i explícitament subordinada a la del metge o cirurgià, segons l'esperit que li va donar Florence Nightingale, no li va ser aliè. A aquest respecte s'ha d'assenyalar la concomitància de la disminució de metgesses en molt països, a finals del s. XIX, i l'increment del nombre d'infermeres i escoles per a la seva formació.

En el nostre país, les futures metgesses no van trobar-se amb l'opinió favorable unànime dels metges sobre la seva elecció professional, no només en el segle passat sinó en dates molt recents, concretament, és palès el contingut sexista dels principals llibres de text de Ginecologia i Psiquiatria editats entre el 1920 i 1970 (De Miguel, 1979).

Com s'ha dit abans, sobre el 1923 hi deuriem haver unes dotze metgesses en tot el territori espanyol i això vindria a representar una taxa de feminització del 0.4%, bastant més baixa que la de països com ara Alemanya (5.2%) o Estats Units (15,6%) i segurament menor que la d'altres països europeus.

El grau de feminització de la professió mèdica a partir dels anys trenta, i, concretament, entre els trenta i vuitanta, ha seguit una evolució de tendència general ascendent fins i tot en moments, en que àdhuc l'augment de metges es produeix a expenses del de dones. L'increment és gradual i arriba al punt més alt a partir dels anys 70, en els que la taxa de creixement anual de metgesses es situa entre el 17 i 42%, en tant que la dels metges homes no supera, en el millor dels casos, el 9% anual.

Aquesta forma d'evolució ha repercutit en el nivell de feminització de la professió que gairebé no va variar entre els anys trenta i cinquanta, però que, a partir dels seixanta va augmentar fins arribar al 15%. En el 1930, hi havia unes 50 metgesses en el territori espanyol, segons l'Anuario Médico Español, 1930-31, que representava un 0.3%.

L'oferta de llocs de treball en el sector públic, i també en el privat, segurament que estaria en relació directa amb els variables nivells de feminització, donada la tradicional preferència de les metgesses per una activitat assalariada abans que

per l'exercici liberal de la seva professió. Per altra banda, la presència de facultats de medicina i les seves proporcions d'estudiants femenines seria també un factor important a tenir en compte.

De totes maneres, el major increment del nivell de feminització que té lloc a partir dels anys setanta no és cosa particular de la professió mèdica, sinó a l'augment general de la població activa femenina entre els anys 1950 i 1970. El sector sanitari, per altra banda, va assistir a una elevació de les proporcions de metgesses entre 1965 i 1974, que van ser, després de les veterinàries, les professions que més van créixer en nombre.

El 1979, Espanya es trobava entre els tres països amb menor percentatge de metgesses seguida per Vietnam del Sud i Madagascar. El promig de metgesses col·legiades el 1981 és d'un 19% i a finals del segle XX era d'un 62% i actualment és d'un 66% (INE, 2003).

La pràctica assistencial en infermeria

La identificació existent entre la professió mèdica i infermera i els estereotips de gènere masculí i femení respectivament faciliten la configuració del model d'atenció d'infermeria i limiten el desenvolupament de les seves possibilitats professionals, o sigui, la seva aportació al conjunt del sistema sanitari.

Partint de la idea de que el gènere és una construcció social integrada per valors i pautes de conducta esperades, caldria recordar quins són els principals atributs que la nostra societat considera propis del gènere masculí i quins del femení. Per a portar-ho a terme es pot recorre a un document de la OMS sobre la funció de les dones en l'assistència sanitària en el que es pot llegir: "En las sociedades occidentales, el estereotipo masculino incluye características como la ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad, (.../...) mientras que el estereotipo femenino se caracteriza por la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad" (OMS, 1988:31).

L'atribució d'aquests valors *femenins* i *masculins* a les infermeres i metges dins del sistema sanitari, és una realitat de la que tenen perfecta constància la majoria dels actuals professionals i que porta a ambdós grups professionals a desenvolupar models diferents d'atenció sanitària amb unes característiques molt determinades (Taula 4)

Però, la feminització de la professió va encara molt més lluny i es pot veure que també té repercussió en el marc de la quotidianitat de la pràctica assistencial. Hi ha una gran discordança entre el model d'atencions per a la salut que legalment es determina, segons les diferents normatives vigents, i el que realment es du a terme en la pràctica diària.

Taula 4: Característiques dels models d'atenció sanitària

CARACTERÍSTICA	ATENCIÓ MÈDICA	ATENCIÓ INFERMERIA
Objectiu bàsic	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triomfar sobre la malaltia i la mort ▪ Allargar la vida 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assegurar el manteniment de la vida ▪ Promocionar el seu desenvolupament
Eix de la feina	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La patologia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La necessitat alterada
Estil operatiu	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescriptiu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Substitutori ▪ Foment de l'autocura
Estil de resolució de problemes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basat en la intel·ligència racional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basat en la intel·ligència emocional
Claus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anàlisi i estratègia per a competir amb la patologia ▪ Implicació emocional baixa ▪ Jerarquització alta ▪ Concentració de la informació 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprensió i col·laboració per a crear condicions favorables ▪ Implicació emocional alta ▪ Jerarquització baixa ▪ Autoresponsabilització alta

Font: Alberdi, 1999

Per tal de fer efectiu el dret constitucional a la protecció de la salut dels ciutadans a l'Estat espanyol, diverses normatives regulen i despleguen l'organització, funcionament, objectius i activitats del sistema sanitari, partint d'uns conceptes centrals de persona, entorn i salut que són integrals, globalitzadors i dinàmics, i que determinen un model d'atencions per a la salut centrat bàsicament en la promoció, educació, prevenció i readaptació i no exclusivament en la curació de la malaltia, característica del model anterior (Pera, 1997).

Cohent amb aquest model, que necessita indubtablement de la col·laboració entre disciplines diverses, preveu la norma que les activitats es duran a terme en el si d'equips interdisciplinars, sense relació de jerarquia entre els diferents professionals, sinó en relació de transdisciplinarietat que englobi i respecti els diferents àmbits de competència específica.

D'aquesta manera queda obsolet l'antic sistema de treball, centrat en la figura del professional metge, com a cap de l'equip al qual estaven subordinats la resta de professionals amb la missió bàsica de ajudar-lo en el que era l'objectiu fonamental: detecció i curació de la malaltia.

Malgrat el temps passat des de la publicació de les normatives i els molts esforços i programes posats en marxa, si observem el dia a dia, podem constatar que el nou model dista molt d'estar plenament instaurat.

Tant en l'àmbit de l'atenció primària, reformada o no, com en el de l'atenció hospitalària, és freqüent topar amb fórmules de treball pròpies d'un model biològic en el qual les infermeres es dediquen prioritàriament a desenvolupar activitats destinades a donar suport al diagnòstic i tractament de les patologies. Aquest rol és propi d'una època i una titulació anteriors i no s'ajusta de cap manera a les normatives, directrius i recomanacions de les diferents administracions sanitàries (europees, estatals o autonòmiques) ni, per descomptat, al contingut curricular del vigent pla d'estudis, ni als actuals conceptes de la "ciència" infermera.

És del tot incongruent que els òrgans planificadors i finançadors del sistema sanitari públic no verifiquin i controlin si el producte que estan comprant és el que ells mateixos han establert que s'havia de proporcionar a la població.

És, realment inversemblant pensar que és tan difícil trobar sistemes d'avaluació del procés i dels resultats que comprovin quines atencions es donen, quines fórmules de treball s'utilitzen i si s'assoleixen els objectius de salut prefixats en el Pla de Salut, en l'Aula d'Atenció Primària, i en d'altres, o és que, malauradament hem d'arribar a pensar que tots aquests documents són purament declaracions de bones intencions deslligades de la realitat de la pràctica diària.

La veritat és que en lloc d'observar un avenç cap a l'assoliment del nou model, més aviat estem experimentant una sensació de recessió: periòdicament es planteja el debat sobre la implantació d'una direcció mèdica per sobre de les actuals direccions assistencials en l'organigrama hospitalari, o bé es proposa la creació d'una capolaria mèdica al front de les unitats assistencials, o apareixen, en els mitjans de comunicació, declaracions dels màxims responsables del sistema sanitari en les que es fa referència al professional metge com a principal protagonista del sistema. Aquests símptomes evidencien que s'està tornant a un enfocament cap a la malaltia, que sembla ignorar que el principal protagonista del sistema sanitari és la persona sana o malalta i no els professionals que formen part de les organitzacions i que, com diu la Llei General de sanitat, han d'orientar les seves actuacions prioritàriament a la promoció de la salut i prevenció de malalties.

Un altre signe preocupant, reflex d'aquest retrocés, es produeix en l'àmbit de l'atenció primària amb la proposta de supressió de la figura del cap d'infermeria, amb la qual cosa no quedarà cap responsable d'atencions d'Infermeria en la línia jeràrquica, ben al contrari del que recomanen l'OMS o el CIE, que lideri i dinamitzi el procés de canvi i d'implantació de la reforma de l'atenció primària, el futur de la qual, passa en bona part pel paper que hi han de jugar els professionals d'Infermeria.

Com és lògic, aquesta duplicitat de model genera en els professionals desconcert i inseguretats, frena iniciatives i afavoreix conductes acomodaticies i refractàries a

qualsevol canvi, mentre no es disposa de directrius clares sobre el què cal fer: atenció domiciliària, educació sanitària, atencions planificades a les necessitats d'Infermeria o bé, dur a terme petites tècniques, fer receptes i centrar-se en la complimentació de la terapèutica mèdica.

Tot això comporta un fre en el desenvolupament de la professió infermera. El professional es mostra reticent a exercir la seva autoritat en els nous àmbits competencials i es refugia en el rol tradicional en el qual es sent més segur, que a més és el que li demanen els seus superiors immediats i s'evita conflictes i tensions en el dia a dia. Però aquesta situació comporta un evident risc en l'àmbit de responsabilitat professional, perquè es deixen de fer activitats que legalment estan previstes que s'han de dur a terme i que corresponen a l'àmbit de competència professional infermera. I encara que no s'exerceixi l'autoritat en els temes de competència pròpia no podem oblidar que se n'és responsable, tant del que es fa, com del que caldria haver fet i s'ha negligit.

La pràctica assistencial en la medicina

Les característiques professionals que distingeixen l'exercici mèdic d'homes i dones, segons els Anuaris Estadístics d'Espanya de l'Institut Nacional d'Estadística, assenyalen que, al llarg del segle XX, els metges tendeixen a concentrar-se en les capitals, dins de l'àmbit provincial. En línies generals es podria dir que aquesta actitud ha tingut encara més incidència entre les metgesses que entre els seus companys homes.

La preferència dels metges joves per nuclis importants de població en general, s'argumenta, per una banda, per la seva relativa situació d'inferioritat en el medi rural davant companys més veterans, fet que obligaria els joves a optar per les altres places menys atractives; per altra banda, per l'augment d'ofertes que van tenir els metges, fonamentalment en els anys setanta, per a rebre formació especialitzada en hospitals, o sigui, en capitals.

La majoria de metgesses treballen assalariades en hospitals o centres de salut, circumstància que pot anar relacionada amb la seva edat; com recollia una enquesta realitzada en 1970, entre els metges menors de 34 anys es donaven les més elevades proporcions de partidaris de l'exercici no liberal.

Per descomptat que factors intrínsecs a la condició femenina no faltarien. Al 1966, segons la secretaria de l'Associació Española de Mujeres Médicos (AEMM), la majoria preferien ser "ajudants dels seus marits", si aquests eren metges; altres ajudants d'altres metges i no tenien consultori propi i altres treballaven en empreses o laboratoris sense exercir la professió per a la qual havien estudiat (Ortiz, 1987).

Respecte al grau d'especialització de les metgesses aquest ha disminuït des dels anys trenta-cinquanta del segle passat fins a l'actualitat. Llavors, les poques dones que exercien la medicina eren especialistes en la seva totalitat; en els anys cinquanta ho eren un 75% i en els 70 van tornar a augmentar, 85%, coincidint amb el màxim grau d'especialització registrat entre la totalitat de metges. Però en els començaments dels vuitanta el percentatge va començar a baixar, 35%. Aquesta

davallada afecta a la proporció general d'especialistes però la baixada té més repercussió en el sector femení de la professió.

La justificació de tot aquest comportament guarda relació amb l'edat de les metgesses, a més del seu sexe. Com a grup professional jove, en anys i en tradició pràctica, és factible pensar que, estaria més motivat i seria més apte per incloure-les en el sector més innovador i d'avantguarda de la professió. Entre elles hi havia més especialistes, igual, segurament, que entre les noves generacions de metges homes. A mitjans dels 70 fonts de l'organització mèdica femenina (AEMM) entenien, al contrari, que els més grans nivells d'especialització entre dones responia a una certa inseguretats en el terreny professional i a una menor urgència en el terreny econòmic fet que, a diferència dels seus companys, les permetia estudiar una especialitat sense necessitat d'exercir simultàniament la medicina general.

En qualsevol cas, a començaments dels vuitanta té lloc una important disminució dels percentatges de metgesses especialistes. En aquelles dates, comencen les dificultats en les sortides professionals dels metges, de manera que la manca de feina afecta a una part dels mateixos i això afecta al grau d'especialització mèdica. La gran repercussió entre el sector professional femení podria fer-nos pensar que aquestes dificultats porten en sí mateixes una discriminació en funció del sexe, que afectaria en sentit negatiu les dones. De totes maneres, sembla que no va ser així, i que el va succeir és que les metgesses estaven patint la seva incorporació tardana a la professió. Com que el creixement de metges, en les darreres dècades, es fa gairebé a expenses de l'augment femení, sense oblidar que el punt de partida d'aquest sector era francament minoritari, de manera que el percentatge de metgesses sense feina sobre el total de les existents, resultaria més elevat que entre els metges homes. Per a reforçar aquesta argumentació creiem que resulta il·lustratiu constatar que l'evolució dels nivells de feminització entre especialistes ha anat en clar augment en gairebé totes les províncies i anys.

L'espectre d'especialitats practicades pels metges, en general, ha anat augmentant amb el temps. El mateix ha passat amb les metgesses però aquestes, malgrat estar més especialitzades que els seus companys exerceixen menys especialitats que ells. Les especialitats que en els anys 70 i 80 eren menys inaccessibles a les metgesses eren les subespecialitats quirúrgiques (cirurgia cardiovascular, de l'aparell digestiu, màxilo-facial, toràcica, pediàtrica i neurocirurgia). En aquests anys hi havia, en canvi, metgesses amb especialitats tan tradicionalment masculines com ara la cirurgia general i la traumatologia, malgrat en una proporció que no superava el 2% del total d'especialistes en dates recents.

A Espanya, al 1974, les cirurgianes generals eren 30 (1.3%⁹), 6 exercien traumatologia (0,3%) i la cirurgia plàstica comptava amb el nivell de feminització més alt de les especialitats quirúrgiques, un 13%.

Una altra especialitat on s'ha detectat poquíssim la presència femenina és la medicina administrativa, així com la medicina forense i la geriatria encara que en percentatges una mica més alts.

Les especialitats més escollides per les dones en els anys 80 són pediatria, anàlisis clínics, medicina Interna, anestèsia, obstetrícia i ginecologia. Els homes,

en la mateixa dècada: medicina interna, pediatria, cirurgia general, traumatologia, obstetrícia i ginecologia.

La pediatria, ja des del 1940 i fins al 1980, ha estat l'especialitat més escollida per les metgesses. La ginecologia i l'obstetrícia la segona especialitat des del 1940 fins al 1960, així com també l'oftalmologia.

En realitat les dones es dediquen a les especialitats per a les que històricament han estat considerades aptes. Fins els anys 20 s'han recollit moltes opinions que consideraven idonis, per a les futures metgesses, camps assistencials com els de les malalties de dones i nens i oftalmologia.

L'obstetrícia, potser com a reconeixement a la tradicional dedicació i interès de les dones pels patiments propis del seu sexe i potser també per una qüestió higiènica moral de màxima vigència a finals del segle XIX. La pediatria, òbviament, com a manera de reproduir a nivell professional el rol domèstic per excel·lència, l'atenció dels nens. A l'oftalmologia, en 1902, se la considerava apropiada en l'exercici femení, a tenor de la "... delicadeza del órgano, su pequeñez, la función hermosa y poética que desempeña, la finura que requieren las operaciones, lo aristocrático y menudo del material empleado... que están pidiendo dedos femeninos, algo de manos de hada que, como espumoso encaje, toquen sin lastimar..." (Ortiz, 2000: 74)

A partir dels anys 20 les dones van ser associades a noves tasques com ara "Laboratori" mentre va passar a ser discutida l'assignació de la tocoginecologia. Respecte a la primera, era adequada per permetre portar una vida no molt atabalada. No requeria l'esforç de "levantarse a altas horas de la noche para la asistencia a cualquier enfermo que lo solicite" (Ortiz, 2000: 76).

Al contrari, alguns van deixar de considerar la pràctica de l'obstetrícia i ginecologia com adient a la dona. L'especialista, a més, "...sentirá flaquear sus fuerzas y reclamar la energía viril, la decisión rápida, el auxilio sereno del hombre médico" (Ortiz, 2000: 79).

Encara a l'any 1964, una enquesta realitzada entre metges de Barcelona, revelava que el 19% dels mateixos pensaven que s'hauria de limitar l'activitat professional de la dona a "especialitats femenines" com ara la pediatria i les anàlisis clíniques.

El canvi d'opinió de metges i metgesses respecte a la idoneïtat de l'obstetrícia com a especialitat mèdica per a dones, possiblement tingui unes arrels profundes. Les malalties de les dones havien estat camp de les mateixes des de que en tenim notícia, per descomptat sobre la base d'un coneixement no científic, fins a mitjans del segle XIX. La major atenció dels metges a la tocoginecologia va ser resultat de tot un conjunt de canvis socials produïts a finals del segle XIX i a principis del s. XX, entre ells el que es va anar produint és la major consideració social de la dona, la seva incorporació en el món del treball assalariat i la importància que se li va començar a donar a la seva salut i a la dels seus fills. Per aquest motiu es van crear llocs de treball per a metges que garantitzaven l'assistència especialitzada.

En el nostre país aquest procés va venir de la mà del Seguro de Maternidad (1931) i possiblement va ajudar a consolidar l'exclusió de la dona com a professional d'elit en el camp de la salut femenina. Era competència del metge

(home) l'especialitat mèdica, mentre que la matrona (dona) tenia un paper subordinat i exclusivament ajustat a determinades tasques ginecològiques.

En un país de cultura diferent a l'occidental, com l'Índia, l'obstetrícia es troba entre les de màxima preferència per part de les dones, fet que orienta sobre el pes socioambiental a l'hora d'escollir especialitat.

La prevalença de la pediatria com especialitat femenina i el gradual descens de l'obstetrícia i ginecologia és un fet constatat en les darreres dècades.

També s'aprecia un augment de les especialitats que podríem anomenar de recolzament, que es caracteritzen per d'escàs contacte amb el pacient, la seva forta relació amb la salut pública i, especialment, el seu paper coadjuvant diagnòstic, allunyat de la gestió directa dels pacients.

A banda de les diferències existents entre metges i metgesses en quant a l'especialització, n'hi ha d'altres que es concreten en la pràctica professional i que es manifesten quan el model organitzatiu en el que es treballa ho permet. Aquestes diferències són bastant coherents amb el diferent rol social que tenen els homes i les dones en la vida quotidiana i en el marc social, i en essència, són que les metgesses presten més atenció als aspectes psicosocials, vivencials, familiars i de comunicació metge-pacient; valoren més el treball en conjunt amb les infermeres i les opinions dels seus companys metges.

Els metges semblen tenir més confiança en l'eficàcia de les recomanacions preventives que donen als seus pacients i generen major producció investigadora, especialment publicacions. Existeixen diferències en la importància que atorguen a algunes fonts d'influència sobre el seu exercici professional, essent més importants la formació i la lectura d'articles per a les dones, i els incentius econòmics major per als metges homes (López Fernández, 2001).

També, en l'àmbit de l'atenció primària tant els usuaris com les usuàries manifesten estar més satisfets amb l'atenció rebuda de les metgesses que dels metges.

Un darrer aspecte important relacionat amb la pràctica professional del col·lectiu mèdic és el biaix de gènere que es produeix en els serveis sanitaris, tant en la investigació com en l'assistència dels usuaris, i que s'esdevé un reflex més de la situació social respecte a la relació entre homes i dones.

Els metges, habitualment, no creuen que el biaix de gènere existeixi, sobre la base de la seva gran motivació i bon entrenament clínic. Probablement no sigui deliberat, ja que si ho fos hauria de ser etiquetat de mala pràctica professional. En tot cas, el biaix de gènere pot estar funcionant mitjançant les creences i interpretacions dels metges al creure d'una forma quelcom irreflexiva que estan fent el millor pels seus pacients.

2.3.2. La identitat professional

La identitat professional es pot definir com la construcció social resultant dels processos de socialització que construeixen els individus i defineixen les institucions d'una manera conjunta. Les identitats professionals són resultat de la interacció entre trajectòries individuals i els sistemes de treball, formació i organització professional; en aquesta interacció, els individus tractarien de modificar el seu entorn per adaptar-lo als seus desitjos i, al mateix temps, s'acomodarien a les pressions i als límits socialment imposats. Al llarg d'aquests processos, els components de gènere constitueixen una clau organitzativa fonamental tant en els grups composts per homes i dones com en els composts per professionals d'un o d'altre sexe.

La identitat professional en la infermeria

Al començar a tractar la identitat professional és necessari recordar que, en els darrers anys, aquesta ha estat un dels temes que més ha preocupat als professionals de la infermeria. Parlar d'identitat d'una professió és parlar d'aquella sèrie de particularitats per les que se la distingeix de totes les altres. Per aclarir una mica més el concepte, i atès que l'ús normal de la paraula "identitat" es refereix més a les persones que a les professions, utilitzarem el terme identitat en el sentit de "discurs professional", entenent per discurs tot allò que s'expressa com a reflex d'allò que un és; d'aquesta manera, el discurs d'infermeria seria la plasmació, a través del llenguatge, de totes aquelles característiques que dona a la professió una entitat específica i única, que la diferencia de qualsevol altra (Alberdi, 1999).

En els últims temps, en el nostre país s'ha aconseguit un concens bàsic sobre el que constitueix la identitat infermera o sigui la prestació de cures professionalitzades. Sembla ser que hi ha una certa unanimitat entre els infermers i infermeres en considerar que es diferencien de les altres professions sanitàries pel fet de desenvolupar la professió que ha convertit el tenir cura en la seva funció fonamental, o sigui, en la raó última que justifica totes les seves activitats i tasques.

Però, una cosa és que hi hagi unanimitat respecte al contingut conceptual del discurs infermer i l'altra, molt diferent, que n'hi hagi en relació a les manifestacions que els professionals estan disposats a desenvolupar per a mostrar aquesta identitat. Per una banda, gairebé tothom accepta que la funció fonamental de la professió infermera és tenir cura però, simultàniament, hi ha una forta resistència a actuar com a cuidadors o cuidadores.

Hi ha diversos motius que justifiquen aquesta contradicció entre manifestar-se cuidador o cuidadora i actuar com a tal. Un dels principals és que la funció de cuidar està profundament identificada amb el rol femení o sigui, amb els valors que a la societat s'atribueixen al gènere femení i, per tant, amb els que tenen menor valoració social. Un altre estaria en consonància al fet d'haver hagut d'aglutinar en

un sol nom professional objectius tan diversos com ara els procedents de la professió dels practicants amb els de la professió de les infermeres. Unes altres dues raons serien, per una banda, que el treball de la infermeria es porta a terme en la “zona fosca” o en la invisibilitat, i, per altra banda, la inexistència d’un monopoli específic sobre el “saber” infermer.

Quan diem que el treball professional dels infermers i infermeres es realitza en la “zona fosca” ens estem referint a que té relació amb la dependència, o sigui, amb la vessant menys amable de les situacions personals, i que es desenvolupa, gairebé sempre, en l’esfera íntima. I és precisament aquí, en aquest àmbit d’intimitat on hi ha el reconeixement de la tasca que es porta a terme, però també hi ha una resistència evident a passar aquest reconeixement a l’esfera més àmplia de l’àmbit social.

No passa desapercebut el fet que, socialment, es valora molt més recordar la tecnologia i la ciència de l’atenció sanitària que recordar qui va ajudar a recuperar l’autonomia o a desenvolupar la suplència generada per un problema de salut.

És cert que la infermeria actua en la part menys brillant de l’atenció sanitària però sovint és l’única indispensable.

Si s’està d’acord amb aquestes idees, llavors és rellevant preguntar-se si les expectatives dels professionals d’infermeria respecte al reconeixement social s’ajusten a allò que realment aporta la professió al manteniment de la salut de la comunitat. Al contrastar seriosament aquesta pregunta és fàcil que s’adverteixi que, una vegada més i en relació amb aquestes expectatives, el col·lectiu d’infermeria estigui confonent la raó última del “ser professional” o sigui les cures amb la dels metges. Aquesta identificació actua com un element de confusió ja que la professió mèdica, per la seva història i per la idiosincràsia de la seva contribució, transita per camins molt diferents als de la infermeria en quant a la consideració social que pugui tenir.

Els professionals que no aconsegueixen deixar de banda la identificació amb el model mèdic estan abocats a patir la contradicció entre la declaració teòrica del ser cuidador i la resistència a acceptar totes les conseqüències de la mateixa, i això porta a quedar-se exclosos del privilegi de sentir-se bé amb allò que s’ha escollit. Quan els infermers i infermeres estiguin orgullosos i orgulloses de la tasca de tenir cura s’estarà en posició de “vendre” a la societat l’aportació que fa el col·lectiu en el marc de l’atenció de la salut, convencent-la de la seva importància i indispensabilitat.

La darrera raó que ens mancaria comentar seria la referent a la contradicció entre declarar-se i actuar com a cuidador, i és la manca d’un “saber” monopolístic exclusiu de la professió infermera. Una professió reconeguda no és només un grup d’experts que s’autoproclamen com a tal, sinó una corporació que té autoritat legalment reconeguda per a seleccionar els seus membres i regular la seva pràctica professional. Amb això, és monopolitza un determinat camp d’activitat sense interferències exteriors (Freidson, 1988)

Una professió obté i manté la seva posició gràcies a la protecció i patrocini d’alguns sectors privilegiats de la societat que han arribat a convèncer que el seu treball ofereix algun interès especial. Així doncs, tenen reconeixement i, per tant, poder social, aquelles professions que “saben” quelcom que els demés “no

saben”, que tenen un cos de coneixements capaç de monopolitzar l’organització i estructura social (Abbott, 1988).

Però, si es vol argumentar quina és la diferència amb la infermeria, cal remarcar que aquesta no pot monopolitzar el saber perquè treballa amb el del qui es té cura. La infermeria té un contingut conceptual que li és propi, però la transformació del mateix en “saber aplicat” o sigui en actuació concreta i visible, sempre ha de fer-se, perquè aquest és un element essencial de la identitat de la professió, a través del coneixement de l’altre.

La infermeria sap coses que l’usuari desconeix, però la seva missió és treballar constantment per a aportar-li coneixements sobre ell mateix. Només d’aquesta manera es compleix amb el principi professional irrenunciable de promocionar l’autocura, de treballar per a que l’altre aconsegueixi la màxima independència.

El sistema sanitari espanyol genera una imbricada xarxa d’interrelacions amb la infermeria que incideix en la visió, consideració i rol de la professió. Aquesta, com hem vist abans, està centrada en la satisfacció de totes aquelles necessitats de l’individu que són indispensables per a la vida, o sigui, en l’administració de cures, i creiem interessant veure com les característiques de l’entorn on es desenvolupa condicionen la seva evolució.

La primera característica negativa és que el sistema sanitari espanyol té una orientació bàsica mèdica – curativa. L’existència, cada vegada més gran, de patologies inguaribles fa que en els hospitals s’hagi anat desviant l’interès de la curació cap al diagnòstic. La segona és que hi ha una sacralització de la tecnologia que produeix, per una banda, que els professionals de la salut s’allunyin, cada vegada més, del pacient i, per altra banda, que les necessitats reals d’aquest estiguin més supeditades a les del personal. Un altre aspecte perjudicial del sistema sanitari és que no existeix corresponsabilitat entre els professionals i els usuaris, és el professional el que determina què és el que li convé al pacient. El metge es considera l’element fonamental del sistema, bàsicament pel tema de la despesa sanitària; els usuaris es veuen com simples assegurats i no com consumidors ni ciutadans amb plens drets; i entre els professionals es dona l’anomenada síndrome d’estranyesa per la qual els treballadors no viuen com a propi res del que tingui relació amb el treball. Totes aquestes característiques dificulten la pròpia identitat d’infermeria i enfosqueixen el que hauria de ser un dels objectius del sistema de salut: el foment de l’autocura.

Sense cap mena de dubte, allò que ha d’identificar els i les infermeres del segle actual ha de ser l’actitud. Tot el que no té res a veure amb la identitat és circumstancial i depèn, en gran mesura, de les condicions de l’entorn i dels instruments amb els que es treballa. D’acord amb el fet de ser professional, l’actitud que ha d’identificar als infermers i a les infermeres és la d’aconseguir canviar l’orientació dels serveis que actualment es donen, passant d’un sistema d’atenció sanitària a un sistema de cures de salut.

La identitat professional de la medicina

La medicina ha desenvolupat al llarg de segles d'història, una *identitat professional masculina*, que juntament amb altres mesures com ara la separació medieval de medicina i cirurgia, la separació entre coneixement teòric i pràctic, l'oposició entre curar i cuidar, el desenvolupament d'un corpus teòric de coneixements de base científica i el domini tecnològic, ha estat un mecanisme clau de persuasió social per aconseguir consolidar-se com a tal professió.

La consecució d'aquesta identitat masculina s'ha basat, per una part, en la selecció dels actors, que han estat exclusivament homes des del segle XIII, quan es creen les universitats, fins a finals del segle XIX, quan les primeres dones accedeixen a la universitat, i, per altra banda, en la incorporació a la professió de valors codificats com a masculins o propis d'homes. També ha estat molt important la recodificació de pràctiques de simbologia dominant femenina, concretament tot allò relacionat amb el part i el cos de les dones.

Els processos d'exclusió de les dones han estat oberts i han generat conflictes que s'han resolt a favor del domini de les pràctiques masculines, allò que podríem anomenar com *jerarquització de gènere*. L'expulsió de les dones de l'activitat sanadora qualificada i la seva eliminació dels itineraris formatius de base científica, que des del segle XIII fins a avui, sempre han passat pels estudis universitaris, és un exemple clar d'exclusió de la dona, igual que ho és la desautorització del seu coneixement i de les seves formes de pràctica, realitzada, unes vegades pels seus contemporanis, altres per generacions posteriors de metges i/o científics homes contraris a reconèixer llegats i genealogies de dones en el seu passat.

Els processos de negació d'autoria i de cancel·lació de l'autoritat de les dones que, malgrat tot, han practicat la medicina des de pressupostos científics conformarien més exemples de discriminació en pro de la identitat professional masculina.

Les dones eren relegades a tenir cura de dones i nens. En el segle XIX les dones podien ser matrones però no cirurgianes, o en el s. XIX i començaments del s. XX, eren millor vistes com infermeres o matrones que com a metgesses o especialistes en ginecologia o obstetrícia.

Aquesta segregació encara s'observa avui en dia en la diferent feminització de les professions sanitàries.

Margaret Pelling va investigar els processos d'atorgació de valors a la professió mèdica en l'Anglaterra del s. XVI i s. XVII. En aquella època la professió mèdica es caracteritza per la seva desorganització, inestabilitat i baix estatus, el treball del metge es diferenciava ben poc de les pràctiques curatives domèstiques realitzades per dones. La formació universitària no era suficient per a garantir l'estatus dels metges i les formes reals de pràctica estaven simbòlicament lligades a models femenins propis dels servents. Tampoc la seva tecnologia de diagnòstic, l'observació, els identificava de manera inequívoca i la presa de polsos, convertida en el símbol de l'acte mèdic, tenia també una assignació femenina pel fet del

contacte corporal. Tot això, va arribar al London College of Physicians i el va fer prendre una sèrie de recomanacions per a reforçar la masculinitat dels seus membres i de la professió. Entre altres coses s'aconsellava evitar el contacte i la intimitat amb els pacients, casar-se i tenir família, adquirir propietats i tenir certa edat per a ser admesos com a membres del col·legi, potenciant la imatge masculina del metge madur. També es van elaborar normes internes de funcionament regides per codis masculins d'honor, que reproduïen els de naturalesa militar.

Amb això, es pretenia dotar a la professió d'un major estatus social i situar-la en una esfera més clarament pública i, per tant, de més prestigi.

La simpatia, que havia estat un element lligat a la pràctica mèdica, es va recodificar a finals del segle XIX gràcies a la influència de la societat victoriana que va considerar com a femenines les relacions interpersonals de simpatia, i es va potenciar la tecnificació i la marginalització de l'art d'entendre's personalment. Quelcom similar va passar amb el terme empatia en el segle XX.

Després de l'accés de les dones a la medicina, en la segona meitat segle XIX, es van trobar moltes dificultats per a incorporar-se a la pràctica assistencial i negatives per part de les societats mèdiques que no les volia admetre. A Espanya, fins al 1917, no es va aconseguir que els metges haguessin de col·legiar-se en els col·legis provincials, i no es va negar l'entrada a les dones, cosa que sí va passar a Anglaterra.

En la professió mèdica la identitat de gènere dominant ha estat i és, malgrat s'hagi avançat, masculina, i el desconeixement de la història de la professió i del paper que en ella hi ha jugat les relacions de gènere, en tant que relacions de poder, contribueix al seu manteniment.

2.4. La perspectiva de gènere en els ensenyaments universitaris

En els darrers anys, sembla habitual parlar de "feminització de l'ensenyament", però aquest qualificatiu segurament no és del tot adequat. La major presència de les dones, que en tots els nivells de l'ensenyament es produeix d'una forma desigual segons països i nivells educatius, no ha suposat encara canvis qualitatius per a elles.

La Universitat s'ha obert a les dones, però, això, no ha suposat l'alteració de rols perquè en l'aula es repeteixen les mateixes situacions, relacions i actituds entre els sexes que es donen a l'entorn. Les expectatives al voltant del futur professional de l'alumnat, per part dels professors i professores, estan més condicionades pel sexe que pels resultats acadèmics. Malgrat que el professorat afirma tractar igual a homes que a dones i no observar entre ells diferències, es produeix una discriminació en el tracte que repercuteix en una pèrdua de motivació de l'objectiu a aconseguir i un enfebliment de les aspiracions professionals de les dones. El professorat no oblida el sexe de l'alumnat però intenta deixar-lo de banda per a que la seva educació sigui "correcta", i, així, la discriminació és presenta de forma indirecta, amagada i inconscient (Ballarín, 1992).

Aquest tracte diferent no es produeix en terme d'igualtat entre els individus (homes i dones) sinó de la pervivència del pressupòsit que uns individus són més aptes que d'altres per estudiar.

Així doncs, davant el que cabria esperar, que la presència de més dones en el professorat afavorís una major integració de les dones en l'alumnat, succeeix al contrari. El sexe no implica necessàriament, formes diferents d'exercir la docència, tot depèn més de com s'ha realitzat la pròpia socialització. I les professores, per a ser acceptades com a tal i no ser tractades com "dones" s'han adherit progressivament als valors androcèntrics encara amb major rigidesa que els homes davant la necessitat de reconeixement. L'estil que s'ha generat, com a conseqüència, tendeix a ignorar aquesta sexualitat que ens margina.

Podria dir-se que es produeix un cert "travestisme" exigit per les condicions discriminatòries. A l'igual que l'espai públic, l'aula és dels homes, essent més baix el grau de participació de les dones, que s'inhibeixen i cedeixen el protagonisme verbal als homes del col·lectiu, preferint interlocutors més personalitzats.

És difícil reconèixer els nivells d'actuació que provoquen la desmotivació de les dones ja que queda invisible darrera l'aparent igualtat de rendiment escolar. De totes maneres, com demostren les xifres, es mantenen diferències en les opcions professionals, la seva utilització i els rendiments econòmics de les mateixes. Segons Inés Alberdi la imatge del que és femení es presenta a les dones d'una altra forma, ser femenina suposa inhibir la seva ambició, les seves capacitats intel·lectuals i el seu èxit. El que Homer ha anomenat la "por a l'èxit" que fa que les dones joves i adolescents comencin a veure com les relacions amb els homes es fan més difícils per les dones brillants intel·lectualment. Les aules mixtes, en aquestes edats, tendeixen a reforçar en l'alumnat el comportament sexual estereotipat (Ballarin, 1992).

El sexisme està present en tot el procés d'ensenyament, però de manera tan subtil en els nivells universitaris, que en molts casos no es percep la seva existència. Des de la programació, passant per les activitats de l'aula fins a l'avaluació, sense aturar-nos en els continguts de coneixement i el sexisme del llenguatge que els vehicula, l'activitat didàctica tradicional respon a un disseny pels homes. Els obstacles que les dones, com alumnes, troben a les aules no difereix dels que es troben en qualsevol espai públic i és difícil de mantenir l'autoestima de les dones en una realitat de dominació masculina.

La perspectiva metodològica que caldria crear en les aules mixtes per evitar la discriminació de les dones és la de proporcionar donar-les eines que les converteixen en protagonistes de l'existent i les proporcionin capacitat de transformació. La diferència metodològica ha de centrar-se més en mesures destinades a crear cadenes de confiança mútua per així modificar una cultura predeterminada i elaborar continguts que desenvolupin la seva autoestima, i la confiança en si mateixes. La línia d'intervenció s'encamina a introduir els estudis de la dona en tots els aspectes del currículum per aconseguir una transformació dels coneixements i de les pràctiques educatives.

La necessitat d'una educació igualitària de la dona ha afavorit la pervivència, fins a l'actualitat, d'universitats en els Estats Units i en altres indrets, exclusivament femenines. Aquesta realitat implica l'acceptació concreta de que existeixen problemes i dificultats específiques que les dones han d'afrontar en el món professional encara controlat pels homes.

Malgrat el món de l'educació i del treball tendeix a ser cada vegada més progressista i igualitari, encara es necessita temps per a que les diferències educacionals i professionals entre sexes desapareguin.

Les investigacions més recents a USA sobre l'educació, estan arribant a la conclusió de que els col·legis i les universitats segregades femenines són les úniques que proporcionen una educació igualitària per a que la dona estigui al mateix nivell que aconsegueix l'home en els col·legis i les universitats mixtes. Aquesta afirmació sembla que pugui anar en contra de la lluita que, al llarg de més d'un segle, s'ha dut a terme per aconseguir una coeducació que procuri les mateixes oportunitats a dones i homes. Però les investigacions empíriques demostren que, malgrat els extraordinaris canvis aconseguits en benefici de la igualtat de drets i oportunitats per les dones, les institucions d'ensenyament mixte segueixen essent un reflex dels prejudicis existents en una societat que segueix privilegiant a l'home blanc, cristià i occidental en tots els camps d'oportunitats, valoració i poder.

A USA, les universitats de dones sorgeixen a mitjans del segle XIX a manera de col·legis independents i de gran prestigi als que, en un inici, només hi acudien les dones de les classes dirigents americanes. El currículum era el mateix que els que se'ls ensenyava als nois; de fet, eren 7 col·legis filials de les set universitats masculines (Ivy League) i, per això, se les anomenava les Seven Sisters. Amb el pas del temps i dels canvis socio-polítics aquestes institucions es van democratitzar fins a l'actualitat en que el grup estudiantil prové de totes les classes socials i presenta una gran varietat cultural.

En el segle XIX van començar a haver-hi universitats mixtes, abans masculines, però en elles les dones seguien continguts curriculars diferents i se les segregava de la vida universitària pública.

Aquestes mateixes traves educatives per a les dones passaven a d'altres països del món. A Espanya, Concepció Arenal, 1882, que va ser la primera dona universitària, va assistir a classe de manera lliure i sense matricular-se, i ho va haver de fer vestida d'home per no causar escàndol (Laffite, 1964). Anys més tard, Maria Goyri, que seria la dona de Menéndez Pidal, va aconseguir a l'any 1892 que se li permetés matricular-se en la Universitat de Madrid, però se li va exigir que "No estuviese en los pasillos, sino que entrara en la antesala de los profesores y esperase allí al catedrático para ir al aula y volver con él, terminada la clase. Durante la explicación se sentaría en una silla aparte, cerca del profesor" (Gaibrois de Ballesteros, 1955: 20).

A Espanya, excepte l'Institut Internacional de Madrid que es va constituir a finals del dinou per a que servís d'universitat de dones a l'estil d'USA i que va deixar de ser-ho quan van començar a acceptar regularment dones en les universitats al voltant de 1910, no hi ha hagut cap universitat femenina a l'estil de les que encara existeixen a EEUU, Anglaterra i França. Les poques universitats privades que hi ha hagut a Espanya sempre han estat masculines i han estat afiliades a ordes religioses catòliques de clara tendència patriarcal per tant, fins fa pocs anys tampoc acceptaven dones.

El benefici que aquestes obtenen d'estudiar en una universitat femenina, en la que els professors i professores estan en una proporció del 50%, és que escullen i controlen el funcionament estudiantil en totes les categories i que es mentalitzen i s'acostumen, durant quatre anys, a poder aspirar a qualsevol lloc de treball de qualsevol responsabilitat, en una atmosfera on el lema és la consecució de l'excel·lència.

La majoria de les activitats dels éssers humans es deuen a aprenentatges socials i de conducta, és normal doncs que les dones que per quatre anys han après a ser líders, ho siguin en més facilitat quan entrin en la seva vida professional i personal. Pel contrari, les dones de les universitats mixtes, per molt diligents i capaces que siguin, s'enfronten, normalment, amb la inèrcia natural de la societat patriarcal que conscient o inconscientment privilegia allò masculí. En aquestes universitats a les dones els costa molt accedir a llocs de responsabilitat. Allò normal és que sempre estiguin en llocs secundaris i en conseqüència adquireixen l'hàbit de ser sempre les segones, les postergades.

L'aparença de no discriminació de les estudiants i el seu desig d'estar en una universitat mixta ve, d'una banda, pel fet que les dones joves creuen que no tenen cap problema ja que en un sistema patriarcal és la dona jove la que té aparentment més poder social com objecte sexual i com a futura mare. Però iraní perden més i més poder a mesura que es facin velles, encara a l'edat d'entrar en la universitat no han experimentat una discriminació excessivament òbvia.

Per altra banda, ve també pel fet de que són conscients de que els joves professors i alumnes poden ser les seves possibles parelles ja que l'edat universitària és l'edat de trobar company i, per a moltes dones, trobar amb qui aparellar-se sense grans dificultats és encara, en aquesta època de la vida, la major prioritat (Harding, 1992).

Tanmateix, moltes de les joves universitàries actuals creuen que amb la graduació no tenen cap discriminació en el treball, però les últimes estadístiques proven que aquesta no és la realitat i que la igualtat genèrica en el treball només és una manipulació retòrica del poder polític masculí vigent.

La jurista Isabel Marcusa, professora de dret de la Universitat de Buffalo comenta: "El sexismo de los 90 es más sutil y más educado, pero las ideas sexistas de los hombres no han cambiado casi nada, sólo se tiene más cuidado de expresarlas abiertamente" (Black, C., 1990: 26).

Una altra raó subliminar està en el que fa uns anys es va anomenar el complex de la *superwoman*. Algunes dones d'avui en dia veuen a les dones professionals, a les seves professores, excessivament sacrificades a fi de mantenir la igualtat en la seva vida professional i familiar. Lògicament, no les agrada i les espanta un model de treball i lluita professional que encara no va acompanyat per una vertadera distribució igualitària del treball de la casa i de la família. Moltes d'elles, per tant, opten per mantenir, amb alguns privilegis al seu favor, el *status quo* de la dona fixat per la societat patriarcal.

La realitat és que, malgrat avui en dia les dones tenen els mateixos drets i igualtats que els homes davant la llei, és un fet universal que en el camp educacional, des del jardí d'infància fins a la universitat, així com en el poder polític, econòmic i intel·lectual, hi ha sempre un decantament cap allò que beneficia i privilegia a l'home. Com s'ha mencionat amb anterioritat, la recerca més propera ha determinat, a través d'enquestes i treballs sociològics, que en una educació mixta es discrimina constantment a favor de l'home. Els plans d'estudis tenen tendència a estar dirigits cap als interessos dels homes ja que només es presenten fets relacionats amb el poder tradicional masculí i en el camp científic els autors, historiadors, filòsofs i científics més estudiats són masculins.

Per altra banda, la situació física en els centres i en la classe és molt diferent per les dones que pels homes, ja que aquests, a diferència d'elles, es senten poderosos físicament i no es troben, en general, assetjats pels seus companys i per tant, poden concentrar-se sense problemes en els estudis. Hi ha una permissivitat col·lectiva a l'agressió de les dones.

David i Mary Sadker, professors de pedagogia de la American University, que han estat investigant les diferències de gènere en l'ensenyament elemental, han arribat a la conclusió de que en les classes es fa molt més cas als nois, se'ls fan més preguntes i se'ls donen explicacions més extenses a les qüestions que plantegen. Tanmateix, els nois reben més ajudes, més lloances pel seu treball ben fet i més correccions positives.

Aquests investigadors van percebre que en EEUU, malgrat les nenes estan més avançades que els nens quan comencen l'escolarització i aconsegueixen percentatges superiors en tots els aprenentatges, quan acaben als 18 anys estan per sota dels nens en totes les àrees inclosa la verbal (Sadker, D. 1991). Això, segons Bernice Sandler, es produeix durant l'ensenyament elemental, quan en una interacció de grup com és l'aula, a les dones se les interromp quan parlen, no se les pregunta tan sovint i no es manté amb elles un contacte visual continuat i, quan elles pregunten o si pregunten simultàniament amb un home, allò normal és que no se les respongui. Malgrat això no passi constantment, succeeix amb la suficient freqüència per a que les estudiants rebin el missatge clar de que els homes són més importants i que el treball dut a terme per elles mai és de tanta qualitat (Sandler, 1992).

Aquestes investigacions també assenyalen que als homes se'ls ofereixen moltes més oportunitats acadèmiques i de govern estudiantil que a les dones. Tanmateix, tradicionalment, els exàmens estan estructurats a partir d'una manera de pensament i de raonament establerta des del procés d'aprenentatge masculí, ja

que les preguntes van dirigides exclusivament a la cultura masculina. La conseqüència d'això és que ells reben més beques i ajuts pels seus estudis.

Com a complement d'aquest fet, cal dir que estudis recents de la psicologia de la dona portats a terme en el Center for Research on Women de Wellesley College, el Teacher College de Nueva York i els de la Universitat de Harvard mostren que les maneres d'aprendre i de dirigir-se al coneixement i a les matèries dels homes i de les dones són diferents. Les dones utilitzen molt la seva intuïció, gaudeixen més del treball en cooperació que en competició, a més tendeixen a ser més comunicatives (Belenky, 1996).

En les investigacions sobre educació i gènere realitzades per la universitat d'Illinois mostren que l'autoconfiança de les dones, juntament amb el seu nivell d'ambició i les seves notes, baixen en les universitats mixtes. Tot just només a l'entrar a la universitat, en els primers dies del primer curs, gairebé tots els estudiants, tant els homes com les dones, pensen que són superiors als seus companys; però, dos anys més tard només el 22% dels homes i el 4% de les dones, encara pensen així. En conseqüència, les metes acadèmiques de les dones, mesurades, a vegades, per la dificultat de l'elecció de les seves carreres, baixen al mateix nivell de la seva autoestima. Les que van començar volent ser metgesses, ingenieres o arquitectes, es conformen amb l'ensenyament i, moltes vegades, opten per abandonar la idea de fer una carrera professional (Belenky, 1996).

Això no passa en les escoles segregades a on s'escullen camps d'especialització considerats tradicionalment masculins com ara la ingenieria, la informàtica i les ciències dures i a on les estudiants adquireixen pràctica de poder polític, econòmic i social que les servirà d'aprenentatge per llavors, després de la graduació, aplicar-ho a les seves professions.

Les recomanacions per l'eliminació de les desigualtats en les escoles mixtes passen per supervisar el compliment estricte dels articles de la Constitució que prohibeixen la discriminació per motiu del sexe en l'educació; revisar els plans d'estudi, els llibres, la investigació i la publicitat adreçada a infants i a joves per a que s'eliminin els estereotips sexuals discriminatoris; per la formació del professorat i de l'administració sobre les igualtats entre gèneres; promoure aquest aprenentatge i aquestes investigacions mitjançant beques i premis; emfatitzar l'educació de les nenes i de les joves en els camps d'especialització que tradicionalment són considerats com masculins; i aconseguir que desaparegui la distinció genèrica en l'educació vocacional.

L'elecció d'algunes dones d'assistir a una universitat femenina és una decisió personal. Per a moltes, aquesta no seria una elecció correcta. De totes maneres, l'accés de les dones com a estudiants o com a docents a un sistema educacional, que tradicionalment ha estat dominat i controlat des d'un punt de vista masculí, resultarà en el desenvolupament de les dones només fins al límit fixat per ells. Per tant, les universitats de dones ofereixen unes alternatives diferents, ja que en elles, el cànon educacional es desplaça dels homes a les dones. Els països que

tenen institucions femenines alternatives ofereixen la possibilitat de dur a terme investigacions dirigides a desenvolupar els nous camps científics, aplicables a les circumstàncies que fan referència a les dones. Pel contrari, en els països en que només existeix una educació superior coeducacional, els canvis depenen dels plans centralitzats i homogenis d'educació que provenen de l'Estat. Si aquest plans són favorables a les dones, elles es beneficiaran, però si no ho són, les dones seran les primeres en patir les conseqüències, perquè la inèrcia cultural tendeix cap al status quo i aquest és encara eminentment patriarcal.

Pel que fa referència més específica a la infermeria, els estudiants són els que se senten discriminats pels propis professors i professores ja que s'adrecen a ells generalment en femení. També es detecta en els i les estudiants la presència d'estereotips associats a la professió com el del servilisme, el de la dependència de la professió i el del component vocacional que estan molt arrelats i que tenen la seva importància en el context socio-professional (Jinks i Bradley, 2004).

Les estratègies que es consideren adequades per minimitzar o eliminar l'impacte que la permanència d'aquests models genera en els futurs i futures professionals i que afavoreixen la seva integració en el món laboral, són la introducció transversal dels estudis de la dona en la programació curricular i reforçar, mitjançant la divulgació professional a la societat, la idea que la professió infermera requereix de coneixements, habilitats i entrenament. Els mateixos professionals del sector han d'abocar-se a reforçar aquesta imatge amb la finalitat d'eliminar els prejudicis que es gesten i romanen a l'imaginari popular.

Els orígens dels estereotips de la infermera com àngels, serventes, donzelles, etc. poden rastrejar-se des de la segona meitat del segle XIX. En aquell temps, la base del poder del tenir cura de la salut estava en el domini masculí de la professió mèdica i és quan es va forjar l'estereotip de "les serventes dels metges" el qual representava la divisió del treball, el poder i la influència basats en les diferències sexuals.

La coneguda representació de Florence Nightingale com "la dama de la làmpara", un paradigma de dolçor i compassió a través dels seus actes en correspondència a les seves creences cristianes, indubtablement va servir per a reforçar els vells estereotips de les infermeres com "àngels" o "madones". Alguns creuen que Florence va construir directament aquest estereotip, però, de totes maneres, per a la societat en general, això s'ha traduït en una associació de la infermeria a una activitat vocacional a l'estil "monja religiosa", i aquelles que la porten a terme no tenen interès en activitats recreatives o en la família. De manera similar, l'estil "serventa" va sorgir d'una activitat social sobre els rols que es consideraven apropiats per la dona. En particular, s'opinava que era una professió al servei del metge (Alberdi, 1998).

2.5. La dona i el tenir cura

No cal retrocedir fins al filòsof grec Plató, que creia que la dona no tenia ànima, ni al seu deixeble Aristòtil, que deia que la natura tan sols produeix dones quan la imperfecció de la matèria no li permet de crear homes, per trobar defensors de la idea de la dona com un ser inferior a l'home.

Al segle XIX eren molts qui creien en la menor capacitat intel·lectual de la dona, fet que justificava atribuir a cadascun dels sexes una determinada funció social. El desenvolupament intel·lectual i la mateixa intel·ligència no es consideraven com a propis del sexe femení. Alguns defensaven que aquestes inferioritats no eren solament el resultat de la deficient educació de la dona, sinó també el de diferents capacitats que la natura havia dotat a cada sexe.

La societat contemporània, sortida de la industrialització del segle XIX, va definir el prototipus de dona, principalment caracteritzant la burgesa, com la dedicada exclusivament a la família i a la llar i així es va anar consolidant la divisió d'esferes segons la qual es reservava als homes l'esfera pública, és a dir, la producció la cultura i la política; i a les dones l'esfera domèstica. Per tant, es va confinar les dones a la llar i es va fer de la domesticitat i del culte a la maternitat tota una ideologia que determinava els àmbits d'actuació de les dones.

Davant la concepció de la dona com a persona inferior durant el primer terç del segle XX van sorgir pensadors que van argumentar que les dones no eren inferiors sinó diferents. A partir d'aquí es va anar consolidant un estereotip femení amb una sèrie de components psicològics, temperamentals i aptitudinals que feien la dona diferent de l'home i que determinaven el seu paper en la societat. Aquestes concepcions van tenir una gran acceptació pública en les classes socials que podien permetre la seva pràctica i segons l'hegemonia dels seus principis ideològics, i van concloure amb la divisió sexual de les funcions socials: l'home havia de mantenir la família i la dona havia de tenir cura de la llar i dels fills (Bel Bravo, 1998).

El paper de les dones, tal i com l'entendem a l'actualitat, ha tingut una lenta evolució al llarg de la història. De fet, fins fa relativament pocs anys, i gràcies als moviments feministes i a les necessitats de l'economia familiar, es produeix un replantejament del paper de la dona en tots els seus àmbits d'acció i es dona una empenta als estudis al voltant del col·lectiu de les dones per tal d'analitzar la seva dinàmica històrica en relació amb la societat moderna i reclamar el seu lloc dins aquesta (Izquierdo, 2001).

En aquest sentit, la substitució de mà d'obra barata per una altra, encara més barata (femenina) és un risc o pot significar ser-ho per a les posicions aconseguides per les dones en determinats sectors. En el cas dels homes, malgrat la nostra vergonya solidària, és la millor preparació la que permet optar pels millors llocs de treball, i això acaba semblant un remei.

Un dels fets político-socials que van interferir en aquest llarg camí cap al reconeixement de la dona, de la seva identitat, va ser el franquisme. Aquest va decapitar les expectatives de les dones (associacions, participació política, incorporació al món del treball, etc.) creades a començaments de segle i durant la República i això va afectar el seu rol social i el desenvolupament com a persona.

La caiguda de la dictadura i la consolidació a Espanya d'un sistema democràtic van comportar l'elaboració d'una nova legislació destinada a posar fi a les desigualtats jurídiques entre sexes. Tota aquesta legislació ha fet desaparèixer la major part de les discriminacions legals que anys enrera queien sobre les dones, però això no vol dir que la dona no pateixi una seriosa discriminació social en una societat en la que el masclisme està molt arrelat en totes les capes socials. És evident, pel dia a dia, que hi ha poques dones que estiguin ocupant alts càrrecs directius i algunes d'elles encara que tinguin el lloc de treball reconegut les diferències salarials són importants. Les diferències educatives s'han reduït molt entre sexes sobretot pel que fa als nivells primari i secundari, i en la universitat, l'increment de les dones ha estat també notori en els darrers anys.

La mà d'obra femenina té encara un caràcter substitutiu i no competitiu en relació amb els homes. Les dones es concentren majoritàriament en aquells treballs amb baixa remuneració, que els homes no volen. A més, la inserció de les dones en el mercat de treball s'ha produït, en general, en les categories més baixes, i les seves possibilitats de promoció són molt més reduïdes que les dels homes. L'atur és la font de discriminació laboral més recent i actual. La més gran incorporació de la dona al treball no ha anat acompanyada d'un nou i substancial repartiment de les tasques domèstiques entre els components de la família. La dona continua fent-se càrrec de la casa i les contradiccions generades per la doble jornada laboral han tingut, com a conseqüència, un descens notori de les taxes de nupcialitat i fecunditat. No es transforma el model social, sinó que es retarda la seva posada en pràctica, però en allò que és fonamental es manté la clàssica distribució de rols.

L'anàlisi de la vida quotidiana evidencia que, encara que s'ha avançat molt, queda un bon camí per arribar a la igualtat entre els sexes (Aubet, 2001).

La nostra societat, doncs, com la major part de les societats conegudes, ha assignat la preparació alimentària de la família i la cura dels fills a la dona malgrat que biològicament no existeix cap determinació al respecte. És una realitat que al néixer dona implica la facultat de reproducció, i, conseqüentment, la vinculació de la dona a la llar. Això disminueix les possibilitats de treball de la dona en el món laboral doncs té en la llar el seu centre primari laboral, encara que el més freqüent, transculturalment i històricament parlant, és que la dona realitzi també activitats productives.

És curiós el concepte generalitzat que indica que hom pensa que l'home és el que ha de mantenir econòmicament la família i la dona li ha de donar coherència i cohesió, i ha d'encarregar-se bàsicament de l'educació dels fills, de transmetre els valors morals, ètics, etc.

No es té en compte, que és precisament el treball que es desenvolupa a casa el que permet el funcionament del sistema econòmic, doncs, es porten a terme

activitats per la reproducció de la força del treball i el manteniment de la família, i cada vegada és més freqüent la seva simultaneïtat amb el treball remunerat (Izquierdo, 2001).

L'interiorització i assumpció del rol cuidador en l'àmbit de la llar constitueix, en l'actualitat, un dels mecanismes de compensació més importants del sistema socio-sanitari. El sistema informal familiar és el principal prestador d'atenció a la salut en el nostre medi i constitueix l'única font de provisió de cures per una gran majoria de les persones que les necessiten. Els serveis sanitaris i socials, com a sistemes formals, participen de forma minoritària en la cura continuada de les persones dependents que viuen en la comunitat, i constitueixen la punta d'un iceberg en el que allò informal es configura com un veritable *sistema invisible d'atenció a la salut* (García Calvente, 2000).

L'espai domèstic és l'àmbit del privat, construït en base a relacions afectives i de parentiu entre els membres d'una xarxa social primària. L'atenció informal a la salut es desenvolupa "portes endins", i aquest fet la torna encara més invisible als ulls del cos social i, en especial, per als professionals dels serveis sanitaris i socials, que exerceixen les seves funcions en l'espai d'allò públic.

Però, quins són els cuidadors informals, els prestadors de la major part de serveis d'atenció a la salut de la comunitat?: Amb freqüència, són els membres de la família els que exerceixen aquesta funció i, dins de la xarxa familiar, és una persona la que assumeix la responsabilitat de l'atenció a les persones dependents, i que es defineix com a cuidador principal.

Aquest paper és assumit, en la seva gran part, per les dones, membres de la mateixa família que conviuen amb les persones de les que tenen cura.

La funció de cuidar, d'atendre la salut de les persones de la família que ho necessiten, està associada clarament a un rol de gènere, en el context del desenvolupament del treball "reproductiu", propi de les dones en la nostra societat. L'atenció informal a la salut, és, avui per avui, atenció femenina. És un treball *no remunerat*, que equival a dir que no té un preu en el mercat, i això significa que s'identifica amb un treball *no valuós*.

2.6. La vocació en les professions de la salut

El concepte *vocació* ha estat sempre present en la història de la infermeria i sembla estar molt vinculat a la religió i al gènere (Fundichely, 1999)..

Molts autors consideren que la vocació es pot considerar des de dos punts de vista. Per una banda, el religiós entès com la "crida divina" que predisposa la realització d'una determinada opció personal o professional i, per altra banda, el de l'adhesió que porta a terme l'home, en aquest cas, és de caràcter totalment voluntari i implica una espontaneïtat de decisió que pot venir, però, sovint marcada per l'afecte als pares, per a no desagradar-los en els seus plantejaments de futur del seu fill, per desig de superació, de poder, d'imposició, per causar admiració, per sentit del deure, per atracció d'un ideal, per lliurar-se als altres, etc. Els primers

indicis de vocació es manifesten en la infantesa i després romanen latents fins a l'adolescència (Zavalloni, 1969).

Alícia Salvador i Josep M^a Peiró aporten una perspectiva diferent respecte a Zavalloni i apunten altres elements que conformen el concepte de vocació, com ara la dimensió històrica personal i biogràfica de l'individu, així com la social, i altres variables com ara l'edat, el sexe, el nivell d'aspiracions i el nivell professional del pare/ estatus econòmic de la família (Salvador i Peiró, 1986).

Donald Super, en canvi, aborda el tema de la vocació, des d'una visió més psicològica, i utilitza el concepte dels interessos com a element que fa decantar l'individu cap a una elecció professional. L'autor afirma que els interessos són molt estables en l'adolescència i que les experiències universitàries i professionals els influeixen poc. Aporta una sèrie molt àmplia d'elements determinants dels interessos, alguns dels quals ja esmentats pels autors mencionats en el paràgraf anterior. Així anomena la família, que modela els interessos del jove; el medi; el nivell socio-econòmic; el caràcter dels pares; el sexe, ja que hi ha uns interessos que són especialment masculins i uns altres preferentment femenins; les capacitats, fomentades en el procés d'aprenentatge; la maduresa física; els valors; l'aprovació trobada; les experiències traumàtiques de la infància i adolescència; les identifications; les tendències socials o gregàries; el concepte de si mateix i la percepció del paper professional, que serien tots els factors que tindrien influència sobre l'orientació dels interessos (Super, 1997).

El *gènere* i la *vocació* són dos aspectes vinculats històricament a la infermeria. La cura dels malalts, com hem vist en l'anterior capítol, fins a l'any 1500 va estar a càrrec d'ordes religioses i des del segle XVI fins a finals del XVIII i principis del XIX, hi va haver una gran expansió de les mateixes. Per aquestes, el sentit principal de l'administració de cures no era només ajudar, consolar, servir l'altre, sinó, a més, saber trobar Déu en el patiment i el dolor dels semblants. Les cures adquireixen, en aquell moment, una doble dimensió: la corporal-física i l'espiritual amb l'especificitat de realitzar les tasques per vocació, per una crida interior (Eseverri, 1995).

Amb la creació de les escoles d'infermeria, el component vocacional va ser transmès annexat als valors religiosos i morals que predominaven en l'època i que tenien a les dones en el seu punt de mira. Florence Nightingale, reconeguda com la més influent reformadora de la infermeria, va organitzar una professió femenina amb el cel religiós de Kaisserwerth, Teodor Fliedner a Anglaterra uns anys abans, implantant una jerarquització gairebé militar i una rígida disciplina que s'adquiria durant l'aprenentatge en la seva escola. El seu desig d'aconseguir una ocupació respectable per a les dones va fer que no només considerés necessàries les qualitats i els coneixements, sinó també "l'alta moral" es va esdevenir un requisit indispensable. Diversos factors van contribuir a l'èxit i popularitat de la infermeria a Anglaterra. Per una banda, oferia una imatge romàntica i de dedicació en un moment en que les ocupacions per a les dones eren escasses. També tenia una ascendència religiosa i responia a un moviment en aquest sentit. Proporcionava

una bona manera d'alliberar-se de la tutela paterna, a més d'una ocupació remunerada independent, i finalment, proporcionava uns coneixements apropiats a la dona, amb el que esdevenia un inici d'emancipació, i oferia un cert poder (Domínguez-Alcón, 1986).

Les "avantatges" que la infermeria aportava a la dona no només es van limitar a Anglaterra sinó que es van dispersar arreu. A Catalunya i a la resta de l'Estat espanyol, les escoles d'infermeria que es van anar creant tenien en compte aquest aspecte d'oferir un medi de vida digne, còmode i remunerat per a les dones joves amb alta espiritualitat i altruisme.

Els manuals, que des de principis del XX es van generar per complementar la formació dels futurs professionals són una prova evident de la presència constant de la religió cristiana i de la seva relació amb els valors vocacionals i la professió del tenir cura.

En manuals de 1919 i 1935 es troben clares al·lusions al concepte de vocació: "La pereza es un vicio que jamás puede tener una enfermera: el cuidado de enfermos es fatigoso y no admite dilaciones; la enfermera debe aceptar gustosa su trabajo sin vacilación" (Pijoán, 1919: 29) o bé "La enfermera tiene el deber del sacrificio, realizado con piedad y amor" (Moragás, 1931: 120). En la mateixa línia un altre autor indica "Pero al propio tiempo, junto a esa principalísima misión de bondad y altruismo, existen sus relaciones profesionales con el médico" (García Tornel, 1935: 172).

Altres textos més recents sentencien definitivament el paper de la infermera com netament altruista: "Si tanto se ha hablado de la vocación del médico, ¿qué no habrá de decir de la vocación de la enfermera! Auténtica vocación de amor se le puede llamar con justicia, en la que se cumple bien a las claras la característica de ese tipo de vocación: dar mucho más de lo que se recibe por ella" (Cañadell, 1975: 24).

En general, en els documents docents adreçats als estudiants d'infermeria, es considera que és impossible desenvolupar correctament la professió sense un elevat esperit vocacional: "Para ser una buena enfermera es necesario una firme vocación de hacer el bien y de ejercer la caridad, no basta con una buena preparación técnica" (Usandizaga, 1952: 3)

Tanmateix, el propi concepte de *vocació* es defineix com "Un conjunto de aptitudes, cualidades o disposiciones para desempeñar bien un cometido que, unido a los conocimientos adquiridos por una persona, le ponen en condiciones de desarrollar plenamente su personalidad y sus inclinaciones (...) La llamada es clara en nuestro caso: servir, aliviar, evitar el dolor, siendo instrumentos que se capacitan a través de unos estudios y conocimientos, que harán que nos introduzcamos cada vez más en lo que llevamos entre manos. Si la llamada y la aptitud son evidentes, hemos de pensar en los medios, las virtudes humanas y sobrenaturales que hemos de poner en marcha, pero pensando siempre en que la vocación profesional determina las principales disposiciones e ideales hacia los que actuar y que sin ella serían en parte estériles todos los esfuerzos" (Escós, 1977: 96). El fet

de tractar de la realitat del treball com a tasca humana, indica que el treball és mitjà i camí de santitat, realitat santificable i santificadora.

El concepte de professió com a *sacerdoci* o encara més, com a *missió apostòlica* està estretament lligada al concepte de *vocació*. El tradicional sacerdoti del metge s'ha vist sobrepassat per sacerdoti de la infermera que és més directe i immediat. L'aspecte de vocació cristiana per la necessitat d'amor cap a l'altre que comporta per ella mateixa, és tan contundent que pressuposa que el servei a l'altre és la funció primordial i la raó d'existir de la infermeria.

L'element apostòlic també es converteix en peça fonamental per a la bona i correcta pràctica de la infermeria: "Nos esforzamos porque vean que si nuestro saber se concibiera como un instrumento útil tan sólo para la curación de un cuerpo enfermo, habríamos equivocado nuestro camino, pues en nada nos diferenciaríamos del veterinario que trata de salvar la vida del caniche de una célebre actriz. Nuestra vocación profesional, y subrayo la palabra vocación, repleta de nobles ideales, no es ejercible si únicamente se poseen conocimientos reducibles al hueco cascarón de las habilidades técnicas" (Escós, 1977: 64).

Josefina Escón cita a Gregorio Marañón que etiquetava el treball de la infermera com "vocació d'amor" per contraposició a altres professions a les que anomenava "vocacions del voler". El seu paper religiós dona a la professió una envergadura transcendental que seria reflectida per molts autors; un d'ells afirma que "La enfermera está para servir al enfermo, y sirviéndole tiene la maravillosa oportunidad de convertir en trascendente lo que podría ser intrascendente (...), la enfermera *sirve* cuando –consciente de la realidad de "ser enfermera"- asume con plena responsabilidad esa triple vertiente: humana, profesional y espiritual, que le llevan a un auténtico servicio, que es plenitud de personalidad. Es tanto más persona cuando más *sirve* y más servicios presta" (Brun, 1977: 96).

Com també queda manifestat en diferents textos, el concepte de sacerdoti, de religiositat no podria anar lligat més que a una concepció religiosa cristiana: "Cuando se considere la profesión como servicio, la justicia se vive enmarcada por la caridad, entrando aquí muchos deberes que hacen de nuestra profesión una dedicación al próximo por amor a Dios, sacrificando doblemente nuestro trabajo" (Escós, 1977: 243). Es considera que ser infermera és, en definitiva, una vocació de cristiana.

**SEGONA PART: EL MARC METODOLÒGIC DE LA
INVESTIGACIÓ**

CAPÍTOL 3: EL PROCÉS DE LA INVESTIGACIÓ

La consideració de la infermeria com una professió indispensable per al manteniment de la vida i el benestar de la població, ens porta a contemplar la necessitat de mantenir-la en un *bon estat de salut*.

La Declaració Mundial de la Salut adoptada per la comunitat sanitària mundial en la 51^a. Assemblea Mundial de la Salut, organitzada per l'OMS al mes de maig de 1998, reconeix que la promoció de la salut i el benestar de les persones constitueix l'objectiu fonamental del desenvolupament social i econòmic. Aquest document contempla com a estratègia d'acció posar en marxa un procés de desenvolupament participatiu que impliqui tots els agents fonamentals relacionats amb el manteniment i cura de la salut. Entre aquests agents es menciona, de manera específica, els professionals d'infermeria, com agents rellevants per a promoure la salut, prevenir la malaltia i recuperar-la quan s'hagi perdut (OMS, 1998).

Semblaria que la transcendència del tema hauria d'arribar a tots els nivells de l'estructura social i que, d'alguna manera, hauria d'incidir en la visibilitat de la professió, però la percepció que sembla tenir el col·lectiu és la de l'inexorable desgast intern i extern dels seus professionals. De fet, tant és habitual veure les professions sanitàries situades en els llocs més alts dels rànquins de desgast professional, com evidenciar, a l'entrar en contacte amb el dia a dia de l'assistència sanitària, la presència de manifestacions pròpies del *burn out* entre els professionals de la salut (Faure, 2004: 53-56).

El Burn-out és "un estat d'esgotament físic, emocional i mental, causat pel fet d'involucrar-se en situacions emocionalment demandants, durant un temps perllongat" (Pines, 1999:103). Miller afirma que "La competitivitat ferotge i la inseguretat que hi ha en l'àmbit laboral, les exigències del medi, els canvis transcendents en els enfocaments de la vida i els costums, condicionen un ritme vertiginós que genera angoixa, esgotament emocional, trastorns en els ritmes d'alimentació, de l'activitat física i el descans, amb l'aparició d'alteracions físiques, psíquiques i factors de risc que posen en perill la salut dels individus del nou mil·lenni"(Miller,2003:98).

El mateix autor comenta que "Les persones que treballen en professions que es troben en íntima relació amb el patiment humà (psicoterapeutes, metges, metgesses, infermeres) són també vulnerables al desgast per empatia ja que aquesta és un recurs que s'utilitza amb freqüència en el treball amb poblacions molt dependents o que pateixen dolor o sofriments físics" (Miller, 2003:108).

La vocació pel treball, element molt vinculat a les professions sanitàries, pot ser una arma de doble tall perquè dona satisfacció si es creix professionalment, però també pot ocasionar desil·lusió i apatia si la pròpia tasca és percebuda com intranscendent. La cronicitat de la percepció d'intranscència pot produir alguns

síntomes com ara la presència de desgana d'anar a treballar, la indiferència, la culpa i la pèrdua de l'autoestima i de l'interès, que també semblen estar presents en el col·lectiu d'infermeria.

Manca ressaltar un element que potencia el risc de patir una síndrome de desgast i és el de ser dona. Les diferències de gènere segueixen atorgant diferents nivells de protagonisme social a la dona professionalitzada i li segueixen mantenint la tradició de les responsabilitats ineludibles en l'àmbit domèstic (Lupiani, 2000:89).

La cerca d'alternatives vàlides i viables en l'àmbit formatiu i professionalitzador, que millorin qualitativament el desenvolupament de la professió infermera, requereix un plantejament d'investigació centrat en les pròpies opinions dels i de les professionals d'infermeria. Pensem, també, que és important conèixer l'opinió dels de la medicina tenint en compte l'origen de la professió infermera i la seva evolució històrica vinculada a la de la medicina.

3.1. Objectius de la investigació

Objectiu general:

Volem saber què és el que fa que el col·lectiu d'infermeria no percebi la seva professió al mateix nivell que d'altres acadèmicament similars, i que es vegi, permanentment, imbuït en una invisibilitat consentida per ell mateix, per altres professionals de la salut, per les institucions i per la pròpia societat a la que dona servei. Es podria atribuir la causalitat a la presència majoritària de la dona en la infermeria?

Existeixen estratègies formatives en els estudis universitaris de la diplomatura que reforcin i aportin eines als estudiants per acomodar la consciència de professió quan s'incorporen a l'àmbit laboral?

Objectius específics

- 1- Tenir coneixement del que opinen els *professionals de la medicina* de la seva professió.
- 2- Cercar la consideració que de la *medicina* tenen els seus *estudiants*.
- 3- Percebre què pensen els *estudiants d'infermeria* d'aquesta professió.
- 4- Posar de manifest l'*opinió* que els infermers i infermeres tenen de la seva *professió*.
- 5- Conèixer si denoten *satisfacció* de pertànyer al col·lectiu professional d'infermeria.
- 6- Saber si perceben *reconeixement professional* a nivell social, institucional i dels professionals de la medicina.
- 7- Esbrinar si els mateixos professionals d'infermeria consideren *vocacional* la seva professió.
- 8- Identificar quin pes té la *vocació* a l'hora d'escollir la professió infermera i si la consideren un element que facilita la permanència del professional en el desenvolupament de l'activitat professional.

- 9- Establir els *valors* que creuen que la societat hi veu en la seva professió i els que ells consideren que han de tenir per ser uns bons professionals.
- 10- Saber què pensen els professionals d'infermeria sobre les *repercussions* que ha tingut, per la seva professió, el fet de ser majoritàriament femenina.
- 11- Detectar *la incorporació de l'home* en la infermeria en els darrers anys i si incideix en la distribució diferenciada dels llocs de treball en la mateixa estructura d'infermeria, principalment, en l'atenció hospitalària.
- 12- Determinar les repercussions professionals i socials originades, segons els mateixos professionals, pel *treball conjunt* bàsicament amb metges i què implica la presència, cada vegada més important, de metgesses en el món assistencial.
- 13- Constatar la presència d'intervencions concretes en l'àmbit del gènere en els *currículums formatius* actuals dels estudis d'infermeria.
- 14- Comparar les aportacions més significatives del col·lectiu mèdic amb el d'infermeria.
- 15- Observar la transmissió de la identitat professional d'infermeria en els artefactes etnogràfics: *El Llibre Blanc de les professions sanitàries* i *La professió d'infermeria. Principis i línies estratègiques*.

3.2. Estratègia d'investigació

L'interès d'intentar conèixer principalment l'opinió dels infermeres i de les infermeres sobre els aspectes abans exposats i de recollir, també, la que tenen els i les professionals de la medicina de determinats aspectes (consciència de professió diferent, valors, vocació) comparables entre ambdues professions, va comportar pensar en quin disseny seria el més adient per a aquest estudi empíric i com el portaríem a terme.

Teníem clar que volíem establir, com a punt de partida, una estratègia àmplia d'apropament, de caràcter informal, en dos diferents punts de la trajectòria, la formativa i la professional d'aquests professionals de la salut (infermers i infermeres; metges i metgesses; i estudiants d'infermeria i medicina) i que la volíem complementar amb l'opinió de persones d'especial rellevància per les seves trajectòries professional o docent que aprofundissin només en el col·lectiu d'infermers/infermeres. Aquesta estratègia inicial, ens havia de permetre acotar el disseny global de la investigació i orientar l'elecció de les tècniques de recollida de dades.

Tot aquest procés de reflexió ens va orientar cap a un estudi quantitatiu i qualitatiu, descriptiu i transversal centrat en els infermeres/infermeres i en els metges/metgesses de la regió sanitària Girona.

La investigació quantitativa i la investigació qualitativa ens aproximen a la realitat d'una manera diferent. Això, lluny de ser una limitació, és un avantatge perquè, analitzar la realitat social des de diverses perspectives, ens proporciona una visió més rica del fenomen objecte d'estudi. Creiem que la vessant qualitativa és important en aquest estudi perquè aporta un valor afegit a l'argumentació i comprensió de la causalitat.

Les estratègies utilitzades en la investigació són la *combinació* i la *triangulació*. La combinació, ens permet la integració subsidiària del mètode quantitatiu en el qualitatiu en una sola seqüència d'investigació amb la intenció de compensar les limitacions d'aquest últim (Bericat, 1998: 108). Els resultats obtinguts en la primera fase del treball de camp, mitjançant tècniques qualitatives (grups nominals, grups de discussió i entrevistes) fan possible perfeccionar la implementació de la segona fase de la investigació en la que es fa un abordatge quantitatiu (qüestionaris).

La triangulació, en aquesta investigació, afavoreix la combinació de les fonts documentals, l'observació i les entrevistes (Valles, 1997: 100). Aquest procés de *triangulació*, amb diverses fonts de dades, dificulta que pugui acceptar-se fàcilment la validesa de les impressions inicials, amplia l'àmbit, densitat i claredat dels constructes desenvolupats en el transcurs de la investigació i ajuda a corregir els biaixos que apareixen quan el fenomen és examinat des d'una sola perspectiva, d'aquesta manera, augmenta la validesa dels resultats (Goetz i LeCompte, 1988: 36).

3.3. El treball de camp

El treball de camp es va estructurar en dues etapes. La primera ens va aportar tant un coneixement intuïtiu experiencial dels individus a estudiar, com una sèrie de materials i recursos que vam anar adaptant i construint al llarg de la mateixa (realització de grups nominals, grups de discussió i entrevistes). Les conclusions a les que vam arribar, les relacions entre els fenòmens, les explicacions en termes causals o funcionals, vam voler posar-les a prova en la segona etapa del treball de camp per a la seva contrastació (realització de qüestionaris i l'anàlisi de fonts documentals).

3.3.1. Primera fase del treball de camp

Es va portar a terme entre els mesos de maig del 2003 i juny del 2004 i va consistir en la realització de 8 sessions de grup nominal, 8 de grup de discussió i 5 entrevistes. El seu objectiu, com ja hem dit, era fer una aproximació a la població d'estudi, professionals mèdics i d'infermeria de la Regió Sanitària Girona, per identificar, en un primer moment, la pròpia visió general de les seves professions, posteriorment, treballar els aspectes més rellevants sorgits dels dos col·lectius, i acabar aprofundint en el col·lectiu d'infermers/infermeres.

A banda de treballar amb professionals infermers/infermeres i metges/metgesses incorporats en el món laboral, també, en aquesta fase primera, vam creure oportú incloure el contacte amb estudiants de primer curs de les dues disciplines per a copsar les seves opinions, en primer lloc, respecte les professions en les que estaven iniciant la formació, i, en segon lloc, pel que fa referència a l'elecció de la professió, el reconeixement social, els valors considerats inherents a la mateixa, la presència de la vocació i les conseqüències de la feminització de la medicina i infermeria, aspectes que es tractarien també amb els professionals. L'interès de comptar amb els estudiants era detectar si les seves aportacions eren molt diferents de les dels professionals ja incorporats a l'àmbit laboral.

3.3.1.1. La selecció de les persones informadores

En el grup dels professionals, la selecció de la mostra es va fer d'una manera molt dirigida i informal fent arribar la invitació personalitzada i voluntària de voler participar en grups de treball (grup nominal) i d'opinió (grup de discussió) sobre aspectes relacionats amb la infermeria i la medicina. El nombre de participants de cada grup nominal va ser de cinc persones, i el dels grups de discussió es va mantenir força constant, unes deu persones. Es va intentar que els participants fossin d'edats, sexes i àmbits assistencials diferents, atenció primària i hospitalària per a afavorir la varietat d'aportacions.

L'elecció dels estudiants de medicina va ser molt difícil ja que a Girona no s'hi cursen aquests estudis i les Facultats de Medicina de Barcelona, amb les que vam contactar, no ens van poder facilitar els llistats d'estudiants de Girona que hi estaven fent primer de carrera. Així que vàrem haver de recórrer a coneixences personals i a establir una xarxa d'identificació dels possibles voluntaris per a participar en els dos grups d'informadors. Malgrat que vam creure que podia ser un element facilitador pels estudiants, tant pels de la capital com pels de comarques, reunir-los a Girona donat que, per una banda, estàvem en període de vacances (Setmana Santa i estiu, respectivament) i gairebé tothom retorna a la residència parental, i, per l'altra, Girona és un punt poc distorsionador de trobada, l'assistència, en cas del grup de discussió, va ser més baixa que la de la resta de grups.

Les estudiants d'infermeria van ésser seleccionades per un mètode aleatori sistemàtic basat en el llistat de matriculació al primer curs de la diplomatura, i els estudiants, com que no arribaven a ser 10, se'ls va invitar a participar a tots d'una manera individualitzada.

3.3.1.2. Perfil sociodemogràfic i professional de les persones informadores

Grups nominals

Perfil socio-demogràfic dels informadors/informadores: Les sessions de treball van comptar amb 40 assistents, 5 per grup (Grup infermers, grup infermeres, grup metges, grup metgesses, grup estudiants homes d'infermeria, grups estudiants dones d'infermeria, grup estudiants homes de medicina i grup estudiants dones de medicina). Es va buscar i, finalment, aconseguir la paritat dels membres de cadascun respecte al sexe i, en els professionals, també pel que fa referència a la pertinença d'àmbit assistencial, hospitalari i atenció primària. La mitjana d'edat dels estudiants va ser de 21.1 anys i la dels professionals de 38.1.

Grups de discussió

Perfil socio-demogràfic dels professionals

Als grups hi van assistir un total de 33 professionals, 16 de l'àmbit de la medicina (9 homes i 7 dones) i 17 de la infermeria (8 homes i 9 dones). El 100% dels assistents treballaven en l'àmbit assistencial.

El 90.6% vivien acompanyats, un 27.3% ho feien en parella i el 27.3% amb parella i fills més petits de 18 anys. El 57.6% manifestaven tenir entre 1 i 2 germans i el 30.3 % entre 3 i 4. Viuen en una llar pròpia el 72.7% dels participants i els ingressos mensuals de la llar estan situats, en un 33.3%, en les franges de 1804 i 3.005 i en la de 3.006 i 4507 euros. El 87.5% manifesta no gaudir de mesures de conciliació familiar.

Respecte als infermers, un 37.5% portaven més de 16 anys de professió, un 37.5% menys de 5 anys i el 25% entre 6 i 10 anys. La seva edat mitjana era de 37 anys i la moda estava entre l'interval 26-30 anys. Un 75% dels assistents referien tenir altres feines remunerades a banda de la de treballar com infermers això comporta que un 73% tinguin uns ingressos mensuals situats entre 3.006 i 4507 euros.

El 66.6% de les infermeres portaven més de 16 anys de professió, el 22.2% entre 6 i 10 anys i la resta menys de 5 anys. L'edat mitjana era de 37.2% i la moda estava entre l'interval 36-40 anys. El 100% de les assistents, a banda de la feina remunerada, tenen cura totalment de les tasques domèstiques. Els ingressos mensuals es situen en un 54.6% entre la franja que va de 1.503 a 3.005 euros.

Respecte als metges, un 22.2% portaven més de 16 anys de professió, un 33.3% menys de 5 anys i el 44.5% entre 6 i 10 anys. La seva edat mitjana era de 36.6 anys i la moda estava entre l'interval 36-40 anys. Un 77.7% dels assistents referien tenir altres activitats remunerades, en l'àmbit de la medicina, a banda de la xarxa pública, això comporta que un 55.5% tinguin uns ingressos mensuals situats entre 3.006 i 4507 euros i un 22.2% superiors als 4.508 euros.

Pel que fa referència a les metgesses un 14.2% portaven més de 16 anys de professió i un 42.8% menys de 5 anys i entre 6 i 10 anys. La seva edat mitjana era de 34 anys i la moda estava entre l'interval 26-30 anys. Un 28.5% de les assistents referien tenir altres activitats remunerades, que compatibilitzaven amb les tasques domèstiques Un 62.5% comptaven amb uns ingressos mensuals situats entre 1.804 i 3.005 euros.

Perfil socio-demogràfic dels estudiants: Als grups de discussió hi van assistir un total de 27 estudiants, 17 dels quals tenien entre 17 i 20 anys, 8 d'entre 21 i 25 i la resta eren més grans de 31 anys. Els contertulians, que 16 eren dones i 11 homes, 16 estudiaven primer curs d'infermeria (10 dones i 6 homes) i 11 de medicina (5 homes i 6 dones). El 96.3% vivien acompanyats i un 56% concretament, amb pares i germans (el 85% en tenien 1 o 2). Viuen en una llar

pròpia el 76% dels participants i els ingressos mensuals de la seves unitats familiars estan entre 1.503 i 1803 euros en el 44.4% dels casos i un 29.6% entre 1.804 i 3005 euros. A més, el 59.3% treballava per a costejar-se els estudis, bàsicament, en l'àmbit de serveis. El 93.2% desconeix l'existència de mesures de conciliació familiar.

3.3.1.3. Les tècniques utilitzades en la recollida de dades

3.3.1.3.1 Tècnica de Grup Nominal.

Aquesta és una tècnica de grup creada per Delbecq i col. (1975), encaminada a identificar i classificar per ordre d'importància problemes i necessitats (Pineault i Daveluy, 1989: 180). També aporta opinions i reuneix criteris respecte una situació problemàtica, o sigui, és un procés estructurat d'intercanvi d'informació (Delbecq, 1975, citat per Pineault, 1989: 180).

L'objectiu principal era identificar els aspectes més importants que es podien aportar respecte a la consideració personal i social de les professions de medicina i infermeria.

L'elecció d'aquesta tècnica per a aquest estudi ha estat basada en algunes de les seves avantatges respecte a l'objectiu que es pretenia. En primer lloc, al tractar-se d'una tècnica directiva, va possibilitar la captació de les idees de tots els membres del grup, sense que el nivell d'experiència, l'agressivitat o la facilitat d'expressió de determinades persones poguessin obstaculitzar la participació d'altres. Aquest aspecte ha estat important per a la nostra investigació, ja que en aquesta fase es pretenia aflorar les opinions, idees, tòpics, que estan presents en la pràctica diària de les professions sanitàries.

En segon lloc, la generació d'idees en silenci, que comporta aquesta tècnica, redueix les interrupcions en el procés de pensament de les persones participants.

En tercer lloc, aquest procés facilita que el grup mantingui present el tema que es tracta i s'evita l'avaluació prematura i l'excessiva crítica o focalització en determinades idees. Per últim, el procediment de registre escrit de totes les aportacions millora la capacitat del grup per a manejar la totalitat i evita la pèrdua de qualsevol aportació.

Les limitacions del Grup Nominal es van tenir en compte i s'han minimitzat substancialment:

- L'anomenada "fertilització creuada" d'idees, que podria dificultar la generació d'aportacions pròpies de cada persona, es veu disminuïda per la pròpia estructura directiva imposada per la mateixa tècnica.
- La reducció de la flexibilitat, pel que fa referència a la possibilitat que tenen els membres del grup de donar opinions respecte a la pròpia pregunta o modificar-la, també s'ha vist minimitzada pel plantejament d'una sessió final interactiva en la que van poder opinar lliurement respecte al tema de treball. A més, a l'inici de la sessió, se'ls va explicar clarament en què consistiria la tasca a realitzar i el procediment que es seguiria.

Les condicions bàsiques pel desenvolupament del Grup Nominal són les següents:

- Participants: Un mínim de 5 persones i un màxim de 9. Si és possible, no s'han de conèixer entre elles, o al menys, no compartir el mateix espai de treball. Els participants en els grups nominals no tenien vincles d'amistat ni relació professional. En algun cas, havien compartit alguna activitat formativa.
- El temps necessari per a cada sessió era aproximadament de 4 hores. La mitjana de temps utilitzat en els grups ha estat de 4 hores i 10 minuts.
- La ubicació física del grup havia de facilitar que totes les persones poguessin anar seguint, amb facilitat, l'exposició de les idees. En el nostre cas, les sessions es van dur a terme en un espai físic neutral per a tots els participants, menys pels estudiants d'infermeria, ja que es van realitzar en una aula de l'Escola Universitària d'Infermeria de Girona. Les taules es van disposar en forma d'U i al davant, en una pantalla, es projectaven les aportacions que s'escriuien de manera textual mitjançant un processador de text.

Es van desenvolupar vuit sessions de Grup Nominal:

1. Sessió del grup d'*infermeres incorporades en l'àmbit laboral*.
2. Sessió del grup d'*infermers incorporats en l'àmbit laboral*.
3. Sessió del grup de *metgesses incorporades en l'àmbit laboral*.
4. Sessió del grup de *metges incorporats en l'àmbit laboral*.
5. Sessió del grup d'*estudiants d'infermeria dones*.
6. Sessió del grup d'*estudiants d'infermeria homes*.
7. Sessió del grup d'*estudiants de medicina dones*.
8. Sessió del grup d'*estudiants de medicina homes*.

El procediment va ser el següent:

Etape de preparació:

Per a la redacció definitiva de la pregunta que s'havia de plantejar en el grup, es van redactar quatre alternatives diferents que van estar revisades per dues persones expertes en el desenvolupament d'aquesta tècnica. Posteriorment, una vegada seleccionada la pregunta definitiva, es va fer una prova d'assaig amb un grup pilot format per tres persones (una infermera, un metge i una estudiant d'infermeria). Després de valorar les avantatges i inconvenients de la pregunta es va procedir a la seva redacció final, adaptant-la als col·lectius als qui s'havia d'adreçar.

Etape de desenvolupament de la tècnica:

Presentació dels membres del grup i del treball a realitzar

Es va procedir a presentar els membres del grup, el seu nom i el lloc de treball o d'estudi, en el cas dels alumnes de medicina. Seguidament, es va explicar, amb detall, què es pretenia amb el treball i com es portaria a terme la sessió.

Redacció d'idees en silenci

- 1- Presentació de la pregunta per escrit: Què en penses de la professió infermera? (Adreçada als professionals i estudiants d'infermeria). Què en penses de la professió metge / metgessa? (Adreçada als professionals i estudiants de medicina).
- 2- Lectura verbal de la pregunta per part de la persona que dirigia el grup.
- 3- Plantejament d'un exemple per il·lustrar en quin sentit haurien d'anar les aportacions, seleccionat amb cura per evitar la direcció de les respostes. En la pràctica, amb aquest exemple, es va reduir la incertesa del grup respecte a la forma en que es formularien les idees i, al mateix temps, es va evitar la dispersió i la manca de precisió de les mateixes.
- 4- Seguidament, es va demanar al grup que escrivís en silenci, i individualment, les idees, frases breus o afirmacions que pogués suggerir la pregunta. El temps dedicat no està establert i el criteri que sovint s'aplica és donar el temps suficient per a que cada persona escrigui allò que vulgui i, quan s'observa que la majoria dels membres del grup han deixat d'escriure, es passa a l'etapa següent. En el grup de metges i infermers es va produir la interrupció del silenci per part de dues persones que volien formular la pregunta d'una altra manera. Aquesta situació va ser reconduïda per la conductora del grup que, tal i com s'aconsella en aquesta tècnica, va dirigir-se al grup com si es tractés d'un conjunt i va remarcar la importància de respondre lliurement i individualment. Mantenir un bon comportament de grup és essencial per a què els seus membres reflexionin i estiguin centrats en el problema.

Enunciat i registre de les idees

- 1- D'una manera ordenada, seguint el sentit de les agulles del rellotge, es va demanar als membres del grup que anessin dient una de les idees de la seva llista. Aquestes van ser anotades i, simultàniament, projectades en la pantalla en un format de taula amb numeració, elaborat, prèviament, amb aquesta finalitat. Es van dur a terme successives rondes ordenades fins arribar a esgotar totes les idees. Aquest procediment va durar una mitja hora i es van generar una mitjana de 25 ítems en cada grup.
- 2- A continuació, es va imprimir el full de registre de totes les idees i es va lliurar una còpia a cada persona.

Període de discussió

L'objectiu d'aquesta etapa és clarificar, afegir o eliminar algunes idees. Amb aquest propòsit es va preguntar al grup si hi havia algun ítem que necessités algun

aclariment per arribar a comprendre què volia expressar. Els aclariments van ser realitzats per les persones que havien aportat la idea.

A continuació, es van valorar aquells ítems que el grup va considerar repetits, i, una vegada eliminats, es va projectar la llista definitiva de les aportacions.

Etapa de votació dels ítems segons la seva importància

A cada membre del grup se li va lliurar sis fitxes en les que havia d'anotar els sis ítems que considerava més importants (un en cada fitxa). Seguidament se'ls va demanar que els prioritzessin per ordre d'importància, assignant-los el número 1, 2, 3, 4, 5, o 6 segons el grau de rellevància. Posteriorment, la conductora del grup va recollir totes les fitxes i les va barrejar per a garantir l'anonimat.

Finalment, es van anotar els ítems amb el valor assignat en una fulla de càlcul elaborada amb aquesta finalitat amb el programa Excel, i es van presentar en pantalla el resultat final amb els ítems ja prioritzats (annex 1).

Etapa interactiva

Per a finalitzar la sessió es va obrir un col·loqui sobre els resultats del treball de grup, sobre el procés i, en general, sobre aspectes relacionats amb la medicina i la infermeria.

3.3.1.3.2. Tècnica de Grup de discussió.

El grup de discussió és, fonamentalment, un projecte de conversa socialitzada en el que la producció d'una situació de comunicació grupal serveix per la captació i l'anàlisi dels discursos ideològics i de les representacions simbòliques que s'associen a qualsevol fenomen social (Enrique Alonso, 2003: 93).

El Grup de Discussió és una tècnica d'investigació dissenyada per a veure la manera en què els subjectes i els grups construeixen i donen sentit als esdeveniments i circumstàncies que viuen, fent aflorar les *categories* i *interpretacions* que es generen en els marcs inter-subjectius de la interacció social, mitjançant processos comunicatius i lingüístics (Enrique Alonso, 2003: 99).

Des de la perspectiva de la Sociologia i de la Psicologia Social constructivista, la discussió de grup, en l'àmbit de la investigació, parteix de la idea que els individus, a més de presentar-se a si mateixos d'acord a una definició del seu jo actiu que mobilitza la seva conducta, ho fan com a representants preconscients dels diferents grups socials als que pertanyen i/o tenen com a referència (Enrique Alonso, 2003: 99).

La utilització del Grup de Discussió, com a estratègia de recollida de dades en la nostra investigació, ha estat de vital importància per a generar una *productivitat comunicativa i discursiva focalitzada* en els temes emergits dels Grups Nominals i en els que ens interessava seguir aprofundint: socialització de la professió i valors, aspectes vocacionals i aspectes de gènere.

El disseny del Grup de Discussió:

Es va preparar un guió que contenia la informació prèvia, l'objectiu de la reunió, la dinàmica de la mateixa i les preguntes centrals per a la discussió (annex 2).

Constitució dels grups de discussió:

La selecció de les persones participants es va realitzar, menys en el cas de les alumnes d'infermeria, mitjançant les xarxes de relacions personals. En el procés s'ha tingut en compte els aspectes fonamentals en quant a nombre de persones integrants (5-10 persones), la representació significativa i estructural, i la homogeneïtat o certa heterogeneïtat controlada per a facilitar la productivitat discursiva del grup i, a la vegada, poder garantir l'existència de certes diferències discursives. El desconeixement entre si de les persones que han integrat els grups ha estat una altra de les cauteles metodològiques que s'han tingut en compte amb l'objectiu d'evitar inhibicions, imposició d'idees i valors. Es tracta de que la discussió no només precipiti sobre la memòria individual, particular i privada dels membres del grup, sinó sobre la memòria social i compartida d'aquests, activada en el procés de conversa (Enrique Alonso, 2003: 104).

Seguint les característiques específiques de les persones informadores en la nostra investigació, s'han realitzat vuit grups de discussió:

- 1- Grup constituït per 9 persones que pertanyen al sector infermeres incorporades a l'àmbit laboral.
- 2- Grup format per 8 persones que pertanyen al sector infermers incorporades a l'àmbit laboral.
- 3- Grup format per 7 persones que pertanyen al sector metgesses incorporades a l'àmbit laboral.
- 4- Grup format per 9 persones que pertanyen al sector metges incorporats a l'àmbit laboral.
- 5- Grup format per 10 persones que pertanyen al sector estudiants d'infermeria dones.
- 6- Grup format per 6 persones que pertanyen al sector estudiants d'infermeria homes.
- 7- Grup format per 6 persones que pertanyen al sector estudiants de medicina dones.
- 8- Grup format per 5 persones que pertanyen al sector estudiants de medicina homes.

Desenvolupament dels grups de discussió:

Els grups corresponents a estudiants d'infermeria es van dur a terme a l'Escola Universitària d'Infermeria de Girona i la resta a l'aula que la Universitat de Girona té a l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Ambdós espais complien les condicions físiques requerides per a facilitar la interacció grupal.

Al començament de la sessió, la conductora del grup va realitzar una breu presentació de les persones que l'integraven i, a continuació, es va facilitar informació general sobre determinats aspectes que podien generar incertesa en les persones informadores: el caràcter personal de la seva participació i no institucional, i la garantia de confidencialitat de les aportacions com aspecte inherent al rigor científic de la nostra investigació.

Es va sol·licitar el consentiment per a dur a terme la gravació oral i no hi va haver cap tipus d'objecció.

Posteriorment, es va plantejar l'objectiu de la reunió, la dinàmica a seguir i, finalment, es van formular les preguntes centrals per a la discussió.

La durada mitjana dels grups va ser d'1 hora i 55 minuts. En tots ells es va aconseguir la reproducció del discurs. No va ser necessari activar, en cap moment la interacció grupal, i el paper de la persona conductora es va articular al voltant de la persona que ho veu tot i ho escolta però que no ho jutja (Ibáñez, 1989: 495).

3.3.1.3.3. Tècnica de l'Entrevista

Una de les maneres de conèixer què passa i perquè és preguntar a les persones que estan immerses en l'activitat que es pretén investigar. L'entrevista és el mitjà més adequat per a realitzar un anàlisi constructiu de la situació (Santos Guerra, 1998: 77).

L'entrevista és una tècnica, dins de la metodologia qualitativa, que s'utilitza per a obtenir informació verbal d'un o varis subjectes a partir d'un qüestionari o guió (Aguirre Baztán, 1995: 172).

És un procés comunicatiu pel qual la persona que investiga extrau la informació que es troba en la biografia de l'interlocutor o interlocutora, entenent aquí biografia com el conjunt de les representacions associades als esdeveniments viscuts per la persona entrevistada (Enrique Alonso, 2003: 67-68).

Es distingeixen fins a set tipus normalitzats d'entrevistes, en funció del grau d'obertura i directivitat de les intervencions de la persona entrevistadora, i dins dels diferents àmbits de les ciències humanes: la sessió clínica, l'entrevista no directiva, l'entrevista focalitzada sobre temes precisos, l'entrevista amb respostes provocades però lliures en la formulació, l'entrevista amb preguntes obertes però seguint un ordre precís, l'entrevista amb preguntes llistades i l'entrevista amb preguntes tancades (Fages, 1990, citat en Enrique Alonso, 2003: 74).

També s'ha de distingir entre l'*entrevista d'investigació* amb les seves diferents versions i les *entrevistes terapèutiques i clínica*.

L'entrevista d'investigació és una conversa entre dues persones (investigador/a i informador/a), dirigida i registrada per la persona investigadora amb el propòsit d'afavorir la producció d'un discurs *conversacional, continu i amb una certa línia argumental* per part de la persona entrevistada sobre un tema definit en el marc d'una investigació (Enrique Alonso, 2003: 76).

En aquesta primera fase de treball de camp s'ha utilitzat l'*entrevista d'investigació individual semiestructurada*, amb la intenció d'obtenir una saturació d'informació

mitjançant l'aprofundiment, només en el col·lectiu d'infermeria, dels aspectes sorgits dels grups nominals i de discussió (Valles, 1977: 212-214).

L'entrevista reuneix les següents característiques:

- Les persones investigadores utilitzen, com a referent fonamental, els resultats obtinguts en els grups nominals i de discussió.
- El guió de la mateixa s'ha elaborat a partir de l'estudi previ de la situació general (Observació documental, bibliogràfica i grups d'informadors).
- L'entrevista s'ha centrat en la formulació de preguntes específiques que, a banda de generar-ne de noves, han aportat, en el seu conjunt, informació molt valuosa.

Procés de preparació de les entrevistes:

Seguint a Gorden, 1975 (citada en Vallés Martínez, 1997: 192), en aquesta fase de preparació es van tenir en compte els aspectes següents:

- Selecció de les persones entrevistades. Donat que els grups nominals i de discussió s'havien portat a terme amb informadors i informadores assistencials vam creure oportú fer les entrevistes a persones que estiguessin en llocs claus dins l'àmbit sanitari, tant en el de la gestió, de la docència i de les organitzacions col·legials. Mitjançant la xarxa de relacions personals es va tractar d'escollir persones informadores amb alt grau de reconeixement i prestigi dins el món sanitari. Es van mantenir les categories escollides a priori: direccions d'escoles universitàries d'infermeria, direccions d'infermeria d'hospitals, gerències d'hospitals, direccions d'infermeria d'Atenció Primària i de col·legis professionals.
- L'elecció de la data, hora i lloc de l'entrevista, per part de les persones entrevistades, a través dels contactes previs realitzats.

Desenvolupament de l'entrevista:

S'han realitzat un total de cinc entrevistes, distribuïdes de la següent manera:

- 1- Director d'Escola Universitària d'Infermeria.
- 2- Directora d'Infermeria d'un hospital de segon nivell.
- 3- Gerent d'hospital de segon nivell.
- 4- Responsable d'infermeria de l'àmbit d'atenció primària.
- 5- Membre de la Junta de Govern del col·legi oficial de diplomats d'infermeria.

La conversa informal s'ha utilitzat en totes les entrevistes. Això ha facilitat la creació d'un clima de confiança i un ambient relaxat, quelcom imprescindible per a que la persona informadora ofereixi totes les dades disponibles.

Al començament de l'entrevista, es presentaven les qüestions sobre les que es pretenia parlar, fet que reduïa, de manera important, la incertesa de la persona entrevistada.

El desenvolupament de les entrevistes, que van tenir lloc, en tots els casos, en l'àmbit de treball dels informadors/es, ha estat orientat per un guió (annex 3) elaborat a partir de la informació obtinguda en els Grups Nominal i de Discussió.

En funció del discurs de la persona entrevistada i de les qüestions que sorgien, el guió s'anava adaptant.

La duració mitjana de les entrevistes va estar compresa entre el 50 minuts i l'hora i 15 minuts.

En totes les entrevistes es va utilitzar gravadora per a reproduir la totalitat de les converses i es van prendre notes. Per això, es va sol·licitar el consentiment previ i sense pressió de les persones entrevistades.

Cal dir que una vegada transcrites les entrevistes, es van fer arribar als entrevistats per a que manifestessin el seu acord o desacord en la transcripció final. No hi va haver cap incidència al respecte.

3.3.2. Segona fase del treball de camp

El treball de camp, en aquesta fase, es va portar a terme entre els mesos de juny i novembre del 2004 i va consistir, per una banda, en l'anàlisi d'*artefactes etnogràfics* ("El llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya" document promogut pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya i "La professió d'infermeria" document elaborat pel Consell Assessor d'Infermeria, Servei Català de la Salut) i, per altra banda, en la distribució d'*enquestes autoadministrades* adreçades als professionals mèdics i d'infermeria de la Regió Sanitària Girona.

L'objectiu del primer era detectar, en aquests documents que regeixen la filosofia i pràctica professional, l'existència d'elements simptomàtics de la percepció que tenen els/les infermers/infermeres respecte a la situació de la seva professió (Identitat i invisibilitat professional, integració dels rols dependents i autònoms, dependència de la professió mèdica, etc.) i veure com es consolida una xarxa terminològica que regeix o estereotipa el pensament professional.

El del segon era contrastar, fent un abordatge als professionals de la medicina i la infermeria mitjançant una enquesta similar per als dos col·lectius, els aspectes sorgits en el primer treball de camp respecte a la socialització i valors de la professió, la presència de vocació en les professions de la salut, i els aspectes de gènere. Aquesta segona acció també va comportar distribuir una altra enquesta, elaborada amb la informació originada pels grups nominals, pels de discussió, per l'observació i, principalment, per les entrevistes realitzades a experts. Aquesta anava específicament adreçada al col·lectiu infermer amb la intenció d'aprofundir en l'evidència de la problemàtica social i professional, sentida pels propis infermers/es i perfilar-ne la causalitat, aspectes claus per aquesta investigació.

3.3.2.1. La selecció dels informadors

La població d'estudi estava formada per les infermeres, infermers, metgesses i metges de la Regió Sanitària Girona que estaven treballant en l'àmbit assistencial públic, concertat i privat, tant de l'atenció primària, socio-sanitària i hospitalària. Els criteris d'exclusió serien el no disposar de vida laboral activa com a professional d'infermeria o medicina, o no treballar en la regió sanitària de Girona malgrat estar-hi col·legiat.

Per a la selecció de la mostra dels *professionals d'infermeria* vam comptar amb el cens del col·legi oficial de diplomats d'infermeria de Girona integrat per 2.748 professionals. El càlcul de la mostra es va fer mitjançant l'aplicació del programa Granmo versió 5.2. (Referència Ms. Windows, versió Institut Municipal d'Investigació Mèdica, 1999) que la va fixar en 237 persones, i es va procedir a la selecció de la mateixa per un sistema aleatori sistemàtic.

El cens ens va permetre saber els noms i cognoms dels col·legiats així com les seves adreces i telèfons, dades indispensables per establir el contacte de presentació i inici del procés.

Per a la selecció de la mostra dels *professionals de la medicina* ens vam trobar amb la dificultat insalvable de no poder comptar amb el cens col·legial, només se'ns va poder facilitar el nombre global de col·legiats, 2050, lleugerament inferior al col·lectiu d'infermeria. Vam valorar quina seria la millor manera d'arribar als professionals. El col·legi professional ens va oferir la possibilitat d'enviar l'enquesta i la carta de presentació juntament amb la tramesa que trimestralment fa de la revista col·legial. Ens va semblar que aquest mecanisme podria comportar un l'alt índex d'enquestes no contestades i vam prendre la decisió de personalitzar el lliurament de l'enquesta i fer-ne la presentació oral i per escrit aprofitant la distribució de les d'infermeria.

El nombre d'entrevistes que, finalment, es van fer arribar a cada col·lectiu de professionals, d'una manera personalitzada, va ser de 250 per a garantir una mostra significativa del total dels professionals de la salut col·legiats de la Regió Sanitària Girona.

La realització d'aquesta segona fase del treball de camp va comptar amb diferents dificultats. Per una banda, el volum de la mostra, volíem arribar a 250 professionals mèdics i a 250 d'infermeria i, com hem dit, només havíem pogut confirmar la voluntat de resposta d'aquests últims. Per altra banda, ens trobàvem amb una important dispersió geogràfica dels professionals, ja que la Regió sanitària Girona avarca la Cerdanya, el Ripollès, la Garrotxa, el Pla de l'Estany, el Gironès, l'Alt Empordà, el Baix Empordà, i la Selva. Aquestes dues situacions condicionaven l'estratègia d'accessibilitat als enquestats. Si la tramesa es realitzava per correu corríem el perill de no tenir resposta i ens restava dissenyar una via per accedir als metges i metgesses.

Al final, vam creure oportú portar a terme una distribució personalitzada aprofitant que podíem contactar amb el personal d'infermeria i que, en l'àmbit laboral, sovint es comparteix espai amb professionals de la medicina. Es va fer un primer contacte via telefònica amb els professionals d'infermeria, tot explicant l'origen del projecte, els seus objectius i la necessitat de contestar dues enquestes complementàries. Una vegada confirmat l'interès de participació s'oferia la possibilitat de portar les enquestes al lloc que l'informador/a volgués. Després d'haver realitzat tots els contactes, els professionals d'infermeria participants es van agrupar per comarques amb l'objectiu de facilitar la mobilització i optimitzar el temps de distribució i recollida. La tendència majoritària dels informadors/es va ser

focalitzar el lliurament a l'àmbit de treball, això ens va permetre accedir als professionals de la medicina.

Les dificultats que comentàvem abans i la desmotivació dels professionals, que en un primer moment es van manifestar molt interessats, va ocasionar que la mostra inicial es quedés reduïda a 240 individus, 143 infermers/res i 94 metges/ses.

3.3.2.2. El perfil sociodemogràfic i professional de les persones informadores

Perfil general: Dels 240 professionals, 94 són de l'àmbit de la medicina (54 homes i 40 dones) i 143 de la infermeria (7 homes i 136 dones).

La seva edat mitjana és de 35,9 anys (37,1 en el col·lectiu d'infermeria i 35,2 en el mèdic). Respecte als anys d'exercici professional, el 44,2% dels individus porta més de 16 anys treballant, la resta es reparteix de forma similar entre els altres trams.

El 47,5% dels individus treballen en l'àmbit d'atenció hospitalària; el 35,8% en atenció primària i el 10,4% en atenció socio-sanitària. Tenim un 5,4% que treballen en àmbits diferents dels anteriors.

El 72,9% del total dels individus està en situació laboral fixa i el 25,4% són eventuals. El 43,3% del total d'individus guanyen entre 1804 i 3005 euros, seguits dels que guanyen entre 3006 i 4507 euros que representen el 22,1% del total. El 80% tenen vivenda pròpia.

El 92,3% no viuen sols i concretament, el 67,3% viuen amb parella i fills menors de 18 anys. Només tenim un 2,5% (6 persones) del total d'individus, que afirmen gaudir d'alguna mesura de conciliació familiar, de la resta, el 77,1% afirmen el contrari i el 20,4% no contesten.

El 62% de les persones informadores procedeixen de famílies que no tenen més de 2 fills, incloent-hi la persona informadora, el 16,7% en tenen de 3 a 4 i el 8,1% 5 o més.

Els seus pares desenvolupen o han desenvolupat en un 35,4% treballs manuals qualificats i semiqualicats de la indústria, el comerç i els serveis, així com treballs manuals semiqualicats del sector primari. El 15% han estat o són directius, propietaris o gerents de comerç i de serveis, tècnics (no superiors), artistes i esportistes; i el 12% directius de l'Administració i de les empreses, comandaments intermedis, administratius i funcionaris en general o persones de serveis de protecció i de seguretat.

El 65,1% de les mares treballen de mestresses de casa.

Perfil dels professionals d'infermeria: Dels 143 enquestats, 136 (95,1%) són dones i només 7 (4,9%) són homes. El 47,6% del total porten més de 16 anys treballant, els segueix un 20,6% que fan entre 0 a 5 anys que treballen; i les franges centrals que representen un 16,1% i un 14,7% respectivament. El 44,8% desenvolupen la seva activitat professional en l'àmbit d'atenció hospitalària, el 35% en el d'atenció primària, el 14% a atenció socio-sanitària i un 6,3% treballen en àmbits diferents

dels esmentats. El 90,2% del total desenvolupent tasques assistencials, el 6,3% de supervisió, el 0,7% de direcció i el mateix percentatge són autònoms.

El 75,5% tenen una situació laboral fixa i la resta, el 24,5%, són eventuais.

Només tres persones contesten que gaudeixen d'alguna mesura de conciliació i això representa el 2,1% del total. En aquest col·lectiu els guanys disminueixen ja que el percentatge més elevat és un 47,6% i es troba a la franja de entre 1804 i 3005 euros. Només el 16,1% del total obtenen més de 3005 euros al mes, percentatge inferior als que estan entre 1503 i 1803 euros que són el 17,5% del total. El 82,5% disposen de vivenda pròpia.

El 23,5% dels seus pares són o han estat treballadors manuals semiquàlificats de la indústria, del comerç i dels serveis o treballadors manuals semiquàlificats del sector primari. El 19% són treballadors manuals qualificats de la indústria, del comerç i dels serveis; el 14% són treballadors no qualificats; el 9,6% corresponen a llocs de treballs directius i propietaris o gerents de comerç i de serveis, altres tècnics (no superiors), artistes i esportistes; així com quadres i comandaments intermedis, administratius, funcionaris en general, persones de serveis de protecció i de seguretat, comandaments intermedis, professionals liberals i tècnics superiors. El 8,8% ocupen càrrecs directius de l'Administració i d'empreses.

El 22,8% de les mares ocupen treballs no qualificats i el 44,9 són mestresses de casa.

Perfil dels professionals de la medicina: Dels 94 individus enquestats, 54 (57,4%) són homes i 40 (42,6%) dones. El 40,8% dels metges estan situats en la franja d'edat compresa entre els 41 i 50 anys i el 47,5% de les metgesses es situen entre els 31 i 40 anys. Aquest fet es pot vincular a la progressiva incorporació de la dona en la professió i també es relaciona amb el temps que els professionals porten treballant.

Continua essent majoritària la gent que porta més de 16 anys treballant amb un 40,4% del total (el 50% en els metges i el 27,5% en les metgesses). La resta de percentatges queden equilibradament repartits entre les franjes que van des dels 0 a 5 anys (22,5%), dels 6 als 10 anys (22,5%) i dels 11 al 15 anys (25%).

El 52,1% estan treballant en l'àmbit d'atenció hospitalària, seguit del 38,3% a atenció primària, el 5,3% a atenció socio-sanitària i el 4,3% en d'altres àmbits. El 100% dels professionals de la medicina realitzen tasca assistencial.

El 70,2% tenen una situació laboral fixa i el 27,7% eventual. Aquesta és una variable influenciada pel gènere, així tenim que el 77,8% dels metges són fixes mentre que les metgesses ho estan un 60%.

Només tres persones afirmen gaudir d'alguna mesura de conciliació, això representa un 3,2% del total d'individus.

El 80,9% del total tenen uns guanys superiors a 1804 euros. Dins d'aquest percentatge tenim que el 38,3% cobren entre 1804 i 3005 euros, el 33% entre 3006 i 4507, i el 9,6% tenen uns guanys superiors a 4508 euros. Respecte als guanys diferenciats per sexes, el 35,2% dels metges asseguren uns ingressos superiors als 3.006 i l'11,1% més de 4.508 euros. Aquests percentatges disminueixen en les dones essent del 30% i 7,5 % respectivament.

El 76,6% del total dels individus enquestats disposen de vivenda pròpia i la propietat difereix molt poc entre els professionals: el 79,6% en els homes i el 74.4% en les dones.

El 23,4% dels seus pares són o han estat directius, propietaris o gerents de comerç i de serveis, tècnics (no superiors), artistes i esportistes. El 16% són treballadors manuals qualificats de la indústria, del comerç i dels serveis; així com comandaments intermedis, administratius i funcionaris en general, i persones de serveis de protecció i de seguretat. El 14,9% són directius de l'Administració i d'empreses i 11,7% són treballadors manuals semiqualicats de la indústria, del comerç i dels serveis; i treballadors manuals semiqualicats del sector primari.

El 14,9% de les mares ocupen treballs no qualificats i el 47,9% són mestresses de casa.

3.3.2.3. Les tècniques utilitzades en la recollida de dades

Les tècniques de recollida d'informació utilitzades en la segona fase del treball de camp van ser la recollida d'artefactes etnogràfics i l'enquesta.

3.3.2.3.1. Tècnica de l'enquesta

L'enquesta es pot definir com l'aplicació d'un procediment estandaritzat per a obtenir informació (oral o escrita) d'una mostra àmplia de subjectes. És una estratègia d'investigació que pot utilitzar-se de manera aïllada o en conjunció amb altres com es produeix en el nostre cas. La informació que aporta es limita a la plantejada per les preguntes que la componen (Enrique Alonso, 2003: 112).

Entre les seves característiques definitòries destaquen les següents:

- En l'enquesta la informació s'adquireix mitjançant *observació indirecta*, a través de les respostes verbals dels subjectes enquestats.
- La informació avarca un ampli ventall de qüestions i pot incloure aspectes *objectius* i *subjectius* del present i del passat. Així, les enquestes no només busquen informació sobre la pròpia conducta i experiència de l'individu, valors i actituds, característiques personals i circumstàncies socials, sinó que també cerquen informació que va més enllà de l'individu, estenent-se a les seves relacions, interaccions o activitats amb altra gent (Cea D'Ancona, 1996: 239-291)
- Per a què les respostes dels subjectes es puguin comparar, *la informació* es recull de manera *estructurada*. S'efectuen les mateixes preguntes i en el mateix ordre a cadascun dels individus enquestats.
- Les respostes s'agrupen i quantifiquen per així, posteriorment, poder examinar, mitjançant tècniques analítiques estadístiques, les relacions entre elles.

Pel nostre estudi, es van elaborar dos models de qüestionari: El model 1 adreçat als professionals d'infermeria i medicina (annex 4), i el model 2 només pel primer col·lectiu (annex 4). Tots dos constaven de preguntes tancades i obertes deixant pel final les corresponents a les dades sociodemogràfiques per a conèixer el perfil professional i econòmic-social de les persones enquestades. La intencionalitat de

formular les preguntes obertes era la de generar aportacions espontànies i reflexives, lliures de ser orientades per respostes ja incorporades en el qüestionari, però cal dir que en el procés de tractament de dades es va procedir, en el possible, a la seva codificació. L'extensió del qüestionari ens va portar, per una banda, a introduir títols o apartats dins l'estructura per dinamitzar-lo i, per altra banda, a situar en primer lloc les preguntes de resposta més fàcil.

El model 1 manté, en les dues versions, la mateixa distribució (tres blocs: Socialització de la professió i valors, Aspectes vocacionals i Aspectes de gènere i conciliació familiar) i gairebé el mateix nombre de preguntes (44 l'adreçat als professionals de la medicina i 46 el dels d'infermeria). El qüestionari dels infermers i infermeres conté dues preguntes més en el primer bloc que recullen l'opinió sobre el reconeixement dels metges/metgesses envers la infermeria i sobre les dificultats que es generen dins l'equip assistencial, la resta és exactament idèntic. Les qüestions plantejades pretenen recollir els aspectes que recolzen els autors consultats en l'aproximació del marc teòric i que es consideren elements importants pel tema d'estudi, com ara la consideració de les professions sanitàries com a diferents de les altres; la satisfacció en l'exercici de la professió; la relació amb el col·lectiu mèdic; el rol familiar amb el que s'identifica i el possible traspàs d'aquest en l'àmbit professional; la presència o no de vocació en l'elecció inicial de la seva professió i de la permanència en la mateixa; l'època de la vida en què va aparèixer; la professió del pare, de la mare i el nombre de germans, variables que sembla que també tenen a veure amb la generació de vocació o amb la direcció d'interessos professionals; els guanys mensuals de la llar, la propietat de la vivenda i els membres de la llar, paràmetres que poden aportar informació sobre la composició del nucli familiar i sobre la posició secundària o complementària de la dona infermera a l'hora d'aportar un sou al conjunt de la llar; la percepció del reconeixement social envers la professió i, entre altres més, el reconeixement i utilització de la conciliació familiar en l'àmbit laboral.

El model 2 està constituït per 49 preguntes de les que gairebé la meitat són obertes. La intencionalitat i el posterior tractament d'aquestes té la mateixa argumentació que en el model 1.

El qüestionari no segueix cap estructura diferenciadora com en el primer model, que estava departamentat en blocs, i la seva temàtica general està específicament enfocada en aquells aspectes que constitueixen el nucli dur de la investigació. El seu objectiu és recaptar informació sobre la satisfacció d'exercir la professió i de pertànyer al col·lectiu; la visió de la infermeria respecte a responsabilitats i al potencial professional; la presència de la dona en la professió; la influència del gènere en el desenvolupament de la mateixa i en la consideració inter-intraprofessional i institucional així com en la distribució dels llocs de treball; el posicionament de l'usuari envers el col·lectiu; el coneixement i reconeixement social de la infermeria; la presència de la vocació, i la consciència d'identitat professional per part dels propis membres del col·lectiu.

Abans de fer arribar els qüestionaris als professionals seleccionats es va fer una prova pilot de validació de les preguntes per a garantir, al màxim, la seva

comprensibilitat. Es van cercar vint voluntaris, 10 metges/metgesses, que van respondre el model 1, i 10 infermers/infermeres que van respondre els dos models. Aquesta acció ens va permetre reformular tres preguntes del primer model que donaven lloc a confusió.

Una vegada realitzada la prova, es va redactar una carta de presentació que acompanyaria cada qüestionari. En ella, s'explicava als professionals d'infermeria i medicina l'origen del projecte, els seus objectius i persones responsables, com s'havia produït la seva selecció (en el cas d'infermeria), les indicacions de l'acompliment, la garantia total de confidencialitat i anonimat i es finalitzava amb l'agraïment de participació. Posteriorment, es van ensobrar els qüestionaris d'infermeria apuntant, en la part externa, el nom i cognoms de la persona seleccionada i el lloc del seu lliurament. També es van facilitar sobres que, en la seva part frontal, hi constava el nom del projecte amb la intenció que els enquestats hi guardessin el qüestionari o qüestionaris contestats sense haver de retornar-los dins el sobre inicial on hi constava el seu nom. Vam creure que aquesta acció reforçaria el concepte d'anonimat de la recollida de dades.

Després, els sobres es van agrupar per centres i/o zones geogràfiques, preparant el mateix nombre pels professionals de la medicina. La investigadora pactava amb els informadors/es d'infermeria el dia de distribució dels mateixos, els lliurava a ells i als metges i metgesses del mateix centre, prèvia informació oral del projecte i compromís de participació, i, al cap de 15 dies, els passava a recollir.

Com s'ha comentat en l'apartat de selecció dels informadors (punt 3.3.2.1.), els qüestionaris s'havien de fer arribar, per una banda, a una mostra àmplia i, geogràficament, molt dispersa i, per altra, lliurar-los, gairebé tots, als centres de treball. Aquests aspectes, juntament amb el fet de l'extensió dels mateixos, van condicionar la manera d'administració i es va optar per un qüestionari que permetés al propi enquestat llegir-lo i anotar les seves respostes quan disposés un moment per fer-ho, prescindint de la presència de la investigadora. Aquesta estratègia evita el biaix en les respostes que es podria produir amb la presència de l'entrevistador/a i augmenta el sentiment de privacitat i d'anonimat. Tanmateix, proporciona a l'enquestat més temps per a reflexionar les seves respostes, aspecte especialment important en el model 2 de qüestionari adreçat als professionals d'infermeria, així com la possibilitat de poder consultar a altres persones o qualsevol document que cregui necessari. Per això, el qüestionari és pertinent quan el que es pretén és obtenir informació detallada.

L'ús del qüestionari i també ha comportat inconvenients com ara l'alt percentatge de no respostes. Concretament, la proporció de persones que van lliurar els qüestionaris degudament complimentats va ser d'un 57.2 % en el col·lectiu d'infermeria i un 37.6 % en el de medicina.

Una altre inconvenient és que no es pot assistir a l'enquestat a l'hora d'estructurar les seves respostes o a comprendre termes complexos.

3.3.2.3.2. Tècnica de recollida d'artefactes etnogràfics

A banda de parlar i interactuar, els éssers humans fabriquen i utilitzen coses: els artefactes o dades que indiquen sensacions, experiències, coneixement de les persones, opinions, valors i sentiments, manifestacions materials de les creences i comportaments d'una cultura (Goetz i LeCompte, 1988: 162).

L'obtenció de dades de manera no interactiva ha estat centrada en la recollida de dades documentals com "El llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya"(2003) i "La professió d'infermeria" (2004) facilitats respectivament pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya i pel Servei Català de la Salut.

3.4. El tractament de les dades: processament, anàlisi i interpretació

El processament de les dades obtingudes en el treball de camp s'ha portat a terme de la següent manera:

- La informació obtinguda en els vuit Grups Nominals s'ha registrat íntegrament per escrit i s'ha sintetitzat (annex 1).
- Els vuit grups de discussió s'han registrat mitjançant gravadora. Posteriorment, es va procedir a la transcripció literal del contingut (annex 6 en CD adjunt).
- Les cinc entrevistes s'han enregistrat oralment mitjançant gravadora. Posteriorment, es va procedir a la transcripció literal de les mateixes (annex 6 en CD adjunt).
- La informació dels qüestionaris s'ha processat mitjançant el programa SPSS 12.0.

El procés de categorització i codificació de les dades s'ha realitzat manualment, utilitzant els artefactes etnogràfics, les síntesis dels Grups Nominals, les transcripcions literals i les notes que es van prendre durant les sessions.

L'anàlisi de les dades ha suposat realitzar un examen sistemàtic del conjunt d'elements informatius per a delimitar parts i descobrir les relacions entre les mateixes i amb la totalitat (Rodríguez Gómez, 1996, 200).

Les dades obtingudes en la present investigació han estat àmplies i heterogènies, fet que ha requerit, en el seu tractament, d'un procediment sistematitzat.

L'anàlisi dels artefactes etnogràfics se ha realitzat utilitzant el criteri temàtic (La transmissió de la identitat professional) per a la separació del contingut en unitats significatives. Posteriorment, es va procedir a la seva categorització i codificació.

L'anàlisi de la resta de dades s'ha dut a terme amb un cert marge de llibertat en quant a mètode. Però, de totes maneres, s'han tingut com a referents importants els següents models:

1. *L'anàlisi d'arbre funcional* (Santos Guerra, 1998: 123) que ha ajudat a realitzar una síntesi progressiva capaç de facilitar una visió global sorgida de l'anàlisi detallat de totes les dades. En aquest sentit, es van ordenar les dades a partir

dels diferents sectors participants (infermeres, infermers, metges, metgesses, estudiants d'infermeria i medicina, directors/es d'Escola Universitària d'Infermeria i d'hospitals, responsables d'atenció primària i òrgans col·legials) a través de les diferents tècniques d'exploració (Grups Nominals, Grups de discussió i entrevistes), seguint el procés d'arbre de:

- Unitat Mínima d'Anàlisi: *opinió* de cadascun dels sectors sobre la causalitat i conseqüències de la feminització en la infermeria.
 - Conjunt d'Unitats Mínimes d'Anàlisi o *síntesi* de les opinions emeses amb anterioritat.
 - Suma d'Unitats Mínimes d'Anàlisi o *agrupació* de les opinions emeses a través de les diferents tècniques de recollida de dades.
 - Total d'Unitats Mínimes d'Anàlisi o *visió global* de totes les persones informadores a través de totes les tècniques utilitzades.
2. L'*anàlisi d'arbre epistemològic* (Santos Guerra, 1988: 126) mitjançant l'estudi del conjunt de dades procedents del procés d'exploració a través dels següents aspectes de l'anàlisi:
- *Anàlisi especulatiu* o reflexió temptativa, a partir de les dades registrades es suggereixen línies d'anàlisi i s'assenyalen les vies de possibles connexions amb altres dades i amb els referents teòrics pertinents.
 - *Classificació i categorització* amb l'objectiu d'ordenar les dades de manera coherent, completa, lògica i sucinta. Així, es van identificar les categories més importants que, a la vegada, s'anaven dividint en grups.
 - *Formació de conceptes* o estratègia d'anàlisi que ha permès la descodificació de determinats símbols culturals presents en el treball de camp.
 - *Els models*, la seva utilitat radica en la seva capacitat per a representar la realitat (Santos Guerra, 1998: 127). En aquesta línia, s'han anat treient de les dades, determinats models parcialment construïts i, a partir d'aquí, s'han plantejat models emergents.
 - *La teoria* com a base per explicar les relacions existents entre els fenòmens estudiats i, així, comprendre millor la realitat de la feminització de la infermeria en l'àmbit sanitari.

L'estratègia de la *combinació* per a integrar el mètode qualitatiu en el quantitatiu amb l'objectiu de reforçar la validesa d'aquest últim ha afavorit, en aquesta investigació, l'obtenció d'un gran volum de dades.

La seva heterogeneïtat, respecte a les diferents visions de les persones informadores com a part de la realitat, podria donar lloc a una anàlisi distorsionada de la realitat. Per a controlar aquest biaix, hem emprat el contrast mitjançant la *triangulació*. La utilització de tres o més mètodes diferents per a explorar un problema augmenta amb escreix les possibilitats d'exactitud (Woods, 1987, citat en Santos Guerra, 1998: 115).

És evident que la contrastació de dades comporta una manera de depuració i de confiança importants. La *triangulació* es contempla tant en el procés d'obtenció de

dades com en el tractament de les mateixes. En el procés de triangulació apareixen noves dades i, en la redacció de l'informe final, sorgeixen reflexions que originen una nova comprensió de la realitat (Santos Guerra, 1998: 116).

La triangulació es defineix clàssicament, com la combinació de metodologia en l'estudi d'un mateix fenomen (Denzin, 1978, citat en Santos Guerra, 1998: 116).

En la nostra investigació hem utilitzat dues modalitats de triangulació:

- *Triangulació de mètodes*: s'han contrastat les diferències i convergències que apareixen en la descripció i valoració dels aspectes vinculats amb la causalitat de la feminització en funció de la perspectiva aportada per l'observació documental i d'artefactes, els Grups Nominals, les entrevistes, els qüestionaris i els Grups de Discussió.
- *Triangulació de subjectes*: s'han contrastat els punts de vista de les persones informadores en funció de la pertinença als diferents sectors implicats en l'estudi: infermers/infermeres, metges/metgesses, estudiants d'infermeria, estudiants de medicina i experts del món sanitari.

TERCERA PART: INFORME DE LA INVESTIGACIÓ

CAPÍTOL 4: ELS RESULTATS DE LA INVESTIGACIÓ

L'objectiu general de la nostra investigació és voler saber què és el que fa que el col·lectiu d'infermeria no percebi la seva professió al mateix nivell que d'altres acadèmicament similars, i que es vegi, permanentment, imbuït en una invisibilitat consentida per ell mateix, per altres professionals de la salut, per les institucions i per la pròpia societat a la que dóna servei. També volem conèixer si existeixen estratègies formatives en els estudis universitaris de la diplomatura que reforcin i aportin eines als estudiants per acomodar la consciència de professió quan s'incorporin a l'àmbit laboral.

Per a presentar ordenadament els resultats de la investigació que argumenten les qüestions plantejades, creiem oportú distribuir-los seguint la formulació i numeració dels objectius específics.

Els continguts projecten la informació extreta dels Grups Nominals, dels Grups de Discussió, de les entrevistes, dels artefactes etnogràfics i dels qüestionaris. Els percentatges que apareixen en el text corresponen als resultats estadístics d'aquests últims i la seva funció és reforçar numèricament la informació qualitativa obtinguda en els grups i documents.

Primer objectiu: Tenir coneixement del que opinen els professionals de la medicina de la seva professió

L'elecció de la professió

Els professionals de la medicina han *escollit* la seva professió bàsicament per raons vocacionals (55,3%), també per ganes d'ajudar als altres (28,9%), pel fet de tenir familiars vinculats al món sanitari (2,6%) i pel tracte humà que té implícit la professió (2,6%).

Els motius d'elecció canvien segons el sexe. Les dones (40%) tendeixen a expressar motius més altruïstes i humanitaris essent freqüent l'expressió "ajudar als altres", mentre que aquesta raó es dóna només en un 27.8% dels homes. L'altra explicació més argumentada és la de realització personal que es dóna en un 31.5% del homes i un 35% de les dones.

La consideració personal i social de la professió

Les metgesses *veuen la medicina* com una manera d'ajudar als demès, visió que apareix molt poc entre els metges. Ambós professionals afirmen que és una *professió vocacional* que combina la ciència i l'humanitarisme. L'adjectiu "vocacional" es dóna més en les metgesses. És una professió *mal valorada* econòmicament, especialment quan es compara amb els *anys d'estudi* necessaris per a obtenir la graduació, amb el *compromís social* que comporta en quan a

disponibilitat permanent, i amb les constants *necessitats de formació* que requereix per garantir una òptima assistència. L'aspecte econòmic i la pressió en el treball per part de l'administració són aspectes negatius tractats amb més insistència i contundència pels metges.

Un altra aspecte a tenir en compte, especialment aportat per les metgesses, és que és una professió també molt *pressionada per l'usuari*, pel que fa referència a les seves mostres de *desconfiança i d'exigència*. Aquestes, sovint generen en els professionals por a les denúncies per mala *praxi professional, esgotament professional i desencís*.

Ambdós sexes coincideixen que, malgrat hagi perdut el seu encant i l'idealisme, encara és una professió que manté el *lideratge* en el món sanitari, gaudeix de protagonisme i protecció dins de les institucions i que és la millor *considerada* dins les professions de la salut. També manté la part *humanitària* que recompensa i estimula la feina del dia a dia i afavoreix la relació amb tota la societat.

Tant els metges com les metgesses (91,5%) coincideixen en afirmar que la medicina ha patit, en les darreres dècades, una important pèrdua de *reconeixement social*, malgrat encara persisteix, en segons quines àrees geogràfiques i especialment en les menys urbanes, un cert *prestigi i valor social*. Manifesten que abans ser metge era “ser un déu”, un model a seguir per aconseguir un pes social; però que en l'actualitat és una figura desgastada que se la valora només pels seus encerts i desencerts i que se la considera, cada vegada més, com “qualsevol professional de la línia productiva”. Molts dels professionals han manifestat estar treballant amb unes condicions laborals molt dolentes ja que les hores de treball són moltes per la compensació que reben a canvi.

Els professionals, malgrat tot, encara es senten valorats i la majoria d'opinions afirmen que es consideren el col·lectiu amb més valor de l'hospital. Es van manifestar generalment satisfets del seu reconeixement personal, especialment quan poden solventar els problemes de salut de la gent, quan els escolten o quan els identifiquen amb aquell doctor o aquella doctora que els va tractar. Aquest *reconeixement individual*, per part de l'usuari, es considera com quelcom que potencia les ganes d'exercir la medicina.

La percepció del reconeixement també varia segons el sexe, el 47.2% dels metges i el 52.6% de les metgesses no es senten reconeguts i argumenten, al respecte, la desconfiança i exigència de la societat en vers els professionals de la medicina, el desconeixement real de la professió i les implicacions que aquesta comporta pels professionals. De tots els professionals que afirmen que hi ha reconeixement social, els homes el vinculen bàsicament a la valoració de la pèrdua de la salut i les dones a que és una professió de servei.

Tanmateix, els professionals mèdics (78,7%) asseguren que la seva *professió és diferent de les altres* per la gran *responsabilitat* que suposa tractar amb la *salut* i la

vida de les persones, i per la implicació *de dependència* directa d'aquestes envers el professional de la salut (59,6%). "Crec que és una professió bastant diferent de la majoria, i el que la fa diferent és la dependència directa que altres persones tenen de tu". Altres assenyalen que la diferència radica en el component humanitari (20,2%) o bé la consideren una feina com una altra (16%).

Un alt percentatge dels metges (83%) assenyalen que la professió els hi aporta *satisfacció personal*, en canvi, a nivell social la satisfacció només representa un 5,3%. Un 34% del col·lectiu enquestat considera que els hi aporta *status*. Aquesta opinió és contrària a la generada en els grups de treball en els que es compartia la següent afirmació: "L'atracció que abans generava fer de metge pel reconeixement social ara no existeix".

Els valors de la professió mèdica

El col·lectiu (81,9%) considera que existeixen certs valors que identifiquen la professió. El més considerat (61,7%) és el vocacional, seguit l'empatia, la inquietud d'aprendre, la intel·ligència, l'habilitat, el coneixement, saber escoltar, saber preveure, l'ajudar, l'altruïsm, i la disponibilitat. Cal remarcar que els metges veuen amb la incorporació de la dona, la projecció de valors humanitaris que poden afavorir un acostament més òptim al pacient: "...(...) totes aquelles coses que les dones saben fer millor per cuidar o atendre a un pacient i sobre tot la paciència...(...)".

Els aspectes vocacionals

En general, com hem vist, els informadors estan d'acord que per exercir la medicina s'ha de tenir vocació perquè és una professió que comporta penalitats, responsabilitat sobre vides, etc. i, a més, l'èxit o el fracàs professional té unes conseqüències molt específiques i molt diferents de les d'altres professions: "Has de tenir vocació per ser qualsevol cosa, però potser en aquesta professió cal tenir més vocació que en altres.. jo recordo que es deia fas de dentista, però en canvi ets metge, a mi em costa pensa que fas de metge i quan acabes la feina ja no ets metge, ser metge és diferent".

S'ha de tenir en compte una dada aportada pel segon treball de camp i és que el 80,9% dels enquestats considera que la vocació influeix en l'elecció de la feina. Concretament, molts dels professionals van manifestar sentir ganes de ser metges des de ben joves (44,7% dels metges els van aparèixer els primers indicis de vocació a l'adolescència), també amb una idea quelcom idíl·lica, fomentada per aspectes religiosos, missioners i d'ajut als demés: "Jo sí que puc parlar de vocació de ser metge, doncs des de l'adolescència que volia ser metge per anar a l'Àfrica, encara ara em queda quelcom de romàntic quan penso en el fet de ser metgessa". Respecte als motius de l'aparició de la vocació caldria destacar que ambdós professionals assenyalen el referent familiar com la causa més valorada de l'aparició (24,5%) però el percentatge que es dóna en els metges és el doble que en el de les metgesses (15% versus 30%). També el 22,3% havien tingut contacte amb aquests estudis i el 16% havien experimentat alguna vivència relacionada:

“Des de ben petit que hi penses que seràs metge... després al cap d'uns anys hi tornes a pensar...no tenim familiars que ens hagin influït...jo vaig començar per que m'atreia la figura del metge.. té un impacte social la figura del metge”.

Un 33% del total d'aquests metges el motiu de seguir la professió va ser per ajudar als altres; i un 33% per realització personal: “Quan escullis aquesta carrera ho fas amb una idea més o menys romàntica, la idea de ser metge com més idealista”.

Els aspectes de gènere: La feminització de la medicina

Les enquestes indiquen que el 55,3% del total de metges té una opinió positiva sobre l'augment de metgesses i el 45,7% no li suposa cap problema la presència de la dona. El 87,2% considera que el fet que existeixin metgesses no genera cap dificultat a nivell individual però sí a nivell del col·lectiu. Les argumentacions que es donen relacionen els problemes amb la condició de dona, conciliació familiar i a no tenir la mateixa valúa que l'home.

El 58.3% de les metgesses valoren positivament la incorporació de la dona en la professió. Un 92.5% opinen que aquest fet no suposa cap problema per a la professió i que implica avantatges perquè s'incorporen valors vinculats a la dona com ara l'organització, la millora de la comunicació, l'accessibilitat, la satisfacció personal i s'impulsa la projecció social.

Les metgesses aporten una sèrie de consideracions estretament vinculades a la presència de diferències de *gènere* en la professió. Per a elles és evident que la dona metge està menys valorada professionalment, genera també desconfiança en l'usuari, és considerada de manera diferent per part de les mateixes institucions, no té un tracte igualitari per part dels seus propis companys de professió i la seva condició de dona la fa poc competitiva tant en el mercat laboral com en el terreny de la promoció professional. Com verbalitzen les informants: “La dona sempre ha de demostrar que ho pot fer i, fins i tot, millor que l'home”.

Considerem important aportar els següents comentaris fets per metgesses assitents als grups de discussió per il·lustrar els aspectes de gènere:

“...també ara són molt desconfiats (els usuaris) sobre tot pel fet de ser dones.. i passem visita i et diuen quan passarà el metge? i jo dic jo soc la metgessa... ens sentim satisfetes... generalment si, bé a mi depèn del dia que m'ho pregunten....”.

“Jo no he aconseguit amb els tres anys que porto que algú em digui doctora ni quan em presenten al gerent, sempre em presenten com la Maria,... o també es freqüent que el malalt et cridi nena..... al metge és difícil que li diguin eh nen!! eh maco!!”.

“Primer no ets massa conscient, però amb el temps t'adones que l'hospital continua essent un lloc masculista i classista”

“ Conec metges que no volen seure a la mateixa taula que una auxiliar”.

També queda palés que hi ha certs *problemes de relació amb les infermeres*. Segons les metgesses, aquestes acostumen a treballar d'una manera diferent amb el metge que amb elles. Amb el primer la relació és asimètrica, servil i complaent, amb les segones, sembla impossar-se un tracte igualitari, de dona a dona, que implica un augment de tasques a realitzar per la metgessa que no fa el metge.

Els metges expressen la inquietud de que la medicina és una professió que, poc a poc, però inexorablement es va transformant amb la incorporació de la dona. Opinen que la *feminització* és un simple indicador de que la professió està mal pagada, asseguren que la pròpia existència d'instabilitat propicia l'interès per fer medicina i que "(...) si les dones no féssin medicina faltarien professionals i s'aconseguirien millores per a la professió". "Què passarà en un futur quan una gran part de facultatius seran dones? Tal i com van les coses, no sóc gaire optimista!!".

Els aspectes de gènere: La conciliació familiar

La implicació del metge en les tasques de l'àmbit familiar respón perfectament al patró culturalment arrelat de l'home assignat a l'esfera pública i la dona a la domèstica. Un 88,4% dels metges i un 25% de les metgesses atorguen la cura dels familiars amb dependència, majoritàriament dels nens, i de la llar a la figura femenina (parella, dona, mare). Així només el 32,1% d'aquests metges, en l'àmbit familiar, tenen cura de persones amb dependència i específicament, el 81,8% en tenen dels nens; un 9,1% dels avis, un 4,5% dels pares i un altre 4,5% dels sogres. Només el 38,3% dels metges considera que compaginar la feina remunerada amb la llar genera dificultats, en canvi el percentatge d'aquesta resposta en metgesses augmenta al 65%: "Es un fet ja conegut, que les dones primer hem de cuidar a la família i després és la feina. Inclòs les dones metgesses que no tenen fills, també han de treballar moltes hores i ser "superwomens"".

El col·lectiu té poc coneixement de la conciliació familiar. El 62,8% desconeix les mesures regulades per llei, i la poca utilització que, en general, en fa. L'1,9% dels metges afirmen gaudir-ne d'alguna, mentre que el percentatge és lleugerament més alt en les professionals dones 5%.

Quan a les propostes que es farien per solventar el tema de la conciliació familiar un 55,6 % respon que adaptarien l'horari laboral a les càrregues familiars; i un 38,9% que demana més implicació de l'empresa.

En cap moment es van aportar solucions més contundent o innovadores adreçades tant a la conciliació familiar com a la situació de la dona en general, només les metgesses van comentar que: "Per canviar el problema de les dones s'haurien de canviar els valors socials.. i també professionals, el govern ho ha de fer".

Aportacions del col·lectiu mèdic respecte a la infermeria

El 57,4% del total considera que la professió d'infermera és majoritàriament femenina per tradició de gènere; el 17% considera que és degut al temperament femení i el 25,6% considera que la dona té interioritzada la feina de cuidar.

El 35,1% dels metges considera que un avantatge per ser dona infermera és la projecció de la relació social i el 25,5% considera que aquesta professió no té cap avantatge. Quan als inconvenients, el 40,4% considera que és una professió amb moltes més dificultats que la medicina, per la seva dedicació, gairebé exclusiva, a la cura directa i la penositat laboral.

D'entre els valors que els metges identifiquen amb la professió infermera també predominen els vocacionals (59,6%), però destaquen l'amabilitat, la simpatia, el saber estar, l'accessibilitat, la confidencialitat, el desinterés, la capacitat de treball i l'empatia.

Una aportació que ha despuntat en l'apartat de gènere és la dualitat de comportament del personal d'infermeria respecte al metge o metgesse. Aquest tema serà aprofundit en l'apartat dedicat a la infermeria donat que és un aspecte tractat en els grups de treball i en l'enquesta específicament adreçada a aquest col·lectiu.

Segon objectiu: Cercar la consideració que de la medicina tenen els seus estudiants

Els estudiants de primer curs de medicina, en la fase inicial de la investigació, van participar en l'aproximació a una de les professions sanitàries, concretament la medicina. Van col·laborar com informadors en els grups nominals i els de discussió. En els primers, van respondre la pregunta "**Què en penses de la professió metge / metgesa?**" i, en els segons, van orientar les aportacions cap el pes que té la vocació en l'elecció i la permanència professional, els valors que la societat vincula a la professió mèdica i la influència del gènere en l'elecció de la professió, en el desenvolupament de la mateixa, i en el seu reconeixement social, interprofessional i intraprofessional.

La consideració personal i social de la professió

Els i les estudiants opinen que és una professió que requereix un gran esforç d'estudi tant per la seva *durada acadèmica*, anys de professionalització, com per la constant necessitat de *formació continuada* que s'allarga tota la vida laboral del professional. Aquests fets generen una llarga *dependència familiar*.

Consideren que és una professió *necessària* per la societat, que està vinculada al coneixement i que comporta molta *responsabilitat* i *compromís*.

Les persones informadores convenen que, actualment, està molt pressionada per les *exigències de l'usuari*: "un metge no es pot equivocar mai", i que malgrat hagi perdut una mica de *valor social* encara té impacte en la societat i se la veu amb *respecte*.

Les estudiants puntualitzen que la professió té un cert component *vocacional* vinculat al fet que practicar la medicina implica: "Estar en actiu totes les hores de la vida, en qualsevol moment es pot haver de fer de metge" i que és una professió molt mitificada per alguns sectors de la societat, especialment per la gent gran. També afirmen que en ella, encara predomina *l'estereotip masculí*, de fet cal dir

que, en el grup de discussió, sempre que va ser necessari referir-se al professional de la medicina van utilitzar la paraula “metge” mai la forma femenina. Una altra aportació interessant és que creuen que és una professió en procés de *degradació social* i ho argumenten per la presència de la dona en ella. Afirmen que sempre la feminització d’una professió va associada a un procés previ de desgat social de la mateixa: “Allò que l’home no vol, s’ho queda la dona”.

Els estudiants remarquen més la opinió que és *una professió com qualsevol altre*, en quant a concepte de professió, però que hi ha elements que marquen la diferència. Un seria la necessitat de tenir un certs *valors personals* que, en certa manera, serien els substituïdors de la vocació. Un altre element es troba en els mateixos estudis on és important el fet d’aprendre bé la professió per la gran responsabilitat que es té envers les persones. El tracte amb les persones és un altre component a tenir en compte: “La medicina és de les poques professions que el tracte supera la capacitat de l’individu”.

Els valors de la professió mèdica

Els valors més considerats pels i per les estudiants són l’amabilitat, l’assertivitat, la idoneïtat, la seguretat, el tracte, el respecte, la saviesa i la confiança.

Els aspectes vocacionals

La vocació, en general, es considera un element important per a la professió però no imprescindible per exercir-la.

Una vegada més ens trobem que les estudiants tenen una consideració especial pel l’element vocacional, aquest fet ja s’havia donat en les metgesses. Les participants han triat aquesta professió perquè els hi agrada, les motiva i la seva vocació es va iniciar entre la infància i l’adolescència, llavors, amb els anys veuran si aquesta vocació es consolida. La influència de tenir familiars relacionats amb la sanitat ha jugat un paper important a l’hora de reforçar la vocació.

Una de les coses que més insisteixen és que és una carrera de molts anys i que per triar-la hi ha d’haver quelcom que ha d’atraure, però aquest element no pot imbuir la vida familiar del professional: *“la medicina... vull que sigui la meva professió però no la meva vida”*

Els estudiants desafugen el terme de vocació. No el consideren un element a tenir en compte en l’elecció i pràctica professionals. Afirmen que han triat aquesta professió *simplement* perquè “els agrada”, també parlen tots de la importància de les aptituds per aquesta, del “ser capaç” de poder exercir-la així com que és una carrera molt llarga que requereix de constància i voluntat. Asseguren que no n’hi ha prou amb la vocació per ser un bon professional. Remarquen la infància i l’adolescència com les dues etapes de la vida on va sorgir la inquietud de voler ser metge.

Els aspectes de gènere: La feminització de la medicina

Les estudiants de medicina pensen que hi ha metges que creuen que la professió està feta pels homes. També reconeixen que hi ha homes que ja els hi està bé la introducció de la dona a la medicina perquè el hi serveix per projectar, una vegada més, aquelles responsabilitats i tasques que sempre es deleguen a les dones. D'altra banda opinen que no perceben diferències de gènere en els companys de la facultat.

Per elles, la gent encara creu que les dones han de ser infermeres i els homes, metges, ja que la infermeria és una professió més *servil* que la de metge. De tota manera reconeixen que se'ls fa estrany veure un noi estudiant infermeria.

Tenen clar que són membres d'una *societat masculista* que propicia la discriminació laboral de la dona. Una opinió recolzada pels grup d'informadores és la que diu que "les dones accedeixen a una feina massivament quant aquesta es desprestigiada per la societat" com és el cas de la medicina, la guàrdia civil i la policia. Aporten que la professió mèdica els hi permet desenvolupar, amb facilitat, l'habilitat de relació amb les persones que tenen pel fet de ser dones, i que també els hi posa limitacions de promoció degut a la incompatibilitat, en determinats moments de la vida, de dur a terme l'activitat professional i les accions formatives i de recerca: "Un metge home pot arribar a ser un gran metge per les facilitats que la "dona" li dóna per gaudir de temps per estudiar i exercir la professió sense que es preocupi de les tasques domèstiques".

Els estudiants pensen que la dona té la mateixa capacitat que l'home per exercir la professió i consideren igual un home que una dona. Comenten que amb l'evolució de la societat s'ha millorat la situació de la dona i que la seva incorporació a la carrera de medicina ha estat un encert. Sembla ser que les noves generacions poden aportar equilibri en quant a la consideració de la dona en el món laboral mèdic.

Els aspectes de gènere: La conciliació familiar

Les estudiants, malgrat la seva joventut, veuen amb claretat les diferències socials estructurades pel gènere, i el rol de la dona com a responsable de la seva família, la llar i *de cuidar dels altres*. Tot això forma part de les vivències particulars fonamentades, principalment, en l'àmbit domèstic i veuen lluny el fet que "això pugui canviar algun dia". Per elles la societat és masculista i reconeixen que elles, en el fons, hi participen d'això, i, en tot moment, parlen de ser metges i no de metgesses. La professió de metgessa limita socialment a qui la practica pel fet de ser incompatible: "ser amic i pacient" i sobretot si ets dona: "no pots ni tenir fills quan vols".

El fet d'estudiar la carrera i viure entre setmana fora de la llar familiar fa que les joves trobin limitacions en les seves relacions socials i dificultats per realitzar les tasques domèstiques. Això els fa donar-se compte de la importància de la conciliació familiar quan s'està integrada en el món laboral. Com a mesura

conciliadora principal proposen, consensuadament, allargar les baixes maternals mantenint els sous.

Els estudiants no estan massa familiaritzats amb la cura de les persones dependents. Mentre viuen fora de la llar familiar, per raons d'estudis, són ells els que fan les tasques domèstiques, però quan retornen a casa seva el seu paper és de col·laboració.

El fet de compaginar les tasques domèstiques i la feina remunerada amb l'època d'exàmens ocasiona un cert malestar. Aquesta vivència es tradueix en la convicció de que quan s'hagin d'incorporar al món laboral, després d'estudiar tants anys, contractaran una *dona de la neteja* per anar més tranquils i solventar el tema de les tasques familiars.

Opinen que tenir fills sí que "*és un handicap*", ja que el pare el que vol és estar amb el fill però la condició social condiona aquesta voluntat, i, encara que no volen, els surt la visió masculista: "Què faig: estar amb la família o portar diners a la família Manifesten despreci en vers els empresaris que per raons de tenir fills discriminen a les dones treballadores però ho poden entendre per la qüestió de diners.

Bàsicament no coneixen les mesures de conciliació però generen tota una sèrie de propostes que van des de deixar sortir al pare uns minuts cada hora per veure el seu fill, fins tenir la possibilitat de que el pare i la mare, simultàniament, puguin gaudir de la baixa després del part. Valoren positivament la paternitat però, degut a la durada de la carrera, no se la plantejen fins passats els 40 anys.

Aportacions dels estudiants de medicina a la infermeria

Cal puntualitzar que, al llarg de la recollida d'informació, sempre que els estudiants han hagut de fer referència a la infermeria s'han referit a "l'infermer" mai a la "infermera". Aquest fet no s'ha produït en les estudiants.

El fet que en la professió d'infermeria hi hagi més dones que homes ho justifiquen, per una banda, perquè abans les dones s'apartaven de les feines dures i es dedicaven més a les que requerien només capacitat, sense esforços físics. En cap moment qualifiquen la dona com més sensible o servil. També afirmen que és per tradició, pel fet que la dona s'ha dedicat, des de sempre, a fer de llevadora i per la desigualtat entre home i dona. La igualtat d'oportunitats fa que alguns homes ja no vulguin fer medicina, però es segueix veient la infermeria com una opció poc volguda pels homes. Sovint els homes que hi van a parar és perquè no han pogut accedir a medicina o s'han cansat d'estudiar.

Segons les estudiants la dona és més sensible i servil per la qual cosa infermeria és ideal. En canvi, la professió de metge és més apropiada per l'home perquè: "estudia més i serveix".

Tercer objectiu: Percebre què pensen els estudiants d'infermeria d'aquesta feina

Els i les estudiants de primer curs d'infermeria van ser informants en els grups nominals i de discussió que es van portar a terme en la primera fase de treball de camp. En aquests es pretenia, per una banda, conèixer la seva visió de la professió i, per altra, aprofundir en determinats aspectes com la vocació en l'elecció i la permanència professional, els valors que la societat vincula a la professió d'infermeria i la influència del gènere en l'elecció de la professió, en el desenvolupament de la mateixa, i en el seu reconeixement social, interprofessional i intraprofessional.

Comptàvem amb l'avantatge que aquests alumnes de primer, quan es van realitzar les sessions de treball, havien finalitzat les primeres pràctiques clíniques en els hospitals docents i pensàvem que aquest fet podia ser un valor afegit per a la investigació.

La consideració personal i social de la professió

Tot el grup d'estudiants coincideix en que és una professió bastant desconeguda per la societat, que no compte gaire amb el seu reconeixement i que permet desenvolupar valors i qualitats humanes. La penositat laboral pel tema horaris, vacances, substitucions i festius, juntament amb la manca d'una identitat professional pròpia abonada per la poca consideració en vers el seu rol autònom i la vinculació mèdica, constitueixen altres característiques de la professió.

També opinen que aquesta està impregnada d'estereotips femenins i que són les mateixes professionals d'infermeria les que permeten la seva reproducció i perpetuació. Aquest fet sembla incidir en el lent desenvolupament de la infermeria.

Els estudiants homes aporten unes consideracions sobre la professió, que afegeixen components nous a la seva caracterització general com ara contemplar la infermeria com una carrera de tres anys que permet la ràpida incorporació i/o promoció laboral, i accedir a altres estudis universitaris. Tanmateix consideren que el poc reconeixement professional sorgeix a partir del fet de ser una professió majoritàriament de dones que, alhora, discrimina als homes.

Pel que fa referència a considerar la infermeria diferent d'altres professions, els i les estudiants d'infermeria creuen que es degut a que es tracta diàriament amb persones; que és una feina amb molta responsabilitat ja que del seu treball en depèn la salut i, a vegades, la vida de les persones; que les infermeres són les que estan sempre al costat del malalt i moltes vegades el benestar del pacient depèn d'elles ja que aquest, per la seva malaltia, està indefens i és més vulnerable; i, finalment, creuen que la fa diferent el fet que moltes persones no poden fer-la, perquè els impressiona el context sanitari i el contacte amb les malalties.

Quant al que pensen que la societat opina de la feina d'infermera i dels seus professionals, la visió general és que es desconeix la feina que fa la infermera, que encara se la considera l'ajudant del metge i que perdura la seva imatge frívola de "dona espatarrant, provocativa i amb minifalda". Culpabilitzen a les pròpies infermeres permetre naturalitzar l'ús d'imatges ofensives de les professionals.

Tanmateix, els alumnes creuen que la societat quan pensa en la infermeria ho fa en femení, i que no la considera una professió adequada per l'home. Manifesten que, amb freqüència, el missatge que els hi arriba de la gent, és que encara estan a temps d'estudiar una altra cosa, com si infermeria fos poca cosa pels homes. Consideren que la societat identifica al professional d'infermeria com l'ajudant del metge, una persona preferiblement dona que només ha de cuidar i a la que no li cal formació prèvia ni continuada.

Els valors de la professió infermera

Els estudiants manifesten que els valors que identifiquen la professió són, principalment, l'empatia i la responsabilitat, i després la paciència, la voluntat, el saber escoltar i el saber comunicar. Els que la societat li atorga són els d'amabilitat, comprensió, confiança, referència, confidència i intermediària entre el sistema sanitari i el pacient.

Pensen que la societat no sap quin és el paper real de la infermera i per aquest motiu, valors com la responsabilitat, coneixement, empatia, voluntat i d'altres que els professionals d'infermeria consideren imprescindibles no són apreciats per ella. La majoria dels estudiants opinen que la gent sap que els professionals d'infermeria són els que sempre estan al costat del pacient, i que amb els metges hi tenen un contacte més llunyà, però aquests tenen una transcendència diferent per l'usuari ja que ells són els que manen i les infermeres els que obeeixen.

Creuen que la diversitat de professionals que hi ha en el àmbit sanitari, dificulta a la població identificar qui és la infermera d'entre auxiliars d'infermeria, treballadores socials, voluntaries, tècnics, metgesses...i que aquest problema es comença a clarificar quan l'usuari, per algun problema de salut, manté una relació freqüent amb els serveis sanitaris.

Opinen que la societat reconeix més a altres col·lectius que també són diplomats com ara aparelladors, enginyers químics, mestres..., que als professionals d'infermeria. Això ho argumenten pel fet que al ser una professió vinculada a les dones no se la considera professional. Les infermeres són les persones que cuiden, les que substitueixen a la mare, la germana, ...

Cal remarcar el comentari que aporta un estudiant: "Fa 20 anys que la infermeria és a la universitat i segur que d'aquí 50 anys haurà millorat el seu reconeixement social i professional perquè la dona estarà molt més incorporada en el món laboral qualificat".

Els aspectes vocacionals

Les estudiants d'infermeria afirmen que la vocació és un element imprescindible per fer d'infermera i verbalitzen que totes han fet aquesta opció per vocació "Si no l'esculls perquè t'agrada i és, realment, el que vols fer, es nota molt en la manera de tractar els pacients". Defineixen vocació com: "Una cosa que agrada, que implica i fa sentir identificat amb la feina".

Els inicis de la vocació els situen en la infància i adolescència i els aspectes que han reforçat la seva preferència han estat l'atracció per temes sanitaris i la disposició a tenir cura de les persones. La procedència de la inclinació a la vocació la relacionen, per una banda, amb el fet de tenir familiars directes treballant en el món sanitari, per altra, amb la insistència dels pares i amics i, finalment, amb el fet de sentir més vinculació amb les ciències durant el batxillerat.

Les raons no vocacionals manifestades, exclusivament, pels estudiants, es concreten, bàsicament, en el fet de ser una carrera de tres anys que permet la promoció laboral.

Els aspectes de gènere: La feminització de la infermeria

En general, els i les estudiants d'infermeria opinen que la feminització de la professió incideix negativament en el seu reconeixement social. Creuen que la societat considera la infermeria una feina de dones i per això el sou i la professió han estat valorats com una ajuda a la família i, fins i tot, el mateix col·lectiu s'hi ha mostrat conformat. La infermeria no està a la mateixa alçada de reconeixement que altres professions universitàries amb el mateix nivell d'estudis i el seu desenvolupament professional també s'ha vist afectat. Les dificultats per compaginar el treball remunerat i les obligacions familiars facilita l'abandonament de la pràctica professional.

Opinen que, socialment, el rol de cuidador el tenen les mares, les ties, les germanes i afirmen que, tanmateix, els pacients es senten més còmodes si en la higiene, l'alimentació, les exploracions mèdiques agressives tenen al costat una infermera, una dona que supleixi el paper que es té tant interioritzat.

Quan a incorporació de la dona al món universitari en general, i especialment en la medicina pensen que socialment es continua associant la dona a la infermera i l'home al metge, sobre tot si la metgessa és jove. També opinen que per a les metgesses és més difícil guanyar-se el reconeixement social que els metges i aquest fet contribueix a que les relacions amb l'altre personal de l'hospital siguin més difícils.

Els aspectes de gènere: La conciliació familiar

Les estudiants d'infermeria manifesten que la seva col·laboració amb tasques de tenir cura de persones amb dependència a casa no té relació amb el fet de ser

estudiants d'infermeria sinó amb la manera en que s'han educat, i sobretot remarquen el fet de l'afectivitat com un tret important per assumir el tenir cura dels familiars més dependents. En les seves llars desenvolupen un rol col·laborador ja que la responsabilitat de les tasques domèstiques recau en la figura materna. Tanmateix creuen que en les que els components treballen les obligacions s'han de compartir per igual i acusen a les mares de permetre als nois joves no fer res.

Els estudiants, seguint la línia de les aportacions anteriors, no estan avessats a plantejar-se el tenir cura de gent dependent en l'àmbit domèstic, defensen que els homes puguin fer la feina de cuidar fora de casa però en ella, adjudiquen aquesta responsabilitat a la dona.

Els que no viuen amb els pares, no tenen cap problema amb compartir els estudis amb les activitats de la casa, però troben a faltar tot el que els hi fa la mare quan estan en el domicili patern. Els que hi viuen afirmen que totes les tasques domèstiques les fa la mare i que ells es mantenen al marge.

En general, els grup d'estudiants coneix poc les mesures que les empreses apliquen per facilitar la conciliació del treball remunerat, nomès l'hora per alletament i la baixa maternal, i dona per suposat que són per les dones.

Opinen que en el nostre país, no hi ha més ajudes perquè és un país pobre, i les que hi ha són reduïdes degut a que es considera el sou de la dona com una aportació complementària a l'economia familiar.

Tots tenen clar que quan tinguin fills, un dels membres de la parella, concretament la dona, haurà de renunciar a treballar, ja que les poques ajudes existents no fan possible compatibilitzar el treball remunerat amb la seva cura i educació.

Aportacions dels estudiants d'infermeria a la professió

Els estudiants, possiblement per l'apropament a l'àmbit professional que han portat a terme en les pràctiques clíniques, han generat molta informació. Seguidament relacionem els aspectes més rellevants:

- La infermeria és una professió que viu molta pressió en el marc laboral.
- L'evolució científica de la professió mèdica ha fet evolucionar la infermeria en quant a especialització però no en consideració.
- La pròpia infermeria no es reconeix com una professió potent per això no avança.
- S'hauria de fer una política de difusió de la feina infermera sinó és fàcil confondre-la amb altres professionals de l'àmbit de la salut.
- Els valors que se li atorguen són femenins i l'allunyen de les altres professions.
- La dona sempre s'identifica amb el cuidar i sembla que no calgui formació per fer d'infermera.
- Els homes també serveixen per cuidar.
- La vocació és un element important per fer d'infermera. La vocació es dona en les dones, els homes busquen treballs ben remunerats.

- L'actitud masclista de la societat permet que les dones no treballin, així les dones ja es plantejen, com una cosa natural, deixar de treballar quan tinguin fills.
- L'estereotipació femenina de la professió la mantenen els propis professionals que permeten la seva reproducció per això seria convenient que les escoles d'infermeria insistissin en aspectes generals per a trencar motllos (idees prefixades, estereotips, valors) i afavorir l'avanç de la professió.
- Al ser el sou de la infermera un complement a la economia de la llar, arriba un moment que la dona ja li està bé el que fa i no aspira a gaire cosa més, ni a nivell personal ni a nivell del col·lectiu professional.

Quart objectiu: Posar de manifest l'opinió que els infermeres i infermeres tenen de la seva professió

Caracterització de la professió

El col·lectiu d'infermeria coincideix en afirmar que és una professió socialment necessària però amb un paper secundari dins les professions de la salut. Destaca la seva penositat laboral vinculada al sou, als horaris, al calendari de treball i a la precarietat contractual. La infermeria se sent pressionada per l'entorn sanitari i social, per l'usuari que cada vegada és més exigent, i pateix les repercussions dels constants canvis del sistema sanitari. Es considera una professió desgastada constituïda per professionals desmotivats.

És una professió que compte amb un alt component vocacional i que implica molts problemes de conciliació familiar. Segons els professionals, la raó principal d'escollir-la ha estat la vocació (55%), seguida de les ganes d'ajudar als altres (29,4%).

La infermeria, orientada a la dona per raons de gènere, perpetua el seu rol social de cuidadora i reproductora exportat a la feina. Té un estatus inferior al mèdic i presenta encara dependència dels professionals de la medicina.

Les i les professionals opinen que la feminització ha fet perdre poder a la infermeria, i els sentiments d'altruïsmes i de servei no han fet progressar les reivindicacions del col·lectiu, que careix de consciència de grup i corporativisme.

Segons el col·lectiu, la professió ha de prendre consciència de la seva identitat i independència i el primer pas a donar és aconseguir que la infermeria ho interioritzi i ho manifesti en la realitat assistencial diària.

Els infermers puntualitzen que és una professió que discrimina als homes i que el fet d'englobar rols molt diferenciats la fa poc coneguda pels usuaris.

Professió diferent de les altres

En general, s'opina que és una professió diferent de les altres (70,6%), bàsicament, perquè es treballa, constantment, amb i per a persones que pateixen un problema de salut i que estan en una situació d'indefensió sostinguda (51,3%), també per la seva vessant humanitària (30,4%) i per la seva responsabilitat

(18,3%). L'atenció a les persones implica una dedicació continuada que es perllonga les 24 hores, tots els dies de l'any, i que requereix molta responsabilitat, formació i compromís.

Un altre aspecte que marca la diferència entre professions és el pes que en ella tenen els rols de gènere. La societat la contempla, encara, com una professió femenina; perquè la seva funció està molt vinculada al rol que té adjudicat la dona. Als ciutadans els costa veure a la infermera com a una professional, la consideren la cuidadora, l'ajudant del metge.

Els infermers, per la seva banda, pateixen també una discriminació provinent de la marcada separació del rol masculí del rol femení.

La idea del "home cuidador" no acaba de ser ben entesa i acceptada, tant per la societat en general, com per malalts, familiars, metges i, a vegades, per les mateixes infermeres.

Els infermers es troben que s'han d'identificar sovint davant del malalt i acompanyants, explicant quina és la seva tasca, del contrari els confonen o bé amb un metge o bé amb un zelador.

Algunes empreses sanitàries no els volen donar feina, ni tant sols els posen a prova, prefereixen infermeres, pel fet de ser dones.

En alguna ocasió han de suportar la quarantena que els posen algunes companyes de treball, sobretot els primers dies d'estar a la feina; han de demostrar que fan la ben feta i amb igual dedicació que la faria una dona/cuidadora.

La societat valora al infermer com a professional quan adopta un rol que culturalment respon al patró masculí: practicant (posar injeccions, cirurgia menor...), zelador, metge, serveis especials: RX, laboratori, fisioterapeuta, cures de trauma, ajudant de quiròfan, etc., però el rol purament de cuidador de malalts no és gaire ben vist.

És evident que el fet que infermeria sigui una professió integrada majoritàriament per dones i que la societat encara no s'ha pogut despendre de la figura única de dona/cuidadora, fa que els infermers tinguin dificultats a l'hora de ser reconeguts professionalment.

La professió d'infermeria en el context actual

El col·lectiu d'infermeria té una visió positiva de la professió i manifesta que cada dia sembla estar més reconeguda i respectada però encara li manca especialització, estudis superiors i més reconeixement professional. Considera, també, que està en situació de canvi però que aquest es materialitza molt lentament.

Les condicions laborals han empitjorat i la infermeria se sent pressionada pels usuaris i delimitada tant pels professionals de la medicina com pels auxiliars de clínica que generen intrusisme professional. La infravaloració per part del col·lectiu

mèdic, sobre tot a l'àmbit hospitalari, les institucions i de la mateixa societat són aspectes que els professionals tenen molt presents. És una professió que s'autoanomena resignada i que manifesta el desacord amb la poca autonomia que se li atorga, amb la reduïda projecció científica, amb les minses possibilitats d'opinar, de decidir i créixer com a professió.

Els infermers i infermeres verbalitzen que veuen la infermeria més necessària que mai però la valoració que en fa la societat no és com professionals sinó com cuidadors/es. Tanmateix afirmen que la dissociació entre la teoria i la pràctica, provoca, en els professionals, una progressiva manca de motivació.

Les responsabilitats professionals

Els i les professionals opinen que fer d'infermer/a comporta moltes responsabilitats que sovint semblen passar desapercebudes o són poc reconegudes per a la majoria de la societat.

La infermeria manifesta la seva disconformitat amb l'assignació de responsabilitats que no pertocuen al col·lectiu i que provenen, normalment, de l'estament mèdic. Alguns professionals manifesten que són les pròpies dels estudis universitaris però en canvi altres opinen que no estan ben definides o que se'n tenen més de les que es poden assumir.

Desenvolupar el potencial professional

La opinió més estesa en el col·lectiu professional és que aquest no ha desenvolupat el potencial professional (90,9%) i només el 4,9% considera que sí. Els arguments que recolzen l'opinió majoritària estan en la línia de que la falta d'autonomia professional comporta que alguns professionals evitin fer algunes determinades accions per por a fer un mal ús de les responsabilitats competencials. La manca de temps dins de l'àmbit professional, justificada per la pressió assistencial, i fora, vinculada a les tasques domèstiques i tenir cura dels familiars dependents, també incideix en el desenvolupament global dels professionals.

El govern, juntament amb la influència mèdica, no ha permès el desenvolupament integral dels estudis i de la professió. S'han tancat les portes a les especialitats, i la infermeria, per la seva limitada trajectòria acadèmica, ha de fer nombrosos cursos d'especialització i post-graus que no han deixat créixer, en conjunt, a la professió.

Els professionals de la infermeria creuen que s'ha de millorar la seva projecció social i que es pot fer augmentant la implicació professional, deixant de banda el conformisme, la infravaloració com a col·lectiu i treballant com a professionals diferenciats dels metges. També cal aprofundir més en els aspectes autònoms com l'educació per a la salut, la recerca, la quantificació i avaluació del producte infermer, aspectes difícils de dur a terme, especialment en els hospitals.

Els professionals que conformen la infermeria tenen nivells d'estudis diferents dins la titulació això també influeix en la manera d'entendre el rol professional, en la voluntat de compromís i en la responsabilitat. És, per això, que manifesten que cal una bona definició estratègica de projecció professional i pensen que, per arribar a un total desenvolupament professional, han de creure més en sí mateixos, agafar més responsabilitats, aconseguir tenir un llenguatge comú, posar en pràctica aquelles funcions que són exclusives d'infermeria, desenvolupar la investigació i la ciència.

La dependència del metge afavoreix que el rol autònom sigui poc reconegut i tingui poc contingut. És important la sensació d'estancament professional i de rutina en el marc d'un col·lectiu poc corporatiu, disseminat i amb poca consciència de grup. Malgrat la titulació universitària, fins fa poc temps, en molts àmbits, la infermeria no estava reconeguda com a professional.

Cinquè objectiu: Conèixer si estan *satisfets* de pertànyer al col·lectiu professional

Satisfacció amb la professió

El grup de professionals està satisfet (79%) amb la seva professió perquè és la que han escollit, els hi agrada, permet guanyar-se la vida i el fet de poder ajudar als demès els hi comporta realització personal i professional. La sensació de sentir-se útil i portar a terme una tasca que té un important component social, genera satisfacció. És un treball que no té límits d'actuació. La satisfacció és més elevada en les franjes d'edat que van dels 20 als 30 anys (40,4%) que en les de 41 a 50 anys (31,6%).

El descontent (14,7%) l'argumenten en quatre eixos: l'excés de feina, la gran responsabilitat que comporta tenir cura de malalts sota una important pressió assistencial, el component salarial i l'escàs reconeixement professional. El grup més insatisfet és el d'edats compreses entre els 41 i 50 anys (38,5%).

Satisfacció amb el col·lectiu d'infermeria

L'opinió positiva (82,5%) s'articula a través de considerar el col·lectiu d'infermeria amb molta capacitat de treball, esperit de servei, solidari, poseidor de qualitats humanes i vocacionals molt útils per a la societat, sentiment de pertanyença a un col·lectiu dinàmic i inquiet, que lluita pels seus interessos i que auto promou la formació.

La insatisfacció (11,9%) s'argumenta mitjançant el sentiment de no haver-hi col·lectiu, de no estar prou cohesionat o motivat i de tenir objectius molt diversos. Els professionals es senten sols i amb gran responsabilitats. Manifesten haver poca capacitat per dur a terme les competències que són exclusives així com la dificultat de reivindicar i donar una projecció professional diferent capaç de captar el reconeixement social.

Raons per seguir treballant d'infermer/a

La vocació, la satisfacció de les relacions humanes i personals, i el fet que la professió agrada són les respostes més donades per les persones informadores. També manifesten el desig de canviar però la dificultat de fer-ho es vincula a aspectes econòmics, a la por al canvi i al fet de tenir l'hàbit totalment integrat.

Tornar a estudiar infermeria

Els professionals (27,3%), si poguéssin tornar a escollir, no farien infermeria pel poc reconeixement social implícit a la professió, per la penositat laboral que implica, per raons econòmiques, pel fet de dur a terme una feina molt poc autònoma i per aconseguir millorar la conciliació familiar.

Altres professionals (64,3%) tornarien a escollir-la però dedicant-se a altres àmbits de treball, si hagués millora de les condicions laborals, sempre que existís vocació o identificació amb la feina que es porta a terme.

Recomanar estudiar infermeria

Les argumentacions negatives (27,3%) es fonamenten en que és una professió infravalorada per la responsabilitat que té. Compte amb poc reconeixement i autonomia i alta penositat laboral. Consideren que està mal pagada, és poc flexible (conciliació de la vida familiar amb el horaris, dies de treball) i que provoca estrès emocional vinculat a les dificultats de relació social que arriba a generar.

Opinen que la infermeria pot arribar a desaparèixer degut a l'intrusisme professional perquè està en mig de dos professionals: el metge i l'auxiliar que van agafant progressivament tasques de la infermera.

Hi ha diplomatures millor retribuïdes i més compatibles amb la vida familiar que fan poc atractiva a la infermeria.

És una professió en la que es necessita molts anys per assolir una posició laboral estable.

Els professionals aconsellarien (50,3%) només fer d'infermera si la persona li agrada o si té vocació ja que és una feina gratificant i enriquidora que dóna satisfacció personal i professional, sobre tot en l'àmbit d'atenció comunitària en el que el professional gaudís de molta més autonomia.

Sisè objectiu: Saber si perceben reconeixement professional a nivell social, institucional i dels professionals de la medicina

Mateix nivell de reconeixement que d'altres professions amb titulació acadèmica similar

El 82% opinen que la infermeria no té el mateix nivell de reconeixement que d'altres professions amb titulació acadèmica similar. Les causes avarquen el desconeixement que la societat té de les funcions de la professió, el component vocacional que justifica la baixa remuneració econòmica, el rol d'executar ordres mèdiques la supedita a un sistema jeràrquic que en altres diplomatures no es manifesta tant clarament, per exemple en altres diplomatures sanitàries com ara fisioteràpia, els usuaris veuen el seu professional com un metge. La valoració del reconeixement social és baixa (50,3%).

També predomina la idea de que la infermeria per cuidar no necessita preparació i les seves mateixes funcions no estan reconegudes com a una professió independent, a nivell social. Encara hi ha gent que no sap que infermeria és una diplomatura, o que s'ha d'anar a la universitat per estudiar-la. Per la societat infermeres i auxiliars són el mateix, ambdues professionals són dones que cuiden. Hi ha professionals que pensen que l'administració no se'n ha cuidat de la professió, però alhora es culpabilitzen de no haver sabut defensar la professió bàsicament per ser un col·lectiu "acostumat a rebre i a reivindicar poc".

Els usuaris diferencien els diferents professionals de la salut dels infermers/infermeres

Els informadors (61,5%), infermers i infermeres, opinen que els usuaris de la sanitat només saben diferenciar als metges d'entre els professionals de la salut i que la resta tothom serveix per cuidar. També és molt comú englobar a les infermeres i a les auxiliars en una sola categoria professional. Per il·lustrar aquest aspecte creiem oportú aportar alguns comentaris dels professionals com: "L'usuari confon a tothom que va de blanc i més si és dona", "A nivell popular, la persona que "acompanya" la figura del metge és "una infermera", sigui infermera, administrativa o la dona del metge, els hi és igual", "Qualsevol dona amb bata blanca en qualsevol consulta i que doni hora és considerada infermera", "En un hospital tothom que s'acosta, si és dona, és infermera, inclòs les secretàries a consultes externes".

Les persones informadores pensen que això és degut a un important desconeixement de la professió. L'usuari percep la dependència que tenen els professionals infermers dels metges i encara s'amplia la confusió.

Els i les professionals que opinen que els usuaris saben diferenciar als professionals de la salut (32,2%) argumenten que aquests són els que tenen més clar "l'escala jeràrquica" del món sanitari. Tanmateix afirmen que identifiquen perfectament els que els cuiden les 24 hores del dia els 365 dies de l'any però que no es confia en la infermeria, sempre les coses les ha de corroborar un metge.

Sentir-se reconegut/da per l'usuari

Alguns dels professionals d'infermeria no es senten reconeguts per l'usuari (18,2%) perquè aquest desconeix la seva feina, i els veu en un pla no paral·lel al del metge, professional que els informa, els recepta el tractament i sovint els deriva cap a infermeria.

Els que manifesten reconeixement (70,6%) argumenten que és degut al paper que fa la infermera de mediatra entre l'usuari i el metge, per les mostres d'agraïment i confiança rebudes, i que els usuaris valoren la feina que fa infermeria malgrat encara la vegin dependent del metge.

Reconeixement institucional

Els i les infermeres creuen que les institucions veuen a la infermeria com una mà d'obra necessària per a atendre els pacients, en molts pocs moments la veuen com un professional que desenvolupa una feina molt específica i que, al mateix temps, té coneixements suficients per a oferir una amplíssima cartera de serveis. Afirment que això queda molt palès en l'absentisme professional. Quan un o una professional no pot anar a treballar, per qualsevol raó, l'empresa pot deixar el lloc descobert, a vegades durant uns dies, o bé hi pot assignar una diplomada que sovint desconeix totalment el lloc de treball i els malats dels que se'n responsabilitza.

La infermeria es vista per les institucions com un col·lectiu, que pel seu volum i la condició femenina, genera problemes econòmics ja que té incidència en els costos de l'assistència, en les absències maternals, de salut i laborals vinculades, aquestes darreres, al rol de cuidadora en l'àmbit domèstic, i en l'aplicació de mesures de conciliació familiar.

Apunten que les repercussions reivindicatives de la infermeria a nivell institucional, pel component humanitari i de responsabilitat que implica l'assistència a pacients, han tingut sempre molta feblesa. Tanmateix pensen que pertanyen a un col·lectiu molt col·laborador que mai ha presentat problemes. Aquests fets han perjudicat el reconeixement institucional envers els professionals.

Reconeixement dels professionals de la medicina

Els i les informadores que es senten reconeguts pels professionals de la medicina (46,9%) manifesten és pel fet que poden prendre decisions, perceben que les seves opinions compten i que els metges i les metgesses coneixen i respecten les competències de la infermeria.

Els que no s'hi senten (35%) comenten que en el col·lectiu metge segueix perdurant la creença de la subordinació o dependència professional, infravaloren la feina de la infermeria, no accepten les opinions o suggerències i la majoria dels professionals mèdics sols tenen interès en que se'ls hi resolguin els problemes institucionals o individuals.

El col·lectiu metge és un col·lectiu masculista que mostra actituds de prepotència i superioritat envers la infermeria. Encara no consideren als infermers/es companys sinó ajudants i donen més importància a les tasques delegades que a les pròpies. Els metges pensen que la seva feina és la més important, la d'infermeria és només de suport.

Setè objectiu: Esbrinar si els mateixos professionals d'infermeria consideren vocacional la seva professió

La opinió general és que la infermeria és una professió vocacional (70%). Les professionals més joves situades en la franja d'edat d'entre 20 i 25 anys són les que la consideren menys (17.2%), mentres que el percentatge més alt l'aporten les edats compreses entre 51 i més de 56 anys (38,2%), seguides per les de 51 a 55 i 46 i 50 respectivament (32% i 30.7%). La vocació és un ingredient necessari per a treballar d'infermer/a. Potser que al moment d'escollir la carrera també es valorin altres factors i no es tingui en compte la vocació, però a mida que es va coneixent la realitat laboral queda palés que és necessari tenir-ne per poder continuar amb una feina d'aquest tipus. De totes maneres s'insisteix que l'ingredient més important és la professionalitat.

La majoria coincideix que la vocació, en la professió d'infermeria, està força relacionada amb el rol de la dona, el de cuidadora (79,4%).

Cuidadora a casa i cuidadora a l'hospital, dues tasques que per qüestions culturals i de gènere pot confondre a la infermera, i també pot desdibuixar el límit entre fer una feina per vocació i/o fer-la per professionalitat.

El 67,8% considera que la vocació li ha permès desenvolupar la professió, mentre que el 15,4% considera que no és així.

Vuitè objectiu: Identificar quin pes té la vocació a l'hora d'escollir la professió infermera i si es considerada com un element que facilita la permanència del professional en el desenvolupament de la tasca laboral.

Pes de la vocació a l'escollir la professió

La presència de vocació és un element important en l'elecció de la professió infermer/a (69,2%) i l'etapa vital en la que solen aperèixer els primers indicis de vocació és l'adolescència (43,4%). Els motius de la seva aparició són diversos però bàsicament estan relacionats a una determinada vivència (33,1%) i a tenir algun referent familiar (2%).

La vocació és prevalent i es manté constant entre les infermeres (81.1%) amb independència de l'edat i dels anys d'exercici professional, però varia en els infermers (34.7%).

Els més joves tenen clar que han escollit infermeria purament per vocació. La confirmen pel fet d'haver de suportar molts inconvenients: els derivats de la pròpia naturalesa de la professió d'infermeria (horaris, dedicació, implicació personal, etc) i els propis d'haver de representar un rol (home-cuidador) que la societat encara no té gens clar. La gran dificultat que tenen és la de ser identificats, entesos i acceptats tant per el malalt, com per els familiars, per l'empresa, pels metges i a vegades per les mateixes companyes de treball.

Els més grans, al voltant o més de 50 anys, ja ho veuen diferent i l'elecció de la professió respón a altres motivacions. La dificultat per fer Medicina, en algun cas, predisposava escollir infermeria com alternativa i, si havia vocació, era per exercir la infermeria però com a practicant de poble o d'empresa, fent una feina més propera i semblant a la del metge, o orientant la ubicació final als serveis especials del hospitals i així, evitar els llocs d'hospitalització on s'hagués de tenir cura del malalt enllitat.

La vocació imprescindible per fer d'infermer/a

Opinen que la vocació (69,9%) és molt important en totes les feines però més en sanitat i ensenyament ja que ajuda a superar les situacions difícils de naturalesa emocional que no les pot pagar un salari. La infermeria, pel seu tracte amb persones malaltes, requereix una identificació i implicació ja des de l'inici de la pràctica professional.

La vocació (25,2%) no és necessària per fer d'infermera el que és realment important és tenir les qualitats adequades a la professió que vols desenvolupar.

La vocació element de permanència del professional en la infermeria

La vocació és un element de permanència professional necessari per a neutralitzar aspectes negatius vinculats a la professió com ara la precarietat laboral, el diferent reconeixement respecte a altres diplomatures i el treballar amb persones malaltes. Tanmateix, estimula, motiva i permet superar la sobrecàrrega de treball físic i psíquic, altrament no compensat mitjançant mecanismes institucionals.

Els professionals que no comparteixen l'element vocacional manifesten que els factors de permanència són, principalment, la realització personal (40,6%), i l'interès d'ajudar als altres (34,3%).

Raons d'escollir la professió d'infermeria en absència de vocació

Bàsicament el tipus d'estudis o sigui una carrera curta que permet guanyar-se la vida i situada en l'àmbit de les ciències mèdiques o socials.

Novè objectiu: Establir els *valors* que creuen que la societat hi veu en la seva professió i els que ells mateixos consideren que han de tenir per ser uns bons professionals.

Valors de la societat

Consideren vocacionals (84,6%) els valors que la societat veu en els professionals i creuen que corresponen a qualitats humanes molt vinculades, per una banda, al fet de treballar amb i per a persones, i, per altra, a l'estereotipació de la infermeria. Qualitats, suposadament, femenines, com ara la sensibilitat, la intuïció, l'amabilitat,

el lliurar-se als demés, l'habilitat en les relacions humanes i en el cuidar, la paciència, la persistència, el saber fer companyia, el saber estar, la confidencialitat i la paciència conformen el conjunt de recursos necessaris per a tenir cura de les persones. Aquesta argumentació la sostenen aquells/es professionals que creuen que la dona té quelcom especial per cuidar (60,2%).

Afirmen que les dones cuiden millor perquè són més delicades, dolces, tendres i responsables i tenen uns trets característics que les diferencien dels homes, com ara l'*instint* de cuidar, desproveït de ganes de manar, i la *visió global* que té la dona i de la que no disposa l'home, que sovint, parcialitza l'atenció.

Argumenten que l'educació femenina rebuda des de la infantesa ha propiciat que les dones es considerin bones cuidadores. Les qüestions culturals hi tenen un pes important i és per això que els usuaris encara pensen que l'home infermer els aplicarà millor els coneixements, però que una dona infermera els tractarà millor, especialment en l'àmbit de les cures bàsiques. La gent té més confiança amb una infermera, pot ser per l'associació amb la figura materna. El tenir cura, en les dones, és una qualitat innata.

Valors dels professionals

Aquests valors s'aparten dels socials perquè els modela la mirada professional. Així ens trobem amb la responsabilitat, la capacitat de treball, la visió holística del malalt, la comunicació, la empatia, la dependència, la confiança, la mediació, l'accessibilitat, la pragmàtica, la capacitat d'entrega, l'esperit de servei, la concentració "es toquen moltes tecles i molt vitals", l'organització "et donen moltes ordres i moltes indicacions", la prioritització, la capacitat de reacció en situacions d'urgència, l'observació i la visió empírica.

El valor més destacat per part de les infermeres de la seva professió és l'accessibilitat (60,2%) i per part dels infermers, la prioritització (44,3%).

Projecció professional dels valors

Molts professionals pensen que els valors que la societat veu en la infermeria argumenten la preferència de l'usuari de ser cuidat per una infermera, però, alguns pensen que a aquest li és indiferent qui el cuidi (37,8%) i verbalitzen que el que realment vol és que l'atenguin bé amb independència del sexe, malgrat estar acostumat a que ho faci una infermera. El que es valora és la qualitat de l'atenció.

Els que creuen que els pacients prefereixen que els atengui una infermera (58,7%) consideren que es degut al pes de la tradició. Els usuaris estan acostumats a que els cuidin les dones que, amb les seves qualitats, saben donar el confort necessari i el tracte es percep diferent.

Segons la visió social i històrica de la professió, la infermeria és una professió de dones i per això la societat encara l'estereotipa. Sovint, els usuaris es pensen que els infermers són metges, i les metgesses infermeres perquè associen la infermeria amb la dona i la medicina amb l'home.

Els que consideren que la dona no és diferent de l'home (39%) per tenir cura es fonamenten en que fer bé la feina depèn de la persona no del sexe, que l'home pot ser igual de sensible que la dona, que també els hi agrada i que amb vocació es pot cuidar bé als pacients. Tot depèn del caràcter, de la voluntat i del sentiment de responsabilitat individual.

Desè objectiu: Saber què pensen els professionals d'infermeria sobre les repercussions que ha tingut, per la seva professió, el fet de ser majoritàriament femenina.

Professió majoritàriament de dones

El 65,7% del total d'enquestats considera que la professió d'infermeria és majoritàriament femenina per tradició de gènere.

Les argumentacions aportades referents al fet de ser una professió majoritàriament de dones responen, per una banda, a la condició innata de l'instint de cuidar i a la possessió de qualitats específiques de la dona, que ella sap gestionar millor o hi està més avessada, com ara la paciència, la sensibilitat, i el saber educar, orientar i escoltar amb seguretat i delicadesa. Els homes tenen poc desenvolupat el sentit de cuidar i prefereixen ser cuidats. Per altra banda, també sorgeixen raons socio-econòmiques com ara el sou i les poques possibilitats de promoció.

Històricament, ha estat una "tasca femenina" i aquest element està inclòs dins els valors de la nostra societat. La societat veu millor que cuidin les dones i aquestes han naturalitzat que els agrada més cuidar i que ho fan millor que els homes. No els ha importat estar en un segon terme. Les dones semblen ser més vocacionals en vers els malalts i el seu entorn.

La presència tant baixa d'homes en la professió és el resultat de que els mateixos nois, a l'hora de prendre la decisió, la veuen molt dirigida a les dones. "L'art del cuidar" l'han tingut sempre les dones.

Repercussions de la feminitat en la professió

Les raons per les que es pensa que la feminitat de la professió ha influït molt en ella, són que s'ha reproduït el rol de la dona cuidadora en l'àmbit professional, això ha ocasionat que la infermeria perdés identitat professional, i que arribés a confondre's dins del propi àmbit laboral. També, la feminitat ha ajudat a construir una professió infravaloritzada tant en aspectes econòmics com de reconeixement. Des de l'antiguitat la dona assumeix el rol de cuidadora i li agrada. El tenir cura és femení i per lo tant no és important.

La percepció de les infermeres és que encara la societat és molt masculista i això comporta que les dones estiguin menys valorades, que existeixi discriminació ja que s'ha de tenir en compte que la majoria dels responsables institucionals són

homes; que els metges no vulguin perdre el poder i que les infermeres han estat poc reivindicatives alhora de defensar el seu espai professional.

La infermeria carrega amb l'estereotip cultural atorgat a la dona que li genera tenir altres tasques a banda del treball remunerat, donar un diferent pes a la família que a la feina i legitimar la capacitat inherent a cuidar.

Les aportacions de les infermeres, dibuixen, per la seva condició de dones, un seguit d'elements d'estereotipació: "Les dones tenim més paciència i sentit del deure", "Les dones som més submises, parlem molt però no actuem per escrit"

El col·lectiu pensa que l'administració no s'ha pres mai en serio la professió, ni els seus problemes laborals i professionals, segurament per una raó sexista, pel fet de la dependència mèdica i perquè les tasques de cuidar estan menys reconegudes. Les infermeres no tenen transcendència en l'àmbit sanitari on el que genera la productivitat és el metge.

La feminització ha enlentit l'evolució de la professió, de fet els col·lectius en els que aquesta és prevalent són els que tenen una participació social menor, estan pitjor remunerats i no prosperen tant.

Les infermeres opinen que si fos una professió majoritàriament masculina tindria un altre reconeixement i consideració.

La conciliació familiar

A la dona, des de sempre, la societat li ha adjudicat el rol de reproductora i cuidadora de tots els membres de la família, aquesta feina juntament amb la del manteniment i funcionament del espai domèstic, ocupa gran part del temps de les dones. És per això, que resulta molt difícil compaginar-la amb la feina professional com no sigui en detriment de la salut, del temps lliure, de la promoció professional, de les aficions o de les idees personals.

Les dones, al incorporar-se al món laboral, han aconseguit més autonomia, sobretot econòmica, i el reconeixement potencial de les seves aptituds i professionalitat, a part de les pròpies de la tasca domèstica. Però també això les hi ocasiona noves dificultats i problemes. Queda molt camí a fer, falta molta educació ja des de la infantesa, per a que canviïn els rols home/dona o millor dit que es dilueixin un amb l'altre, per a que desapareguin aquestes diferències tant marcades.

Per la professió d'infermeria serà difícil que la societat, a vegades per culpa de les mateixes dones, la contempli com una professió plena, desvinculada del rol de la dona cuidadora. També que les mateixes dones, les infermeres, puguin viure la professió lliure de rol femení i disposar de més temps per promocionar-se i per gaudir de la conciliació familiar.

La majoria de les infermeres tenen una implicació total en les tasques familiars i tenen cura de persones amb dependència (51,7%), especialment de nens (44,8%) i avis (41,3%).

Hi ha una diferència clara entre els homes i les dones d'infermeria en quant a la consideració que compaginar la feina remunerada amb la domèstica genera problemes, pels primers representa un 56,6% mentre que per les segones un 87,1%.

Els infermers es manifesten partidaris de la igualtat i alliberament de la dona, són conscients de que, en algunes professionals, aquesta dualitat de treball incideix en la manca de concentració en vers la feina laboral remunerada, però no hi ha una clara implicació en el tema.

Els també afirmen que fan alguna feina domèstica però a la mida de les seves forces: s'agafen el temps necessari, descansen sortint del treball, dormen les hores necessàries...i que aquells que fan o han fet altres feines, remunerades o no, a part de la pròpiament professional, els hi ha ocupat, gairebé sempre, gran part del dia i tampoc s'han pogut implicar a casa.

Es podria dir que les mesures de conciliació familiar són enormement desconegudes per part de tots els informants. Les generacions més joves de dones semblen que en coneixen algunes però la justificació al fet que no hi ha una solució eficaç i dràstica, la vinculen a la necessitat de que hi ha hagi un canvi social i cultural en relació a com més veu i es considera la dona.

Els homes informants tenen una clara tendència a minimitzar la importància que aquest significa pel desenvolupament de la dona i tenen clar que aquest paper dual ella l'ha de continuar fent.

Onzè objectiu: Detectar la incorporació de l'home en la infermeria en els darrers anys i si incideix en la distribució diferenciada dels llocs de treball en la mateixa estructura d'infermeria, principalment en l'atenció hospitalària.

Presència de l'home en la professió

Per analitzar la presència de l'home en la professió infermera comptem amb la informació aportada pels Col·legis de Diplomats d'Infermeria de tot el territori espanyol. Les dades estan diferenciades per sexe i per distribució geogràfica, províncies i comunitats autònomes (Annex 8).

Taula 5: Percentatge d'infermers col·legiats a Catalunya

	1999	2000	2001	2002	2003
Barcelona	13,6	13,2	31,1	12,9	12,8
Girona	8,7	8,6	8,8	9	9,4
Lleida	10,2	10,3	11,2	11,3	9,5
Tarragona	10,6	10,9	10,1	10	10,3

Si comparem les dades proporcionades pels col·legis professionals podem veure que, en cinc anys, els percentatges d'infermers col·legiats a Catalunya ha disminuït

en totes les províncies catalanes una mitjana de 0,6% menys a Girona que ha augmentat un 0,7%.

Taula 6: Percentatge d'infermers col·legiats a Espanya per comunitats autònomes

	1999	2000	2001	2002	2003
Andalusia	30,6	32,2	29,4	29,3	28,2
Aragó	14,3	15,8	15	15	15,4
Astúries	18	18,3	18,1	17,9	17,4
Illes Balears	10,5	10,8	34,1	37	10,8
Illes Canàries	23,3	23,1	23,5	23,9	23,9
Cantàbria	11,7	15,4	15,2	15,5	14,9
Castella Lleó	18,7	17,2	19,4	19,4	18
Castella	18,2	18,1	17,47	17,6	19,2
La Manxa					
Catalunya	12,9	12,6	12,5	12,3	10,5
Comunitat Valenciana	23,1	22,8	24,2	24,5	23,6
Extremadura	24,6	24,2	23,6	23,4	23
Galícia	17,6	17,7	17,5	17,3	13,4
Madrid	18,2	18,1	17,8	17,4	17,1
Múrcia	41,4	40,4	40,3	40,4	40,4
Navarra	4,5	4,7	4	3,9	5,3
Euskadi	10,6	9,3	9,7	10,6	9,2
Rioja	7,6	7,9	8,6	8,6	8,5
Ceuta Melilla	20,9	26,9	25,5	25,4	20,9

La mitjana de Catalunya referent a l'any 2003 seria d'un 10,5%. La mitjana espanyola, del mateix any és de 18%. A Espanya podem veure percentatges molt diferents i que criden l'atenció per la franja d'amplitud que va des 5.34% de Navarra fins el 40.4% de Múrcia que és el percentatge més elevat.

Si analitzem els percentatges de col·legiació en cada comunitat autònoma per minimitzar les grans diferències existents veiem que la fluctuació en els darrers cinc anys no és massa important fet que ens porta a pensar que la presència de l'home en la professió és manté bastant regular en el temps i que s'acosta al percentatge referenciat en les fonts bibliogràfiques, aproximadament un 20%.

Distribució diferenciada dels llocs de treball

Per saber si la presència de l'home en la infermeria afecta a la distribució dels llocs de treball i apareix la tendència a ocupar llocs de perfil més tecnificats i allunyats de l'assistència directa al pacient, cures bàsiques, hem preguntat el número total d'infermeres, el d'infermers i el número d'aquests que treballen en serveis especials (cures intensives, diàlisi, quiròfan reanimació, rehabilitació, radiodiagnòstic, resonància magnètica i proves funcionals) a 72 centres assistencials de la Regió Sanitària Girona: 48 centres d'atenció primària, 7 centres sòciosanitaris, 5 clíniques, 11 hospitals comarcals i locals, 1 hospital de referència (Annex 8).

Taula 7: Distribució àmbits de treball d'infermeria

Àmbit de treball	Infermeres	Infermers	Infermers serveis especials
Atenció primària	406	41	5 (1,2%)
Atenció hospitalària	1.254	73	38 (52%)
Atenció sociosanitària	50	7	0

Serveis especials (cures intensives, diàlisi, quiròfan reanimació, rehabilitació, radiodiagnòstic, resonància magnètica i proves funcionals).

Es pot apreciar en la Taula 3 que en l'àmbit d'atenció primària de les 406 infermers que hi treballen, no n'hi ha cap que realitzi tasques en serveis especials, tots els llocs d'aquestes característiques estan ocupats per infermers. El percentatge és petit (1,2%) perquè també és poc el desplegament de serveis tècnicament diferenciats en aquest àmbit on les tasques adreçades a la comunitat són molt homogènies.

La major diferència la podem observar en l'atenció hospitalària on la diversificació de serveis i la tecnologia estan més desenvolupades. Així veiem que el percentatge d'infermers que treballen en serveis especials sobrepasa el 50% del total.

Els llocs d'infermeria més tecnificats s'ajusten millor al perfil de l'home infermer

Els professionals consideren que no és cert que els llocs d'infermeria més tecnificats s'ajustin més al perfil de l'home infermer (67,1%) perquè opinen que tots els diplomats tenen les mateixes aptituds i que l'habilitat tècnica és independent del sexe, només és una qüestió de capacitat.

Els que pensen que els homes s'ajusten millor a la vessant tècnica de la pràctica infermera (26,6%) ho motiven dient que aquests són, per naturalesa, més tècnics; que "Solen pensar més", "Són més de cap"; que sempre hi ha hagut una tendència

històrica en la designació d'aquests llocs, i que tenen tendència a ocupar-los perquè són més valorats. També s'argumenten aspectes que tenen a veure amb qualitats culturalment assignades com ara "No tenen paciència", "Els agrada fer", "No els agrada cuidar", "No tenen gaire traça en les relacions humanes, emotives", "Als homes no els hi agrada embrutir-se les mans", "Els és més fàcil tractar amb un aparell que amb una persona malalta".

Els infermers s'allunyen de les cures directes

La opinió general és que els infermers tenen tendència a allunyar-se de les cures directes i acaben dedicant-se a la docència, la gestió o treballant en serveis tècnics o de proves complementàries (52,4%).

Les infermeres consideren que els seus companys tenen la part cuidadora menys integrada, no els hi agrada el tracte directa amb el pacient dependent, i prioritzen més la vessant tècnica de la infermeria que la humana. Els infermers intenten evitar les cures bàsiques.

El tracte més directe amb el pacient és vist com a tasca femenina, i els mateixos usuaris han afavorit el desplaçament dels infermers especialment en el mitjà hospitalari.

Els homes infermers semblen estar millor reconeguts per la societat i pels professionals mèdics.

Dotzè objectiu: Determinar les repercussions professionals i socials originades, segons els mateixos professionals, pel treball conjunt bàsicament amb metges i què implica la presència, cada vegada més important, de metgesses en el món assistencial.

Repercussió social

El treballar tant de temps amb metges ha provocat que la societat vegi la infermeria com una professió de segona categoria amb poca valoració professional (65,7%): "Les infermeres som bones noies, amables i carinyoses", malgrat hi ha professionals que no ho consideren d'aquesta manera (25,9%).

La societat, sempre ha reconegut més la figura del metge, i es pensa, en general, que els homes metges saben més que les dones seguint el model de que normalment és l'home el que mana a la dona. La infermera treballa a les ordres del metge sense criteri independent. Les mateixes infermeres es veuen dependents i ajudants del metge i així ho han transmès a la societat. El propi col·lectiu, pel fet de ser femení, relega la professió a últim terme davant altres aspectes de la vida, al contrari que fan els homes.

El binomi home-metge és més valorat que el de dona-infermera. La gent veu als metges amb un respecte especial i els hi reconeixen tots els mèrits de guarir.

Els metges no han ajudat a que les infermeres/dones siguin més reconegudes com a professionals

El 85,3% dels informadors creuen que la societat veu la professió d'infermera com una professió dependent de la mèdica i només el 9,8% considera la considera una professió pròpia.

La societat no pot concebre la sanitat sense la figura mèdica i als usuaris els sembla que aquest és el que sap i el que dóna les ordres, les infermeres simplement obeïxen: "El metge és el *savi* i la infermera és *l'ajudant de l'home savi*". De fet, tradicionalment ha estat així i encara actualment prevalen les funcions interdependents per sobre de les pròpies. Les activitats autònomes només es prioritzen un 8,4% en l'activitat diària.

Els professionals pensen que la relació de dependència encara existeix i que molts professionals d'infermeria es senten còmodes amb ella perquè es més fàcil no prendre iniciatives i decisions. S'ha de tenir en compte que el resultat final del procés de malaltia el que s'avalua és l'èxit o el fracàs del metge que ha tractat al pacient i la infermeria només és quelcom complementari que participa en el procés.

Els informadors/es creuen que falta molt camí per reforçar la identitat professional. Ni les direccions d'infermeria, ni els col·legis professionals, ni els propis professionals han fet suficient per augmentar la professionalitat i l'autonomia del col·lectiu, malgrat aquesta sigui més evident en l'atenció primària.

A la infermeria li falta personalitat per a canviar la seva actitud de servilisme cap el metge, tant en la vessant personal com en la professional.

Les tasques pròpies no estan encara ben definides i els professionals hi veuen buits importants que poden generar denúncies legals.

Repercussions professionals

El 62,2% considera que treballar durant tants anys amb professionals homes de la medicina ha afectat al desenvolupament de la professió, mentre que el 37,8% considera que no és així.

Els que s'inclinen per pensar que no hi té res a veure assenyalen, com la causa del poc desenvolupament, la manca de formació i d'unitat del col·lectiu.

Els que hi veuen relació pensen que els metges no han deixat créixer la professió perquè sempre han vist la infermeria com una competidora a tenir en compte. Han impedit que la professió avancés en coneixements, investigació, i en el rol autònom.

Tanmateix, sovint han vist la infermeria com un estament situat jeràrquicament per sota, no com una professió independent que comparteix espai laboral i subjecte de treball.

Aquesta situació no es més que el reflexe d'una societat on històricament la figura de l'home estava per sobre de la dona, tant en el món del treball com en el particular.

Els professional d'infermeria, per la seva banda, s'han vist com dependents i ajudants del metge participant activament en la creació i la perpetuació d'aquest "servilisme" o subordinació i desenvolupant més el rol d'ajuda al professional mèdic que el rol propi.

Repercussions institucionals

Les institucions han estat i estan encara dirigides majoritàriament per homes. El servilisme expressat per la infermeria, al llarg de tants anys, ha caracteritzat una determinada manera de fer d'aquestes. Sempre s'han potenciat les facilitats de formació en el col·lectiu mèdic amb l'argumentació que ells no necessiten ser substituïts quan s'absenten per raons formatives o docents. També és una realitat, que els metges generen importants ingressos per la indústria farmacèutica que acaben incidint en l'economia de les institucions.

Al col·lectiu mèdic, que compta amb molt pes a nivell institucional i social, no li ha interessat mai que la infermeria tingués masses coneixements i pogués evolucionar fins a posar-se o apropar-se al seu nivell acadèmic. Perdre les avantatges que suposa gaudir del poder és sempre difícil.

Les institucions, que són el reflex del que pensa la societat i que sempre recorda la situació d'inferioritat de les infermeres, han fet més cas a les reivindicacions mèdiques que a les d'infermeria. Respondre a les reivindicacions d'aquesta, especialment les de progressió acadèmica (segon i tercer cicle), suposa una despesa econòmica important i, encara més, equiparar la seva categoria professional a la dels metges. Les institucions les manen titulars superiors que són homes i metges, i aquests sempre han lluitat pel seu col·lectiu mai pel d'infermeria. Les direccions d'infermeria, integrades per dones i infermeres, obeeixen i reivindiquen poc.

És evident que el pes cultural és molt fort i la infravaloració de la dona persisteix a tot arreu.

El 49% dels informadors considera que treballar amb metges ha afectat al reconeixement institucional de la infermeria, mentre que el 39,2% considera que no.

Treballar amb metges o metgesses

La incorporació de la dona a la medicina és molt ben valorada pel col·lectiu d'infermeria (65,7%) i no es manifesten problemes al respecte (41,3%). També es creu que aquest fet no suposa cap dificultat per a la professió mèdica (81,1%).

A molts informants (65,7%) els hi és indiferent treballar amb metges o metgesses. L'únic requisit que comenten és la competència i l'organització en el desenvolupament de la feina. Aquestes són qualitats que no van vinculades al sexe sinó a l'individu.

El treballar amb metges és l'opció menys volguda pels informadors (9,8%). Els partidaris d'aquesta opció opinen que la distància que es crea amb una persona de diferent sexe fa que hi hagi més respecte i això repercuteix positivament en la feina. També verbalitzen que és més fàcil el diàleg i arribar a acords amb els

metges que amb les metgesses i que és una situació, que per la trajectòria històrica, s'hi està més avessat.

Els que prefereixen compartir espai laboral amb les metgesses (20,3%) afirmen que el fet de ser dones promou l'entesa i la coordinació d'equip, predomina la pragmàtica, s'estimulen les relacions de confiança i amistat, i, al no haver-hi condicionants vinculats al sexe, la comunicació està més garantida, malgrat és cert que moltes dones metgesses es consideren "superiors" donada la seva professió i marquen aferrissadament la diferència de "classe".

Les metgesses tendeixen a ser més tolerants, negociadores i saben establir relacions d'igual a igual. Tanmateix, es relacionen millor amb la infermeria i amb l'usuari i saben tenir cura, a part de curar.

A nivell del treball dins l'equip assistencial, els professionals d'infermeria manifesten tenir algunes dificultats (68,5%) relacionades amb el desenvolupament de les tasques pròpies que costen ser compreses pels metges, amb el moment de contrastar les delegades, sobre tot quan hi ha punts de vista diferents, i quan apareixen problemes d'informació als pacients i familiars.

Un element determinant d'aquesta relació laboral és que quan sorgeix un assumpte assistencial que genera desacord el 79% de la infermeria en parla amb el metge; el 13,3% amb companys de treball i el 3,5% ho comunica a un comandament superior.

Tretzè objectiu: Constatar la presència d'intervencions concretes en l'àmbit del gènere en els *currículums formatius* actuals dels estudis d'infermeria.

Amb l'objectiu de conèixer l'existència de matèries vinculades amb el gènere en els currículums dels estudis d'infermeria, hem realitzat l'anàlisi dels diferents plans d'estudi de cada una de les universitats catalanes, cinc públiques i dues privades. Per a portar-ho a terme, hem utilitzat les resolucions del butlletí oficial de l'estat (BOE) que publiquen els plans d'estudi homologats per obtenir el títol de diplomad d'infermeria.

Cada universitat aprova els seus propis plans d'acord amb les directrius generals pròpies de cada titulació, i amb el decret 1497/1987 es fixa la càrrega lectiva global, amb un màxim i mínim de crèdits. Així, es determinen les assignatures obligatòries que hauran de cursar els estudiants i les assignatures optatives que, com indica el seu nom, poden escollir-se de les que ofereix la universitat en el pla d'estudis.

Universitats analitzades

- Universitat de Vic (Resolució del 28 de juny de 2001).
- Universitat de Lleida (Resolució del 15 de novembre de 2000).
- Universitat Rovira i Virgili (Resolució del 29 de juliol de 2002).
- Universitat de Girona (Resolució del 14 d'octubre de 1999).
- Universitat Autònoma de Barcelona (Resolució del 5 d'octubre de 2000).
- Universitat Ramón Llull (Resolució del 31 de juliol de 2003).

- Universitat de Barcelona (Resolució del 24 de juliol de 2000).

Una vegada efectuada l'anàlisi exhaustiu dels descriptors de les matèries troncales i de les assignatures optatives dels diferents plans s'ha evidenciat l'absència explícita de l'enfoc de gènere en aquests estudis.

Catorzè objectiu: Comparar les aportacions més significatives del col·lectiu mèdic i d'infermeria

A partir de les dades presentades en els apartats corresponents a cada col·lectiu professional, creiem adient estructurar la presentació de la seva comparació a través d'una taula que permeti visualitzar la síntesi dels punts més significatius.

Taula 8: Comparació de l'opinió dels professionals mèdics i d'infermeria

Punts claus	Professionals mèdics	Professionals infermeria
Professió diferent	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Per la responsabilitat i per tractar amb la vida de les persones ▪ Professió de servei 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Per la responsabilitat i per treballar amb i per persones malaltes ▪ Professió de servei
Elecció i permanència professional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raons vocacionals ▪ Realització personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raons vocacionals ▪ Realització personal ▪ Humanitàries
Reconeixement	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pèrdua de reconeixement social ▪ Reconeixement institucional ▪ Reconeixement individual de l'usuari ▪ Valoració professional mantinguda 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poc reconeixement social ▪ Reconeixement individual de l'usuari ▪ Reconeixement mèdic molt parcialitzat ▪ Diferent reconeixement que altres titulacions similars
Vocació	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professió vocacional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gran component vocacional
Implicacions de la professió pel professional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromís ▪ Formació constant ▪ Disponibilitat continuada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dedicació ▪ Implicació constant ▪ Visió holística de la persona
Valors segons la societat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vocacionals ▪ Coneixement ▪ Valor científic 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vocacional ▪ Vinculats a qualitats femenines: paciència, dolçor, simpatia
Valors segons el professional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empatia ▪ Coneixement ▪ Humanitari ▪ Responsabilitat ▪ Habilitat ▪ Confiança 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitat de treball ▪ Organització ▪ Comunicació ▪ Empatia ▪ Confiança ▪ Confidencialitat
Valoració personal de la professió	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Greuges econòmics comparats amb altres professions 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penositat professional vinculada a sou, horaris, vacances

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pressió institucional i de l'usuari (risc de denúncies) ▪ Professi3 que encara mant3 un estatus social i sobre tot dins les professions sanitaries ▪ Lideratge en la sanitat ▪ Fort corporativisme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professi3 desgastada per la desmotivaci3 dels professionals ▪ Professi3 poc coneguda i molt pressionada per l'entorn sanitari i social ▪ Professi3 que t3 un estatus inferior al m3dic ▪ El sentiment d'altruisme i de servei no ha fet progressar les reivindicacions del col·lectiu ▪ Professi3 totalment dependent del metge ▪ Paper secundari dins les professions de la salut ▪ Poc corporativisme
Feminitzaci3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporaci3 de valors femenins a l'atenci3 ▪ Risc de desvaloraci3 de la professi3 ▪ La dona s'incorpora al ser una professi3 mal pagada ▪ La devaluaci3 social de la professi3 afavoreix la incorporaci3 de la dona ▪ Canvi de dinàmica de l'equip multidisciplinar: metgessa/infermera 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La feminitzaci3 ha fet perdre poder a la infermeria ▪ Professi3 que perpetua el rol home/dona ▪ Depend3ncia de la professi3 m3dica ▪ El rol social de la dona cuidadora s'exporta a la feina ▪ Desenvolupament del rol aut3nom ▪ Manca d'identitat professional
Discriminaci3 de gènere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difer3ncies de tracte i consideraci3 a nivell institucional, dels metges, dels usuaris i d'algunes infermeres (comentaris de les metgesses) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professi3 orientada a la dona per raons de gènere ▪ Dificultats de progressi3 acadèmica, formativa i professional ▪ Dificultat d'acc3s a llocs de responsabilitat ▪ La infermeria discrimina als homes infermers
Conciliaci3 familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemes de conciliaci3 s3n m3s percebuts per les metgesses 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Professi3 que implica molts problemes de conciliaci3 familiar

Com indica la taula resum hi ha punts de coincid3ncia entre els dos col·lectius: el fet de considerar les seves professions diferents d'altres que tamb3 s3n de servei, per la responsabilitat que comporta treballar en l'àmbit de la salut; l'element vocacional com a factor important a l'hora d'escollir la opci3 professional i de perman3ncia; la pressi3 percebuda per part dels usuaris i de les institucions; les implicacions personals implícites; la discriminaci3 per raons de gènere; i els valors que s'associen a la professi3.

En la valoraci3 personal que en fan de la medicina i de la infermeria comencen a perfilar-se difer3ncies. Els membres del primer col·lectiu manifesten percebre una

certa pèrdua de reconeixement social malgrat encara la figura mèdica té un prestigi reconegut. Mantenen el lideratge en el món sanitari, el protagonisme en les institucions sanitàries i es senten en l'èlite de les professions de la salut.

La infermeria, en canvi creu tenir molt poc reconeixement social, institucional i mèdic. El reconeixement més interioritzat i estès és el del usuari com a individu.

La penositat de la professió infermera té molt més components (sou, horaris, vacances, conciliació) que la mèdica que l'argumenta bàsicament per l'aspecte econòmic i en la conciliació més explicitada per les metgesses.

Respecte a la feminització, per la infermeria ha comportat greuges importants per la professió i pels mateixos professionals. Professionalment ha incidit en la trajectòria acadèmica dels estudis; en l'accés a la formació, a la investigació, i a la promoció laboral; en la pròpia consideració de la identitat professional i en la percepció social de professió dependent de la mèdica. Pels professionals ha implicat traspasar el rol de dona cuidadora al terreny laboral remunerat.

La feminització per la medicina significa, per una banda, la incorporació de qualitats femenines en l'atenció al pacient que poden millorar la seva percepció i, per altra banda, un risc de desvalorització professional vinculada a la incorporació massiva de la dona.

Quinzè objectiu: Observar la transmissió de la identitat professional d'infermeria en els artefactes etnogràfics: *El LLIBRE BLANC de les professions sanitàries a Catalunya i La professió d'infermeria. Principis i línies estratègiques*

El LLIBRE BLANC de les professions sanitàries a Catalunya (Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya)

Presentació del document

El *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya* (LBPS) és un document promogut i gestionat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya que ha estat elaborat pels ciutadans, pels professionals de la salut, per les organitzacions sanitàries i per les associacions d'usuaris de la sanitat. La seva pretensió és la formulació d'un conjunt de propostes elaborades a partir d'una anàlisi de la realitat del sistema sanitari català i orientades a donar resposta als reptes de futur amb una perspectiva de mitjà i llarg termini.

Malgrat el document pretenia abordar els problemes relatius a les professions sanitàries per millorar la qualitat i la satisfacció de les necessitats i expectatives dels ciutadans més que proposar reformes destinades exclusivament als professionals, s'ha esdevingut un document etnogràfic que projecta la percepció que la societat té dels professionals de la salut, de la seva estratificació i la caracterització de les professions sanitàries subjectes del nostre estudi (Annex 7).

El document compte amb 9 apartats: La Introducció; El Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya: un procés transparent i participatiu; L'entorn; Els professionals de la salut a Catalunya; La percepció ciutadana; La percepció

dels professionals; Punts crítics i línies d'avenç; Les competències i el contracte social. Eixos estratègics i, finalment el de les Consideracions finals.

Comentari de les dades etnogràfiques

La lectura i anàlisi del document evidencia un enfoc molt orientat al pacient. Quan tracta de les professions sanitàries ho fa d'una manera tant general que no acaba de concretar aspectes específics importants, però això no dificulta la identificació de trets característics que ens són d'interès per a la investigació. És evident que predomina un caire mercantilista orientat cap a l'aspecte productiu dels professionals. Poques vegades queda palesa l'existència de la problemàtica professional relacionada amb el seu desenvolupament, amb la formació i amb el reconeixement intern i extern.

S'ha de tenir en compte que dins les professions sanitàries s'inclouen els següents professionals, enumerats seguint el mateix ordre del document: metges, farmacèutics, odontòlegs, psicòlegs clínics, biòlegs (sanitaris), infermeres, llevadores, dietistes i nutricionistes, fisioterapeutes, òptics i optometristes, podòlegs, protètics dentals i auxiliars d'infermeria. Suposem que aquesta ordenació respon a criteris de titulació acadèmica.

Tanmateix, quan es parla de professionals de la medicina s'adrecen al col·lectiu en masculí, de fet no surt mai el terme metgessa, i el metge segueix essent el professional que polaritza i exemplifica les dades i explicacions presentades.

Les infermeres, malgrat ser el col·lectiu més nombrós, ocupa un lloc secundari reflectit en el text i en les taules del document (Taula 9).

En la comparació de les ratios de professionals sanitaris de Catalunya amb les d'altres països europeus només s'utilitza la de metges, no n'apareix cap més, malgrat s'annexi una taula amb 16 països i amb les ratios corresponents als metges, infermeres i odontòlegs: "La ràtio de professionals per mil habitants a Catalunya és similar a les d'Itàlia i França, si bé caldria considerar altres aspectes, com ara les funcions i tasques desenvolupades pels diferents col·lectius en els països respectius, per poder-ne fer valoracions. Tanmateix, en termes quantitius es considera que un país industrialitzat amb una mitjana de menys de 2 *metges* per cada mil habitants té una situació de penúria pel que fa al personal mèdic, i que una densitat superior al 3,5 és indicadora d'un excés" (pàg. 29). En el cas d'infermeria no sabem com s'hauria de valorar o amb quin país es podria comparar.

El document conté altres exemples que segueixen posant de manifest que quan es parla de professions sanitàries es pensa en la medicina i en el metge, en particular. Aquest fet genera relacions de poder asimètriques i estratificació interprofessional: "La utilització de les noves tecnologies marcarà un canvi en les relacions, si bé es considera que la tecnologia no pot reemplaçar el que és *essencial en la relació amb el metge: el contacte personal i directe*" (pàg. 46). "Es percep el triangle constituït pels professionals, les institucions i els ciutadans, i s'identifiquen els rols i àmbits de responsabilitat que els són propis dins les

organitzacions: *el metge, curar; el gestor, gestionar eficientment, i el ciutadà, satisfer les seves demandes i expectatives*” (pàg. 46).

Taula 9: Professionals sanitaris col·legiats a Catalunya per 1.000 habitants

Professionals	Ràtio
Metges	4,63
Farmacèutics	1,26
Odontòlegs	0,48
Psicòlegs clínics	-
Biòlegs (sanitaris)	0,08
Infermeres	5,09
Llevadores	1,62
Dietistes i nutricionistes	0,03
Fisioterapeutes	0,53
Òptics i optometristes	0,21
Podòlegs	0,12
Protètics dentals	0,15
Auxiliars d'infermeria	2,14

Font: *Col·legis professionals, any 2001*

“El ciutadans reconeixen el treball en equip i les *relacions de poder* que es donen entre *els diferents professionals*, i ho valoren positivament” (pàg. 47). “S’atorga als metges un *rol central* en el procés d’assistència sanitària, perquè fan el *diagnòstic i estableixen el tractament*, activitats que els pacients valoren molt.

D’altra banda, s’atribueix als professionals d’infermeria el rol de cuidadors i de *suport als metges*. A més, com que aquestes professionals es consideren *més accessibles*, sovint canalitzen les demandes del pacient, sobretot en l’àmbit hospitalari” (pàg. 47). “En el futur, el ciutadà hauria de ser conscient dels seus drets i deures, i hauria d’assumir la seva quota de responsabilitat com a consumidor de serveis sanitaris; el *professional* hauria detenir més present la *transcendència econòmica de les decisions clíniques*, i el gestor hauria de tenir en compte que hi ha certs valors que no es poden mesurar exclusivament en termes d’eficiència” (pàg. 47). Està clar que pel context en que es troba la paraula *el professional* a qui se li atorga la facultat de *les decisions clíniques* s’està tornant a fer referència al metge.

La mateixa situació però d’una manera totalment explícita la trobem en: “Hi ha la percepció que els professionals sanitaris (*metges, especialment*) es troben atrapats entre la prestació de serveis sanitaris que n’espera la societat i els bons estàndards de pràctica clínica i eficiència que exigeix l’organització sanitària, i que aquesta situació de conflicte els genera *angoixa i frustració*” (pàg. 47).

S'accepta que la relació sanitària és una relació desigual en que una de les parts posseeix uns coneixements específics. S'apunta, però, que el fet de reconèixer que també els pacients són experts és la clau d'una relació satisfactòria *metge-pacient*: "Es considera desitjable que la relació (metge-pacient) tendeixi a ser més simètrica: el malalt ha d'aprendre del metge i el metge del malalt. D'aquesta manera, el *metge* s'allunya de la *posició piramidal* que ha ocupat *tradicionalment*" (pàg. 48). Amb aquest comentari s'anul·la completament el treball de la infermeria. El metge agafa tot el protagonisme de les professions sanitàries. A més, es planteja un a visió del metge com una persona que només disposa de coneixements i es prescindeix del fet que és una persona socialitzada que també té experiències davant la malaltia, circumstàncies socials, actituds, etc.

En el document s'afirma que hi ha una correcte adequació entre els recursos humans i els serveis assistencials, fet que contradiu les informacions aportades pels infermers, infermeres, metges i metgesses del nostre projecte, alhora que es posen de manifest problemes de reconeixement professional, tant en l'àmbit laboral com a nivell de la ciutadania: "Podem dir, doncs, que la funció de desenvolupament i gestió dels recursos humans és crítica, i que cal millorar la gestió de professionals en tots els seus vessants: desenvolupament professional, oportunitats formatives i reconeixement intern i social" (pàg. 12).

Les professions sanitàries se les considera vinculades al "compromís i a l'esperit de servei", qualitats que també han destacat els informadors de la nostra investigació. Tanmateix, l'entorn del treball és viscut en les organitzacions com un espai en que el control limita la discrecionalitat professional i la burocràcia arracona la responsabilitat, la rutina, la inventiva, l'estrès, la satisfacció.

La lectura del Llibre posa de manifest la relació professional – usuari, la pèrdua de protagonisme de les professions sanitàries, i el sentiment de desconfiança que l'usuari manifesta envers elles.

El ciutadà espera del sistema sanitari la capacitat de fer front a qualsevol malaltia, de resoldre la major part dels problemes sense limitacions de coneixements ni de recursos. Això comporta una certa insatisfacció tant de la societat com dels professionals sanitaris. La relació professional-pacient es ressent del fet que el primer perd la confiança en el professional: el ciutadà vol estar més ben informat, vol que el professional li reti compte, i demana més transparència i més garantia de qualitat. Queda clara la manca de coincidència entre el sistema de valors del ciutadà i el sistema de valors del professional, aspecte també tractat pels professionals informadors.

Els professionals, per la seva banda, perceben que el seu "estatus professional s'està erosionant", que no tenen autoritat per prendre decisions, que la seva ètica professional està menystinguda per uns principis economicistes que els obliguen a prendre decisions ètiques més enllà de les seves capacitats professionals i que els increments dels costos que ells han de controlar es deuen a conductes socials fomentades pels polítics. Els professionals sanitaris estan sotmesos a tensions laborals i professionals que sovint són causa de desmotivació

La densitat de metges per habitant que té Espanya s'argumenta per l'excessiva producció dels anys setanta i la primera meitat dels vuitanta.

Respecte a la infermeria, la disminució de professionals desperta la necessitat d'esbrinar la causalitat i les estratègies d'intervenció però el plantejament que s'explicita sembla estar mancat de la diversitat etiològica d'aquesta realitat: "Pel que fa als professionals d'infermeria, sembla que *se'n formen pocs* i es constata el descens en la demanda de places en les escoles, cosa que obliga a reflexionar sobre el model competencial i els àmbits d'especialització d'aquests professionals" (pàg. 53). "El sistema sanitari espanyol no pateix greus desequilibris (de professionals), excepte una borsa envellida de metges subocupats" (pàg. 53). En tot el document es parla constantment de les competències professionals i de la responsabilitat en cap moment hi ha una reflexió de contingut sòcio-professional.

Caldria veure perquè si els professionals tenen molt clar les seves competències i la formació universitària garanteix l'assoliment de les mateixes la professió infermera no dona un pas endavant tant en el desenvolupament professional com en el reconeixement personal. Una referència al *burn out* dels professionals sanitaris, i concretament o, millor dit, exclusivament sembla de la infermeria, la trobem només en el paràgraf i el relaciona amb la poca autonomia professional: "Per afrontar el *burn out* que afecta als professionals de forma significativa caldrà posar en marxa estratègies de potenciació de *l'autonomia professional*" (pàg. 56).

El document explicita la clara tendència a la feminització de les professions sanitàries, que s'accentua, especialment, en les generacions més joves. Pel que fa a l'edat, els professionals sanitaris es troben majoritàriament per sota dels 50 anys dada que corrobora el nostre estudi.

Quant al repte d'evitar els desajustaments en la disponibilitat de professionals sorgeixen propostes orientades als professionals de la medicina i als de la infermeria.

Respecte als metges, sembla adequat restringir el ritme actual d'entrada d'alumnes en les facultats de Medicina durant els propers vuit a deu anys i, posteriorment, iniciar un ritme expansiu que permeti el recanvi generacional del col·lectiu que arribarà a l'edat de jubilació. S'aconsella preservar les capacitats nuclears d'una formació més global, en el context d'una evolució creixent cap a l'especialització.

Respecte a les infermeres, s'observa una davallada en la demanda dels estudis i un envelliment dels professionals en actiu, així com un fenomen emergent d'emigració cap a països de l'entorn, fets que fan preveure que a mitjà termini es pot produir un dèficit d'aquests professionals, amb una especial incidència en àmbits com el sociosanitari, la salut mental, l'atenció a crònics, l'atenció domiciliària i els col·lectius vulnerables.

Al fil d'aquesta realitat es veu la necessitat de dissenyar mesures correctives que flexibilitzin les condicions d'exercici professional i els sistemes de reclutament i promoció de la professió, per tal d'incentivar la permanència dels professionals en el sistema i la demanda d'estudis d'infermeria, però no es concreten.

No hi ha, tampoc, aportacions específiques per part dels centres formatius ni dels col·legis professionals sobre les percepcions dels seus col·legiats. Ambdues entitats, que van ser convidades de primera línia en el procés d'elaboració del Llibre, no plantegen explícitament el problema del desgast professional, de la insatisfacció, del *burn out* professional que pateixen les professions sanitàries. Es parla molt de la capacitat i de les competències, elements que surten constantment al llarg del document però que només transmeten la vessant productiva del professional.

Un altre aspecte que es tracta és el de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) i concretament sobre no hi hagi cap menció específica al col·lectiu infermer malgrat que compta amb el major nombre de professionals implicats en l'atenció directa del pacient: "Les TIC tindran cada cop més influència en el sector sanitari i sobre diversos camps relacionats amb les professions sanitàries: En la planificació de les necessitats dels diferents tipus de professionals, en la mesura que transformin els models organitzatius assistencials i es modifiquin quantitativament i qualitativament l'activitat clínica, docent i investigadora, en un nou context que afavorirà la integració vertical i horitzontal dels processos assistencials. En la formació dels professionals, en què incidiran sobretot en les metodologies d'ensenyament i aprenentatge, així com en els processos de certificació i recertificació professional periòdica. En els processos de comunicació entre els professionals sanitaris i els ciutadans i en l'accés dels ciutadans a la informació sobre els temes relacionats amb la salut" (pàg. 31-32).

La relació entre el sistema educatiu i el sanitari també és un tema que apareix en el document, concretament l'estructuració de les carreres professionals per a garantir millores en el funcionament dels serveis sanitaris ja que es considera que els objectius i els continguts dels currículums de les professions sanitàries no s'adeqüen prou a les necessitats, expectatives i demandes actuals. En cap moment es planteja, però, algun objectiu adreçat directament als professionals i orientat a solventar la problemàtica professional percebuda pels diferents col·lectius. L'*estructuració de les carreres professionals* que esmenta el text sembla cenyir-se, exclusivament, a la capacitat tècnica dels professionals per a la seva ràpida inserció en el món laboral i els aspectes de *motivació* i *formació* són dos punts claus pendent de desenvolupar en l'àmbit de la infermeria: "Per establir un pla de recursos humans en l'àmbit de la salut cal preveure la *coordinació* necessària *entre el sistema educatiu i el sanitari*. La *motivació* i el paper de les *oportunitats formatives*, així com l'*estructuració de les carreres professionals*, són els elements clau dels quals depèn que el procés planificador arribi a aconseguir *millores* visibles en el funcionament dels serveis sanitaris" (pàg. 35).

La formació, en concret, segons les argumentacions del document, només ha de garantir la incorporació, al mercat laboral, de professionals tècnicament ben formats deixant de banda aspectes d'identitat professional prou rellevants pel desenvolupament professional: "És convenient obrir un debat sobre la necessitat i la conveniència que el procés de formació dels professionals sanitaris estableixi *simulacions i laboratoris d'habilitats clíniques*" (pàg. 37).

El text aporta orientacions metodològiques i curriculars en les que no s'evidencia la presència de l'abordatge de les relacions de gènere aspecte que, com hem vist, influeix en la percepció i pràctica de les professions de la salut: "L'ensenyament basat en la resolució de problemes, la tutoria precoç i contínua dels alumnes, el treball en grup, la docència basada en l'evidència (BEME), la introducció decidida de *l'aprenentatge teòric i pràctic de l'atenció primària*, la integració curricular dels *ensenyaments bàsics i clínics*, són elements de *progrés conceptual i tècnic* encara pendents, i caldrà generar un impuls polític i legislatiu decidit per iniciar aquest nou camí" (pàg. 38).

En el desenvolupament del Llibre també queden palès aspectes, ja aportats pels informadors del projecte, que tenen a veure amb la causalitat del posicionament, cada vegada més ferm, de l'usuari de la sanitat i amb els valors: "Els valors socioeconòmics i culturals condicionen la visió de la salut i la malaltia i la manera com la societat s'organitza davant les necessitats de salut. Els *valors* predominants s'emmarquen en un *entorn hedonista* en què el dolor, la malaltia i la mort costen d'acceptar. En l'estat del benestar, l'atenció a la salut es considera un dels pilars fonamentals: el ciutadà *espera del sistema sanitari la capacitat d'afrontar i resoldre* la major part dels problemes de salut *sense limitacions de coneixements ni de recursos*"(pàg. 46).

Els valors que la societat veu en el marc de l'atenció són la confiança i la qualitat tècnica. Et tracte també és un element que aportaven els informadors de la investigació: "L'usuari opina que la *confiança, la qualitat tècnica i la relació humana* són ingredients clau per a una relació sanitària satisfactòria" (pàg. 46).

En el document es posa de manifest la manca de definició, per part de les institucions, de les competències exclusives i compartides dels diferents grups professionals. La delimitació protocol·litzada de les competències i responsabilitats davant les actuacions assistencials, docents i de recerca hauria de ser una prioritat del sistema sanitari.

La professió d'infermeria. Principis i línies estratègiques (Consell Assessor d'Infermeria, Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya)

Presentació del document

Aquest document, summament reduït en extensió, reflecteix el posicionament del Consell Assessor d'Infermeria davant els nous reptes que el sistema sanitari planteja. Un dels objectius que es va fixar el Consell des de que es va crear, l'any 1997, com a òrgan consultiu del servei Català de la Salut, ens públic adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, va ser donar a conèixer quins haurien de ser els principis fonamentals de la professió i proposar estratègies per desenvolupar-los.

El document compte amb tres apartats: Introducció, Els principis fonamentals de la professió i Proposta de línies estratègiques per al desenvolupament de la infermeria.

Comentari de les dades etnogràfiques

La lectura i anàlisi d'aquest document posa de manifest la constant necessitat de formular i reformular línies estratègiques per al desenvolupament de la infermeria. Es tracta d'explicar, una vegada més, què és la infermeria, i que fa en el món assistencial: "La pràctica de la infermeria comporta el desenvolupament de les activitats de cures que responen al rol autònom de la infermera i d'aquelles activitats de *col·laboració* interrelacionades amb les actuacions d'altres professionals que integren l'equip multidisciplinari de la salut. Els *dos rols són importants* i configuren el paper essencial de la infermeria en l'exercici de la seva pràctica professional".

També queda palès la intenció de consolidar la professió en aspectes tant importants com ara la formació, la promoció, la recerca i el progrés professional de la mateixa mitjançant l'adopció d'un model conceptual i la incorporació de metodologia científica en la seva praxi diària:

- "Adoptar un model conceptual en cures d'infermeria i *assumir les competències professionals*".
- "Assolir l'excel·lència en els diferents nivells de formació: vetllar per la formació pre-grau, impulsar el *desenvolupament del segon i tercer cicle d'infermeria*, potenciar la formació contínua, de post-grau i *especialització*".
- "Incorporar les *evidències científiques* a la pràctica d'infermeria".
- "*Promoure la recerca en infermeria per demostrar el valor, l'efectivitat i l'eficiència* de les cures".
- "*Millorar la pràctica* incorporant-hi els *resultats de recerca*".
- "*Desenvolupar la carrera professional* potenciant la vessant clínica de treball de la infermera, fonamentat en les *competències professionals*".
- "*Difondre les competències* de la Professió d'Infermeria aprovades pel Consell Català d'Especialistes en Ciències de la Salut i reconegudes pel Comissionat per a Universitats i Recerca del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya i pel Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya així com *totes aquelles aportacions que puguin contribuir al desenvolupament professional de la infermeria*".

Aspectes com el lideratge, l'encoratjament a conquerir els terrenys en els que pot competir com a professional competent i el constant reclam cap a la importància del rol autònom i la dualitat professionals constitueixen un altre missatge adreçat a despertar el sentiment d'identitat professional dels mateixos professionals:

- "*Desenvolupar el rol autònom de la infermeria i la presa de decisions i responsabilitat*".
- "Utilitzar el procés de cures d'infermeria com a *metodologia de treball*".

- “Exercir el *lideratge* en les diferents àrees de *competència professional*”.
- “*Promoure la participació de les infermeres en tots els àmbits sanitaris i sociosaniatris, planificació, recerca i presa de decisions*”.

El darrer aspecte que aporta el document, és l'interès per potenciar la imatge social de la infermeria com estratègia per contrarestar el desgast social generat per la presència d'un altre professional que té unes competències similars a la infermeria, però que gaudeix d'una situació de reconeixement institucional i social molt llunyana a la de la infermeria: “Potenciar mesures de revaloració de la imatge professional vetllant pels aspectes relacionats amb el tracte, la informació i la comunicació amb la persona, la família i la comunitat”.

CAPÍTOL 5: CONCLUSIONS

El propòsit d'aquesta investigació és, per una part, proporcionar informació sobre la causalitat o les raons que fan mantenir la infermeria en la invisibilitat professional, segons la percepció dels mateixos professionals, i, per altra banda, impulsar la creació d'estratègies que ajudin, tant a nivell de la formació universitària com en la formació continuada, a facilitar la consolidació de la infermeria com una professió totalment autònoma i independent, lliure d'estereotipacions i disfuncions produïdes pel gènere.

En l'àmbit de la investigació, les conclusions representen un punt d'arribada, en quant a les evidències que s'han posat de manifest a través de l'anàlisi de la informació, i, un punt de partida, en quant al plantejament de nous interrogants, de noves línies d'acció i d'investigació sobre la infermeria.

La lectura d'aquestes conclusions ha d'anar precedida per les limitacions que hem identificat al llarg del procés d'investigació. Creiem que són importants perquè reflexen els condicionants que han existit i, per tant, aspectes que en successives investigacions poden ser millorats.

5.1 Limitacions de la investigació

Respecte al *tema investigat*: "La feminització de la infermeria" s'ha d'assenyalar que el caràcter multidimensional del mateix ha representat una gran dificultat per la seva amplitud. Per aquest motiu, ha estat difícil explorar totes les dimensions de manera exhaustiva.

Respecte a la *metodologia*: també cal destacar algunes limitacions importants perquè, malgrat que el procés de triangulació ha tingut els punts de recolzament necessaris per a poder contrastar les evidències, ens sembla que la baixa participació dels informadors, en la segona fase del treball de camp, és un factor a tenir en compte. La seva dispersió geogràfica ens va condicionar a escollir una manera de fer arribar els qüestionaris que, potser, no hagi estat la més encertada. La proporció de persones que els van lliurar, degudament complimentats, va ser d'un 57,2 % en el col·lectiu d'infermeria i un 37,6 % en el de medicina. Aquesta realitat ens fa plantejar l'existència d'un biaix en la representativitat de la mostra i en el fet que les persones que van contestar el qüestionari poden presentar un perfil sociodemogràfic diferent del de les que van optar per no realitzar-la. Cal dir que el lliurament personalitzat i la constància en la temporització de les recollides va evidenciar la presència d'un clar desencís en els professionals de la salut a l'hora de respondre els qüestionaris, malgrat haver expressat la voluntat de portar-ho a terme, especialment els metges i metgesses.

També s'ha d'enumerar, com a possible artefacte, el fet de ser infermera amb una experiència professional de més de vint anys. Aquest aspecte, possiblement, hagi condicionat l'haver deixat de banda l'observació directa dels subjectes d'estudi en l'escenari assistencial.

5.2. Síntesi de les evidències

Els resultats de la investigació, que ens han permès evidenciar els aspectes que construeixen la percepció de la realitat laboral de dues de les professions sanitàries presents en l'àmbit de la salut, però més específicament la d'infermeria, han donat resposta a les preguntes que constitueixen l'eix central de la investigació: *Què és el que fa que el col·lectiu d'infermeria no percebi la seva professió al mateix nivell que d'altres acadèmicament similars, i que es vegi, permanentment, imbuït en una invisibilitat consentida per ell mateix, per altres professionals de la salut, per les institucions i per la pròpia societat a la que dona servei?. Es podria atribuir la causalitat a la presència majoritària de la dona en la infermeria?*

Existeixen estratègies formatives en els estudis universitaris de la diplomatura que reforcin i aportin eines als estudiants per acomodar la consciència de professió quan s'incorporen a l'àmbit laboral?

La primera qüestió, una vegada analitzats els resultats obtinguts, la podem respondre afirmativament dient que *la feminització ha influït en l'evolució, desenvolupament i reconeixement professional de la infermeria* i que la seva causalitat s'articula a través de la caracterització socio-econòmica dels seus professionals; de la responsabilitat percebuda i volguda; de l'hegemonia del col·lectiu mèdic; de l'autoreconeixement dels mateixos professionals, del reconeixement social, institucional i d'altres col·lectius sanitaris; dels valors socialment atorgats; i de la identitat professional apresada, aspectes que, una vegada contrastats amb les aportacions del marc teòric, conformen les conclusions de l'estudi.

Pel que fa referència a la segona qüestió plantejada, podem constatar l'absència, en els plans d'estudis de la Diplomatura d'Infermeria de les Universitat Catalanes analitzades, d'accions formatives sobre gènere, salut i estudis de la dona orientades a potenciar la consciència i identitat professionals. Aquesta realitat implica la necessitat d'establir línies prioritàries d'actuació, d'investigació i formatives, per aconseguir optimitzar la percepció i la realitat professional de la infermeria en el context social i sanitari.

Feminització i causalitat

1. *La majoria dels professionals estudiats se situen en posicions socials de classe mitjana i la professionalització ha estat una forma de mobilitat social, especialment, per als infermers/es. Les formes dominants d'exercici professional de la infermeria la caracteritzen com una professió molt especialitzada amb treball en centres de titularitat pública, majoritàriament empleada i en marcs organitzatius complexos.*

Les persones informadores constitueixen un grup de professionals joves, *majoritàriament femení* (75,2%), amb una *edat mitjana de 36 anys*, encara que aquest percentatge és lleugerament superior en els professionals d'infermeria. Gairebé la meitat porta més de 16 anys d'exercici professional, en diferents àmbits, i totes realitzen la seva tasca en l'àmbit assistencial hospitalari, d'atenció primària i sociosanitària, per ordre de nombre de professionals que treballen en cadascun. Predomina la situació laboral fixa (74,2%), la vivenda pròpia (83%), la convivència amb parella i fills menors de 18 anys (67,3%), i les mesures de conciliació familiar són totalment desconegudes (97%).

Per una banda, la meitat dels individus guanyen entre 1804 euros i 3005 euros i els professionals d'infermeria estan situats dins aquesta franja; i, per altra, una quarta part s'agrupen en l'interval que va dels 3006 i 4507 euros i és on es concentren els professionals mèdics. S'aprecia una diferència significativa entre el guany mensual dels dos col·lectius generada per la distinta retribució de les dues titulacions, i sobretot, pel fet que el nivell de feminització de la infermeria, de més del 80%, comporta dur a terme una sola tasca retributiva ja que el paper social de dona implica l'assignació de gran part de les tasques domèstiques i l'atenció de les persones dependents. Els homes infermers, en canvi, solen complementar la seva activitat principal amb alguna altra també retribuïda. Aquest fet de complementarietat laboral és molt usual en el col·lectiu mèdic per l'activitat professional privada que porten a terme.

Les persones informadores procedeixen de famílies amb dos fills (72%). Els seus pares, predominantment, són o han estat treballadors manuals qualificats i semiqualicats de la indústria, el comerç i els serveis (31%) i treballadors manuals semiqualicats del sector primari (39,4%). Però en els dels professionals de la medicina, a diferència dels de la infermeria, hi ha una clara tendència a ocupar llocs de treball de més alt nivell: directius de l'Administració i empreses, propietaris i gerents de comerç i de serveis, tècnics superiors i no superiors i, en molt menys proporció, a realitzar treballs manuals qualificats de la indústria, del comerç i dels serveis. Creiem que aquest factor condiciona el treball que fan les mares de les persones informadores, ja que aquestes, en un alt percentatge (65%), són mestresses de casa, i hi ha diferenciació per col·lectius. Les mares dels infermers i infermeres presenten el doble d'ocupació retributiva en treballs no qualificats en comparació amb les dels metges i metgesses, tot i que en ambdós grups predomina, en escriu, la dedicació exclusiva a les tasques de la llar. Aquest fet està relacionat amb la mitjana d'edat de les persones informadores que comporta una determinada tendència generacional i un context social en el que no era massa freqüent que la dona accedís al món laboral. De fet, les dades que indiquen que les mares dels metges i metgesses realitzen menys activitat retributiva en treballs no qualificats podrien estar relacionades amb que les seves parelles ocupen llocs de treball de més alt nivell que els dels infermers i infermeres. El benestar econòmic de la família, aportat generalment per la figura del pare, ha condicionat probablement la implicació laboral de la dona durant molts anys.

Aquestes dades contrasten amb les afirmacions que feien Zavalloni i Super referent a la vocació i a alguns elements que afavoreixen la seva aparició. Segons els autors, aquesta es dóna especialment, en famílies amb ingressos econòmics molt baixos i sobretot en les que tenen molts fills ja que la vocació es potencia en el marc de la convivència i de l'ajuda que es viu en el si de la unitat familiar. Com hem vist en els resultats de l'estudi, la vocació és un tret característic de les professions de la salut que s'hauria de relacionar més amb la vinculació històrica de la infermeria amb les ordes religioses que amb paràmetres individuals com el nombre de fills o els ingressos mensuals de la unitat familiar.

2. La forta *feminització que presenta la professió d'infermeria influeix en l'autoreconeixement dels propis professionals i en el reconeixement social, institucional i dels professionals mèdics.*

La pèrdua de reconeixement, que també afecta la professió mèdica, es relaciona amb l'exigència cada vegada més intensa de l'usuari, amb la pressió de les organitzacions respecte a la productivitat sanitària, amb les relacions de gènere presents a l'entorn i amb la pròpia feminització dels col·lectius.

Els dos primers aspectes coincideixen amb les aportacions del *Llibre Blanc de les professions sanitàries a Catalunya*. En aquest, a banda de ser l'usuari el motiu de la seva realització, queda documentat el reconeixement de les relacions asimètriques existents entre l'usuari i el metge degut als coneixements específics que presenta aquest segon, i es puntualitza la importància de considerar l'expertesa de l'usuari i la seva capacitat d'aprenentatge i d'interacció amb el metge. La pèrdua de protagonisme de les professions sanitàries està afavorida pel sentiment de desconfiança que l'usuari manifesta vers elles, especialment la mèdica, i es concreta mitjançant els conflictes legals que apareixen sovint com a conseqüència d'una percepció dolenta de com s'aten al pacient. En aquest cas, les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) juguen un paper quelcom ambigu perquè nodreixen l'usuari d'informació mèdica sense tenir en compte el seu coneixement de partida malgrat i, al mateix temps, es consideren eines òptimes per l'atenció personalitzada en l'àmbit de la salut.

L'aspecte de la pressió que exerceixen les organitzacions a la productivitat sanitària apareix també en aquest artefacte etnogràfic en el que la seva filosofia predominant transmet un enfoc mercantilista orientat a la producció dels professionals. La percepció de les persones informadores, també explicitada en el document, és que no tenen autoritat per prendre decisions i que la seva ètica professional està menystinguda per uns principis economicistes que els obliguen a prendre decisions ètiques més enllà de les seves capacitats professionals. Els professionals sanitaris estan sotmesos a tensions laborals i professionals que sovint són causa de desmotivació.

La infermeria no té el mateix reconeixement que d'altres professionals amb titulació acadèmica similar. Creiem que les ideologies vinculades a la professió han servit perquè el col·lectiu desenvolupés un determinat paper en la societat. Aquest sistema comú de creences i valors, com afirma Domínguez-Alcón, no és

típic d'un període determinat sinó que apareix abans dels orígens de la infermeria professional i es manté fins als nostres dies.

Les tasques de proporcionar cures han estat vinculades, ja des d'antic, a uns principis tradicionals: cura intuïtiva i femenina, filantropia, caritat, afecte i vocació. Aquesta ideologia vocacional, tan significativament present en els professionals actuals, fomenta conceptes de generositat, altruïsmes i treball sense ànim de lucre directament relacionats amb la figura femenina, que incideixen en consideració professional i consegüentment en la baixa remuneració econòmica. Tanmateix el rol d'executar ordres mèdiques supediten la infermeria a un sistema jeràrquic, interioritzat per tota la societat, que no es manifesta, d'una manera tan clara, en altres diplomatures tant de l'àmbit sanitari com de fora. Aquestes ideologies de subordinació mèdica i vocacional estan encara massa presents en l'imaginari social, la trobem també en el *Llibre de les professions sanitàries*, i entre els propis professionals, fets que dificulten el correcte posicionament professional de la infermeria.

La feminització de les professions sanitàries ocasiona als usuaris dificultats per diferenciar els professionals de la salut sobretot en la infermeria. Sovint, l'usuari associa ser dona a ser infermera i ser home a ser metge. En el cas de la medicina, la varietat de persones que diagnostiquen i prescriuen no existeix, és un sol professional el que porta a terme aquesta funció malgrat a vegades es confongui la metgessa amb la infermera i l'infermer amb el metge, però en la infermeria convergeixen una important variabilitat de professionals que comparteixen habitualment espai de treball: infermers/es, auxiliars d'infermeria, cuidadors/es, zeladors/es, voluntaris/es, administratius/ves, etc. que, pel seu predomini femení, provoquen situacions de confusió en la identificació professional. En general, per la societat, la infermera i l'auxiliar són el mateix, ambdues professionals són dones que tenen cura de les persones malaltes.

El col·lectiu d'infermeria se sent reconegut per l'usuari que valora l'exercici professional individual, però també és conscient que bona part d'aquest reconeixement ve del seu paper de mediació entre ell i el metge o metgessa.

Les institucions no reconeixen degudament el personal d'infermeria perquè no és generador d'ingressos econòmics, com en el cas del mèdic. El contempen com el col·lectiu que, per una banda, és necessari per a donar les atencions que els usuaris necessiten, i, per altra, pel seu volum i condició femenina, genera problemes econòmics a l'incidir en els costos de l'assistència, de la formació, i en l'absentisme laboral vinculat a la conciliació familiar, a les baixes per maternitat i laborals relacionades, bàsicament, amb el rol de cuidadora en l'àmbit domèstic. Les accions reivindicatives de la infermeria a nivell institucional, que podrien haver incidit en la captació del seu reconeixement, han tingut sempre poca incidència degut a la responsabilitat que comporta poder arribar a afectar l'atenció dels pacients.

El reconeixement per part dels professionals de la medicina compta amb una disparitat d'opinió. Els infermers i infermeres no senten que les seves opinions

siguin escoltades i sovint han de conviure amb la subordinació i dependència professional, i, al mateix temps, hi ha professionals de la medicina que els consideren membres de l'equip de salut. Aquest fet es dona menys en l'atenció primària, àmbit en que la dinàmica assistencial afavoreix que les tasques d'infermeria gaudeixin de més independència.

- 3. Els professionals de la salut veuen les seves professions diferents d'altres també emmarcades en l'àmbit de serveis, per la responsabilitat que comporta tractar amb la vida de les persones i per la implicació personal inherent al seu exercici, a nivell de compromís, dedicació, disponibilitat i formació continuada. Són professions que es consideren vocacionals, humanitàries i que proporcionen realització personal.*

Els estudiants d'infermeria, amb coincidència amb els infermers i infermeres, consideren que és una professió desconeguda per la societat, que compta amb poc reconeixement i que permet desenvolupar valors i qualitats humanes.

Són contundents a l'hora d'afirmar la manca d'identitat professional argumentada per la vinculació mèdica i la desconsideració dels mateixos professionals cap al rol autònom i al consentiment passiu de la reproducció i perpetuació dels estereotips femenins tan propis de la professió.

- 4. La imatge social de la infermeria, tan associada històricament a la feminitat, és conseqüència del trasplantament al terreny professional de valors i actituds extretes del marc domèstic i és per això que les relacions entre metge i infermera, així com les establertes entre infermera i malalts, van agafar com a referència primera l'àmbit familiar i aquesta situació encara perdura en l'actualitat.*

La identificació del tenir cura amb una funció "natural" de la dona, ha estat, durant segles, el principal element que ha frenat el desenvolupament de la ciència de les cures i que ha afavorit la permanència dels valors que han perpetuat la seva subordinació i la marginació en els àmbits de decisió.

Segons Juliano, els mecanismes de marginació ocasionen en la infermeria que els valors que sustenten les seves actuacions, les possibilitats de la seva pràctica professional i la imatge que han de transmetre vinguin definits extrínsecament i que els marges en els que es poden moure s'estableixin des de fora de la professió. Pel que fa referència a l'acotament de l'espai, les infermeres, dins el sistema sanitari, poden moure's en l'àmbit domèstic del mateix, que no és altre que el de l'assistència directa, el de la "producció", però l'espai extern on es decideix en nom dels interessos de tots, és, bàsicament, masculí.

Això influeix, per una banda, en la percepció social de com han de ser els valors dels professionals i ocasiona un divorci d'opinions entres aquests i la societat; i, per altra banda, en la construcció social de la infermeria: la dona és la que ha de cuidar, aquesta imatge preval per sobre de la consideració professional.

- 5. Els valors que creuen que la societat veu en les seves professions difereixen dels de la seva percepció personal. Els de la medicina, estan vinculats*

especialment al coneixement i a la vocació. *Els de la infermeria són de naturalesa vocacional i corresponen a qualitats femenines pròpies del tenir cura com la delicadesa, la sensibilitat, la paciència, el saber fer companyia, etc.*

Els valors dels professionals mèdics i d'infermeria són professionalitzadors. Per aquesta última, els valors clau de la professió estan relacionats, primerament, amb el comportament professional i després, amb l'excel·lència i innovació.

Els estudiants manifesten que els valors que identifiquen la professió són, principalment, l'empatia i la responsabilitat.

6. *Les dones han naturalitzat que els agrada cuidar i la societat veu millor que aquestes tinguin aquesta funció.*

El tenir cura és tan obvi que fins i tot a la infermera no se la veu com un professional amb unes continuades necessitats de formació. És, per això, que no té un pes específic a nivell social ni tampoc a nivell institucional on els ingressos econòmics venen de la mà dels usuaris que hi acudeixen per cercar l'atenció mèdica. En aquest cas, la infermeria torna a tenir un paper de segona línia. A aquests aspectes s'hi han de sumar els socio-econòmics com és el que sovint la dona aporta un segon sou a la unitat familiar i que les possibilitats de promoció han estat i encara són limitades.

Les dones, segons les persones informadores, cuiden millor perquè tenen unes característiques que les diferencien dels homes com la intuïció i la visió global de les coses. El tenir cura, en les dones, és una qualitat innata.

L'educació femenina, rebuda des de la infantesa, ha propiciat que les dones es considerin bones cuidadores. Les qüestions culturals hi tenen un pes important i és, per això, que els usuaris encara pensen que l'infermer els aplicarà millor els coneixements, però que la infermera els tractarà millor, especialment en les cures bàsiques. Això coincideix amb les afirmacions que Juliano fa dels mecanismes socials de feminització de determinades professions. L'autora afirma que la confluència sistemàtica de pressions fa que el model socialment presentat, el del gènere, sigui interioritzat per un gran nombre de dones com l'únic possible.

En aquest sentit, la consideració de la identificació de les cures amb una funció "natural" de la dona, ha estat durant segles el principal instrument de colonització intel·lectual i de marginació usat per a limitar el desenvolupament de la ciència infermera i del poder de qui són les seves dipositàries i saben exercir-la.

7. *La professió metge és percebuda amb més responsabilitat que la d'infermeria, degut a que està situada en l'esglaó més alt de les professions sanitàries, a que manté el lideratge en la sanitat, a que és la figura que marca el ritme de producció institucional i al manteniment del seu estatus social suportat per la potestat de diagnosticar i tractar la població.*

L'àmbit professional de la infermeria, en canvi, resta més al voltant del fet de cuidar, amb una feina clarament sotmesa al criteri metge, responsable últim del procés del malalt. Això comporta un nivell inferior de reconeixement malgrat *la gran majoria dels infermers i infermeres aspira, i es considera capacitada per fer-ho, a assumir més responsabilitat en la presa de decisions en la seva feina. La professió se sent capaç i amb ganes, de dur a terme un exercici més professionalitzat.*

Els aspectes en els quals s'assumiria més responsabilitat defineixen els dos grans objectius de la professió a inicis de segle: elevar el seu nivell de control sobre l'organització de l'exercici i ampliar l'espai professional. Això implica més responsabilitat en l'organització i supervisió de la feina, en la presa de decisions i en la gestió i coordinació de les atencions. L'ampliació i consolidació del seu espai professional s'assoliria augmentant la seva responsabilitat en educació sanitària i en l'atenció i seguiment de les persones ateses.

Per sobre de tot, *per a la majoria dels professionals d'infermeria la seva professió consisteix fonamentalment en una forma d'ajudar els altres, consideren que estan al servei del benestar de les persones.*

*L'hegemonia social de la professió mèdica, en una societat encara sexista dificulta el desenvolupament de la professió, que es considera de segona línia, i facilita el manteniment de la reproducció del model dona cuidadora en l'àmbit sanitari. La condició de dones, per les infermeres, comporta tenir tantes responsabilitats fora de la feina que no es disposa de temps per dedicar plenament a la formació o a tenir una visió reflexiva de la professió com poden tenir els homes o altres professionals. L'hegemonia social s'ha vist clarament reflectida en el *Llibre Blanc de les professions sanitàries* en el que quan es parla d'aquestes es pensa en la medicina i en el metge, en particular. La infermeria, malgrat ser un col·lectiu molt nombrós i proper a l'usuari, ocupa un lloc extremament secundari.*

L'hegemonia professional de la medicina té molt a veure en el procés de socialització de les professions. Tal i com comentava Burrage, en aquest intervenen els coneixements tècnics que conformen la disciplina; els valors de la societat on té lloc la socialització que afavoreixen l'assignació sexuada de les professions; el ressò o impacte social que la professió genera i que ve generat per les relacions de dependència professional/usuari; la presència de tecnificació i les relacions de gènere. La medicina té un cos propi de coneixements àmpliament reconeguts, uns valors assignats vinculats a qualitats masculines com la responsabilitat, intel·ligència, etc., un important impacte social degut a la pròpia naturalesa i transcendència del procés de salut-malaltia, la tecnificació i la recerca han estat elements que han fet créixer la disciplina així com la infermeria i les relacions de gènere pròpies de la societat contemporània han teixit un reconeixement professional a nivell de la societat considerable.

El cos de coneixements de la infermeria no té un sentit d'exclusivitat com en el cas de la medicina, l'aportació de la infermeria reverteix en el propi usuari que en fa ús, que comparteix coneixements i habilitats amb els professionals. El saber de la disciplina es contínuament socialitzat a través de l'activitat diària pel simple fet de promoure la salut i guarir les necessitats de la persona malalta. Els valors, com hem vist en els resultats, descriuen qualitats femenines i afavoreixen

l'estereotipació que alhora encasella la infermeria en una categoria professional determinada. Les creences estereotipades, com afirma Herrero Brasa influeixen en l'individu que tendeix a tenir una memòria selectiva i a reinterpretar aconteixements relatius al grup esterotipat de manera que s'ajusten a l'estereotip reconegut.

8. *Les diferències de gènere existeixen en la població usuària i entre els mateixos professionals metges i d'infermeria. Les metgesses perceben problemes de discriminació en els seus col·legues de la medicina, en els usuaris i també en les organitzacions.*

La incorporació de la dona en el món universitari i especialment en la medicina sembla que tindria una bona acceptació general ja que, per part dels homes metges ja incorporats en la vida laboral, creuen que pot aportar aquella sensibilitat que a ells no els és pròpia. Però, també, ha quedat palès l'existència d'una certa por a que aquest domini de la dona en la medicina comporti un abaratiment dels sous i encara una major pèrdua del prestigi social. L'home es vincula a la professió metge i la dona a la d'infermeria, a cuidar. Els infermers també pateixen aquesta construcció social en el paper que s'espera de l'home.

9. *El fet de treballar durant molts anys amb metges homes ha influït en el desenvolupament de la professió o en aquest sentiment de disconformitat que tenen les infermeres.*

En els estudis d'Ajudant Tècnic Sanitari, vigents fins al 1977 data en la que els estudis d'infermeria van ser universitaris, la supeditació a la medicina era tan normal que formava part de la formació i era la manera de comportar-se pròpia de la infermera. Però malauradament ara tampoc ha canviat tant i es segueix prioritzant les tasques delegades perquè s'ha de donar comptes a un metge o una metgessa, al que es vol complaure per no tenir-hi problemes, malgrat això suposi afogar la veu de la infermera.

La infermeria, malgrat tenir unes pràctiques i uns criteris basats en l'evidència científica, tendeix a reproduir amb el professional mèdic el model de relació i de gestió de conflictes utilitzat en la vida privada. Hi ha encara pocs professionals que es reafirmen professionalment, defensant el seu lloc i fent valer la seva vàlua. Normalment, pesa més mantenir una relació cordial, amistosa, abans de tenir una discussió professionalment sustentada que pugui generar el risc d'una mala relació. La incorporació de la dona en la medicina i en el món laboral s'haurà de seguir de molt a prop ja que omplirà moltes pàgines. Pensem que la relació entre infermera i metgessa també marcarà història ja que si la infermera, en relació amb el metge, té una relació de submissió i moltes vegades no diu el que pensa o el que troba malament, el que sí es dona és que la infermera s'atreveix a contrastar coses amb les metgesses perquè la relació d'igual a igual és més fàcilment entesa. Però el problema sorgeix quan les noves generacions de metgesses volen mantenir aquest rol de dominació del metge sobre la infermera i llavors el model que utilitza la metgessa és el d'imposició, i això, probablement, portarà molts problemes.

Encara es pensa que la infermera està per fer, sense discutir, el que diu el metge i res més.

10. La presència de l'home en la professió es manté gairebé constant i està relacionada amb els valors relatius als papers assignats a l'home i a la dona en el medi social. Els infermers, principalment en l'atenció hospitalària, tendeixen a ocupar llocs més tecnificats que s'allunyen de l'atenció directa dels pacients i família.

L'evolució *tecnològica* de l'assistència sanitària és l'element clau del procés d'expertesa que s'està produint dins de la infermeria. Considerant que la posició estructural del metge en el procés assistencial el situa en un lloc dirigent, l'activitat mèdica resulta determinant per a les funcions d'infermeria i és, per això, que *els canvis tecnològics i la major especialització que afecten la medicina repercuteixen directament a la pròpia diferenciació per sexes de l'ocupació dels llocs de treball d'infermeria*. L'evolució científica de la medicina ha fet evolucionar la infermeria en quant a especialització però no en consideració.

Tanmateix, els infermers i els alumnes d'infermeria creuen que la societat quan pensa en la infermeria ho fa en femení, i que no la considera una professió adequada per l'home.

11. L'aspecte vocacional està present en les dues professions sanitàries, però especialment arrelat en la d'infermeria on se la relaciona amb el rol de dona cuidadora.

La seva aparició es vincula, bàsicament, a la infància i a l'adolescència, com aportaven Zavalloni, Salvador i Peiró, i és un factor de permanència professional. La vocació, doncs, seria l'element que, en un moment determinat, predisposa a escollir la professió infermera i, més tard, permet superar la penositat (d'horari, de conciliació de la vida familiar) que comporta la interrelació constant amb les persones que tenen problemes de salut.

El fet que hi hagi una clara afinitat de les dones per expressar vocació ens fa pensar que *està directament vinculada a una qüestió de gènere*. La vocació pot arribar a ser, per una banda, una imitació de la "vocació" de les grans professions i els seus orígens mítics (jurament hipocràtic) i, per altra banda, un element d'autojustificació que perpetua la posició social de dependència de la dona explicitada majoritàriament en les professionals d'infermeria i menys en les metgesses. Davant la clara dependència de la infermeria vers la medicina, la vocació s'esdevé el recurs que permet seguir tolerant la situació de dependència per sobre de qualsevol plantejament reivindicatiu o canvi d'orientació professional.

Les noves generacions, especialment de dones, sembla que s'allunyen de la utilització d'aquest concepte com element iniciador o mantenidor vinculat a les professions sanitàries, i s'acosten al terme de *professionalitat*.

No considerem correcte plantejar una antítesi o contradicció en la relació entre vocació i professió. Encara que el terme vocació es refereixi fonamentalment a una crida interior i el terme professió a l'exercici d'una determinada disciplina dins una societat, és cert que ambdues semblen estar molt unides. La vocació es refereix a l'àmbit intern del subjecte, mentre que la professió es relaciona amb seu l'àmbit exterior i també resulta ésser una manera social de definir-lo i caracteritzar-lo. L'exercici d'una professió requereix coneixements, tècnica i una determinada connaturalitat en el subjecte.

Per altra banda, la vocació sembla ser quelcom que emergeix de l'interior d'un individu. Hom es pot sentir cridat a ser professor o professora, a ser escultor o escultora, a ser infermer o infermera, però la interacció entre vocació i professió és clau per el bon desenvolupament de la professió. De fet, la vocació en si mateixa només és un projecte, una possibilitat que requereix la tècnica i els coneixements per a poder desenvolupar-se d'una manera òptima. I, per altra banda, l'exercici responsable de la professió, de qualsevol professió, requereix un mínim de vocació, una certa orientació cap a aquesta activitat.

En la infermeria, la interacció entre professió i vocació sembla ser determinant. Tradicionalment, la infermeria s'ha reduït a pura vocació, infravalorant, d'aquesta manera, els coneixements tècnics, psicològics i humanístics que requereix l'òptima praxis. En els anys vuitanta, el model centrat en la vocació sembla haver quedat relegat a un segon terme i s'ha donat més embranzida al model de la professionalització. De totes maneres, creiem que la construcció de la vocació en l'escenari socio-cultural i el seu lligam específic amb la dona infermera té molt a veure amb el paper social que sempre se li ha atorgat a la dona, des de la perspectiva familiar, laboral i, en definitiva, el seu constant paper de tenir cura, pot ser entès com una predisposició connatural en ella.

12. La consciència d'identitat professional és un factor molt important a l'hora d'entendre la manca de visibilitat de la infermeria. La pròpia infermeria no es reconeix com una professió autònoma i, per això, no avança.

El problema de no trobar lloc dins la societat no és només d'aquesta sinó també de la pròpia infermeria. Les infermeres i els infermers no credibilitzen el seu paper professional, s'autolimiten, i no volen lluitar per reafirmar les responsabilitats que els pertoquen, entre diferents motius, perquè en tenen altres a nivell domèstic, i llavors, es perpetuen, tant en l'àmbit de l'atenció primària, reformada o no, com en el de l'atenció hospitalària, fórmules de treball pròpies d'un model biòlogista en el qual el personal d'infermeria es dedica prioritàriament a desenvolupar activitats destinades a donar suport al diagnòstic i tractament de les patologies. Aquest rol és propi d'una època i una titulació anterior i no s'ajusta de cap manera a les normatives, directrius i recomanacions de les diferents administracions sanitàries (europees, estatals o autonòmiques) ni, per descomptat, al contingut curricular del vigent pla d'estudis, ni als actuals conceptes de la "ciència" infermera.

Aquesta problemàtica és la que genera produccions oficials com ara el document *La professió d'infermeria. Principis i línies estratègiques* elaborat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya en el que es posa de manifest, per una banda, la constant necessitat de formular línies estratègiques

orientades al desenvolupament professional de la infermeria, a la consolidació de la formació, la recerca, el lideratge i la competitivitat professional; i, per altra banda, l'interès per a potenciar la imatge social de la infermera com estratègia per a contrarestar el desgat social generat per la presència d'un altre professional amb unes competències similars.

Un element a tenir en compte en l'argumentació és la possible por de les pròpies infermeres i infermers davant l'existència d'un altre discurs diferent al de sempre que comporta la reafirmació professional mitjançant l'execució i defensa de les competències i les responsabilitats inherents a la professió.

13. Els professionals d'infermeria estan satisfets amb la seva professió perquè consideren que porten a terme una tasca necessària per la societat, en un entorn on l'envelliment de la població i el progrés científic - tecnològic en l'àmbit de la salut, generen una demanda cada vegada més gran de serveis.

El seu paper en la promoció de la salut, la prevenció de la malaltia, el guariment de la salut i l'atenció pal·liativa fa que percebin la importància de la seva feina, malgrat aquesta sigui sovint desconeguda, sobretot pels usuaris que no han precisat dels serveis d'aquests professionals. En una hipotètica feina ideal, els elements que destaquen són els que més troben a faltar en la seva feina actual: unes retribucions adequades, estatus i prestigi i la possibilitat d'influir en la política organitzativa.

En definitiva, podem constatar un alt nivell de satisfacció amb la professió i l'exercici professional, el 64,3% dels professionals d'infermeria, si podessin escollir de nou, tornarien a cursar els mateixos estudis, però també insatisfacció amb la seva posició i paper en el sistema sanitari i la valoració social. La percepció de la satisfacció té un component generacional, aquesta és més alta en els intervals d'edat inferiors als 30 anys i més baixa en els que avarquen dels 40 als 50 anys.

La descripció i anàlisi de les evidències de la investigació ens fan pensar en la necessitat de dur a terme intervencions informatives i divulgatives a nivell social per reafirmar el paper professional de la infermeria, així com d'engegar accions formatives a nivell de les escoles d'infermeria, col·legis professionals i institucions assistencials orientades als estudiants i als professionals amb l'objectiu de tractar en profunditat tots aquells aspectes (gènere, identitat professional, estereotips, valors) que, vinculats amb la feminització, dificulten l'evolució i consolidació professional.

5.3. Línies per avançar: proposta de noves investigacions i estratègies per a la formació

Propostes de noves investigacions

Pensem que d'aquesta investigació, per la complexitat i amplitud del tema pot generar noves línies d'investigació que poden perfilar aspectes molt importants en el marc de les professions sanitàries.

Una proposta seria portar a terme una investigació orientada a determinar, mitjançant l'observació directa en el propi escenari de l'atenció sanitària, com s'articulen les relacions entre els professionals de la salut per intentar identificar la presència del gènere en el treball assistencial, concretament, en el treball en equip. Aquesta hauria de contemplar, per una banda, els infermers, les infermeres, les auxiliars d'infermeria i els zeladors, i, per altra, els metges i metgesses, orientant l'observació en dues direccions: com es relacionen dins de cada col·lectiu, el d'infermeria i el mèdic, i com ho fan entre ells.

Una altra proposta estaria en la línia de cercar investigacions que s'hagin portat a terme en àmbits professionals característicament semblants al d'infermeria, com per exemple en el d'Educació. L'existència d'estudis sobre la influència de la feminització en la manera que els professionals de l'educació primària perceben el reconeixement professional poden ajudar a establir vincles de causalitat i propostes d'innovació aplicables a la infermeria.

Per finalitzar, creiem que seria molt interessant investigar la repercussió que podria tenir introduir en els estudis d'infermeria una acció educativa transversal que reforçés el coneixement dels estudiants sobre les relacions de gènere existents en el món laboral i que tingués una acció preventiva adreçada a preservar la visibilitat i identitat professional.

Estratègies per a la formació dels professionals

Per què estudiar gènere i salut en programes d'estudis de la dona ubicats en les institucions d'educació superior?

Al parlar de gènere s'intenta centrar l'atenció en aquelles diferències que han estat atribuïdes tradicionalment a la naturalesa biològica d'homes i dones en comptes de a la seva posició en l'estructura social i a les expectatives socials en base a les quals es defineixen els comportaments *adequats* per a cada sexe (Sigel, 1996:7).

L'escola funcionalista ja feia referència al gènere quan, en les seves primeres formulacions sobre la socialització, considerava que els homes i les dones juguen diferents rols que són apresos i que els permeten operar en distintes esferes: els homes en l'esfera pública i les dones en la privada (Parsons, 1951).

L'anomenada perspectiva de gènere en la versió presentada particularment per la literatura feminista actual (Lamas, 2000) porta a debat qüestions com el poder i la

igualtat. Des d'aquesta visió es rebutja la idea de que homes i dones són fonamentalment diferents en temperament, habilitats i interessos i es suggereix que l'anàlisi des del gènere implica no només analitzar la dominació masculina sinó també la ideologia heterosexista. En aquest sentit Lamas afirma: "El uso riguroso de la categoría género conduce ineluctablemente a la desencionalización de la idea de mujer y hombre. Comprender los procesos psíquicos y sociales mediante los cuales las personas nos convertimos en hombre o mujeres dentro de un esquema cultural que postula la complementariedad de los sexos y la normatividad de la heterosexualidad, facilita la aceptación de la igualdad (psíquica y social) de los seres humanos y la reconceptualización de la homosexualidad" (Lamas, 1996:340-361).

La visió de gènere que creiem oportú transmetre considera que allò femení i allò masculí no són categories bipolars ni fixes. El sexe no és només un fet biològic, el propi cos no pot ser concebut simplement com una anatomia sexualment diferenciada ja que és també una construcció social i cultural, una manera personal d'assumir i reinterpretar les normes de gènere rebudes. El gènere, per tant, és el resultat d'un procés a través del qual les persones no solament rebem significats culturals sinó que també els recreem (Butler, 1999).

El gènere, a més, fa referència als mecanismes a través dels quals les diferències biològiques es transformen en desigualtats socials. Com assenyala De Barbieri, el gènere és una dimensió de la desigualtat social, específica, que no es limita a l'espai econòmic (classe, estrat) àmpliament estudiat i reconegut per la tradició sociològica, la ciència política i les ciències socials en general. Tampoc es circumscriu en un altre eix fonamental de la desigualtat: el de les ètnies i les races. Llavors, cal remarcar que la desigualtat de gènere és una dimensió específica però *no tota la desigualtat social* (De Barbieri, 1998).

El que anomenem gènere i salut és una parcel·la d'un camp més ampli, o sigui, els estudis de gènere o de la dona. Aquest tipus de programes té a veure amb perspectives no androcèntriques, en la creació i transmissió del coneixement.

Les escoles i les facultats que proporcionen formació a nivell de grau i post-grau, als professionals de la salut, constitueixen un àmbit on aquests estudis es fan menys visibles i el seu nivell d'externalització i institucionalització és molt mins.

Quan parlem d'*obrir i institucionalitzar* un espai acadèmic a una problemàtica determinada, en aquest cas, gènere i salut, reconeixem que aquests processos actuen en dos nivells. El primer, es refereix a la introducció de nous continguts i temes sobre gènere i salut en l'activitat assistencial, la investigació, la docència i la difusió de la cultura. El segon, se centra en intentar detectar com poden incidir en la reestructuració de camps disciplinaris específics en la reorganització de certes temàtiques i en el ressorgiment de noves preguntes d'investigació.

Obrir i institucionalitzar un enfoc de la salut des del gènere significa, també, entrar en competència amb altres temes, amb altres programes, persones i interessos. Significa desplaçar recursos humans i financers, lluitar per tenir un determinat lloc en la institució i en el currículum. Algunes expressions d'aquesta lluita són: la presència d'aquesta perspectiva en unitats d'ensenyament-aprenentatge

obligatòries o optatives, les variacions en l'obtenció de finançament intern i extern i en l'articulació progressiva dels professors i professores que treballen en aquesta perspectiva amb altres segments de la institució o amb altres institucions.

Institucionalitzar significa, per a la sociologia, donar caràcter permanent a allò que presumptament hauria de ser transitori, passatger (Garzaro, 1977), i també es refereix a configurar una conducta duradora, complexa, integrada i organitzada mitjançant la qual s'exerceix control i a través de la qual es satisfan desitjos i necessitats (Fairchild, 1992).

El gènere i la salut en els programes de formació. Continguts

Davant la manca d'equitat entre homes i dones, creiem oportú adoptar a l'àrea de la salut una orientació des del gènere amb el propòsit de promoure la cerca de models de canvi cultural que haurien de ser aplicats mitjançant polítiques, programes, plans d'estudi i normatives (Martínez, 1998). Aquesta orientació hauria de permetre no només ampliar l'estudi de la salut d'homes i dones més enllà dels territoris tradicionals com ara la reproducció humana i la ginecologia-obtetrícia, sinó també constituir una de les vies a través de la qual és possible introduir les aproximacions teòriques i metodològiques de les ciències socials en el camp de la salut, enriquint aquelles explicacions sobre la morbi-mortalitat que no es sustenten exclusivament en el nivell biològic sinó que atorguen un paper central als factors socioculturals i psicològics, i, tanmateix, reforçar la consciència professional de la infermeria i preparar la immersió laboral dels seus professionals per afrontar i neutralitzar el currículum ocult, sustentat en el gènere, que s'aprèn en l'àmbit de treball.

Al llarg dels anys vuitanta i noranta, van sorgir un important nombre de programes d'estudis de la dona i de gènere en universitats i institucions d'educació superior d'USA i Amèrica Llatina (Cardaci, 2004).

Malgrat que l'anàlisi dels problemes de salut, des del gènere, ha anat guanyant espai en el medi acadèmic, encara pot afirmar-se que no s'han explorat les seves limitacions i els avenços assolits. L'adopció d'aquesta perspectiva no ha estat uniforme en els diferents camps de coneixement. Hi ha treballs publicats sobre les línies d'avenç en algunes disciplines com la filosofia, la literatura, la història, la sociologia i l'antropologia.

En l'àmbit de la salut i gènere, en canvi, només hi ha hagut projectes que han inventariat i analitzat la producció existent en la investigació. El treball, des d'un enfoc de gènere, compromet quelcom més que el saber racional, ja que implica no solament dubtar del coneixement après com legítim en la formulació científica adquirida amb anterioritat, sinó també reconèixer l'estreta relació entre saber científic i dispositius de poder social en relació amb els gèneres (Bonder, 1986).

Diverses investigacions, que incorporen el gènere en les seves anàlisis, han contribuït a posar de manifest com aquest està present en els riscos i proteccions que es prenen davant diverses malalties, la percepció dels símptomes, l'organització i el desenvolupament de l'atenció a la salut, les prioritats per l'atorgament de recolzament financer, les preguntes que es fan els investigadors,

les investigadores i els clínics, els diagnòstics d'un determinat patiment i les decisions respecte al seu tractament (Cardaci, 2004). Aquesta producció, que ha estat particularment important en el medi anglosaxó, no tracta els aspectes formatius dels professionals de la salut que òbviament s'han de sustentar, en bona part, en la prevenció dels riscos abans relacionats però que no poden perdre de vista els de la socialització individual i professional.

Creiem que les aportacions fetes per Louise Verbrugge, que en la dècada dels vuitanta va elaborar un *estat de l'art* de les investigacions nord-americanes relacionades amb el gènere i les va organitzar en cinc grups segons els aspectes prioritzats (Verbrugge, 1985: 157), podrien constituir una part del contingut del programa adreçat als professionals de la infermeria ja que contemplen aspectes de gènere importants per assolir una bona perspectiva de pràctica professional:

1. *Riscos biològics*: És a dir, haurien diferències intrínseques entre homes i dones basades en els seus gens i/o en la fisiologia del seu aparell reproductiu, fet que determinaria els diferents riscos d'emmalaltir i morir.
2. *Riscos adquirits*: Aquells vinculats a l'estil de vida, als hàbits de salut, a l'estrès ocasionat per les activitats laborals que es porten a terme.
3. *Aspectes psicosocials*: Relacionats amb la percepció i atenció dels símptomes. Homes i dones diferirien en la manera com perceben i avaluen els seus símptomes i en la seva habilitat per a portar a terme accions curatives.
4. *Conductes relacionades amb la forma en que es recull l'estat de salut* (Health Reporting Behaviour): En una entrevista, els homes i les dones no s'involucrarien de la mateixa manera ni oferirien la mateixa quantitat de dades i/o de detalls per a l'elaboració de la història clínica.
5. Antecedents relacionats amb el *tracte rebut del personal de salut* i amb *l'atenció a la salut oferida per les institucions*.

La investigació realitzada en la darrera dècada sustenta la idea de que les diferències en la salut dels homes i de les dones obeeixen principalment als rols socials diferenciats que es porten a terme. Com que allò femení i masculí canvia al llarg dels temps, com ho fan els contextos econòmics i socials, quan s'examinen les diferències entre els sexes és important apartar-se dels paradigmes generalitzadors i posar atenció en els contextes (Cardaci, 2004:33). De totes maneres, el que cal és donar una major capacitat explicativa a l'enfoc de gènere en salut. Un dels aspectes a remarcar és considerar al gènere un determinant del procés de salut-malaltia-atenció que no opera aïllat respecte altres factors de risc sociocultural com pot ser l'ètnia, la classe, etc.

L'altra part del contingut del programa adreçat als professionals de la infermeria hauria de contemplar la vessant de la identitat professional i la fonamentació de la infermeria.

Estratègia de formació pels estudiants i professionals

La proposta de formació sobre salut, gènere i programes d'estudi per a la dona hauria d'incidir en tres àmbits d'actuació diferents: l'acadèmic, el professional i el dels col·legis professionals i afectaria els seus corresponents actors. El professorat universitari, els estudiants d'infermeria, i els màxims responsables de la gestió universitària formarien part del primer, els professionals de la salut i els directius institucionals del segon i els representants col·legials del tercer. Els formadors que haurien d'actuar en l'àmbit professional i col·legial haurien de compartir la formació dels docents universitaris per homogeneitzar l'abordatge i els seus continguts. La seva temporització i planificació d'activitats seguirien tres fases aplicables a cadascun dels àmbits a formar.

Àmbit acadèmic

Primera fase exploratòria adreçada exclusivament al professorat per a conèixer la seva opinió respecte la presència del gènere en els estudis d'infermeria i en l'àmbit professionalitzador, per facilitar la identificació de biaixos de gènere en l'activitat docent i per captar les inquietuds suscitées entre el professorat. És clara l'aportació que sobre el tema del gènere, en els estudis universitaris, ens han aportat els diferents autors consultats en l'elaboració del marc teòric i que evidencien la presència de discriminació inconscient que afecta l'alumnat femení i que repercuteix en la seva integració universitària, en les responsabilitats de participació en activitats representatives institucionals, en els resultats d'aprenentatge i en la projecció professional.

Segona fase orientada a sensibilitzar el professorat vers els aspectes de gènere presents en la construcció de la identitat professional infermera, en el coneixement del procés de salut i malaltia, en la interrelació amb l'estudiant en el procés d'ensenyament-aprenentatge i en el procés de laboralització dels nous graduats. Aquesta fase hauria de tenir un format obert, de manera que s'iniciés amb una acció formativa concreta, d'aportació de conceptes, discussió dels mateixos i construcció d'estratègies a aplicar, complementada, en el temps, per un seguit de sessions de treball de tutela, conjuntes professorat i experts, on es poguessin compartir les experiències docents en els diferents àmbits on es porten a terme.

La primera i segona fase les portarien a terme formadors experts externs en salut, gènere i programes d'estudi per a la dona.

Tercera fase contempla, per una banda, l'elaboració de l'estratègia formativa adreçada als estudiants que consistiria en el disseny d'una assignatura d'edició transversal amb continguts sobre salut, gènere i programes d'estudi per a la dona per aconseguir la sensibilització i reforçar l'autoestima professional; i, per altra banda, procedir a la institucionalització de l'enfoc de la salut i dels seus professionals des d'una perspectiva de gènere.

Àmbit laboral

Primera fase exploratòria està adreçada, exclusivament, als directius institucionals, donat que creiem que, a banda de comptar amb les direccions d'infermeria, l'estratègia a seguir, en aquest context, per a poder garantir l'èxit d'implantació, és la de cercar la consideració de projecte institucional perquè avarca al conjunt de la institució i comporta la implicació de totes les direccions: les assistencials, la de recursos humans, l'econòmica-financera i la de serveis generals. L'objectiu d'aquesta primera fase és conèixer l'opinió respecte la presència del gènere en la realitat de l'organització i veure la seva projecció i efectes en l'atenció assistencial, en els professionals, en els usuaris, en la investigació etc. i així poder captar les inquietuds suscidades entre els directius. Els resultats de la nostra investigació i el marc teòric ens aporten suficients referents per arribar a considerar l'escenari laboral com una peça clau d'intervenció. És en aquest on es materialitzen les diferències de gènere i on es fa patent la seva repercussió social: tant en la projecció professional com en l'atenció dispensada als usuaris.

Segona fase orientada a sensibilitzar els directius en els aspectes de gènere presents en la realitat assistencial de les professions de la salut en general, en la construcció de la identitat professional infermera, en el coneixement del procés de salut i malaltia i les repercussions que té pels usuaris de la sanitat. D'aquesta fase hauria de sortir la voluntat d'establir accions formatives adreçades a tots els professionals assistencials, no només a la infermeria.

Tercera fase contempla l'elaboració de l'estratègia formativa que consistiria en el disseny, per una banda i en un primer temps, de sessions de sensibilització dels professionals per aconseguir la fidelització al programa de formació donat que l'execució d'aquest implica una dedicació del temps personal de cada professional. Per altra banda i en un segon temps, la realització de sessions formatives amb continguts sobre salut, gènere i programes d'estudi per a la dona per aportar informació específica i arribar a reforçar l'autoestima professional i la millora assistencial, docent, gestora i de recerca.

Les fases les portarien a terme formadors experts externs en salut, gènere i programes d'estudi per a la dona.

Àmbit dels col·legis professionals

Primera fase exploratòria està adreçada als membres de la junta de govern col·legial i la seva finalitat és conèixer la seva opinió respecte als efectes de les relacions de gènere en la infermeria. És un fet conegut que els col·legis professionals han estat molt sensibilitzats amb les percepcions dels professionals de la infermeria dins la realitat laboral i social. Les organitzacions col·legials van participar en l'elaboració del Llibre Blanc de les Professions Sanitàries i són coneixedores de la situació actual de la infermeria en la nostra societat. Els resultats de la nostra investigació i el marc teòric ens aporten suficients referents per arribar a considerar l'escenari laboral com una peça clau d'intervenció i els col·legis professionals són entitats competencialment vertebradores d'iniciatives

per a potenciar la identitat professional (assistencial, científica, docent i gestora) dels seus col·legiats/des.

Segona fase orientada a sensibilitzar membres de la junta de govern col·legial sobre els aspectes de gènere presents en la realitat assistencial de les professions de la salut en general, en la construcció de la identitat professional infermera, en el coneixement del procés de salut i malaltia i les repercussions que té pels usuaris de la sanitat. D'aquesta fase hauria de sortir la voluntat d'establir accions formatives adreçades als professionals col·legiats.

Tercera fase contempla l'elaboració de l'estratègia formativa que consistiria en el disseny, per una banda i en un primer temps, de sessions de sensibilització dels professionals per aconseguir la fidelització al programa de formació donat que l'execució d'aquest implica una dedicació del temps personal de cada professional. Per altra banda i en un segon temps, la realització de sessions formatives amb continguts sobre salut, gènere i programes d'estudi per a la dona per aportar informació específica i arribar a reforçar l'autoestima professional i la millora de l'assistència, de la gestió, de la docència i de la recerca.

Les fases les portarien a terme formadors experts externs en salut, gènere i programes d'estudi per a la dona.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ABBOTT, A. (1988) *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. (The University of Chicago Press. Chicago)
- ABEL, B. (1970) *A history of the Nursing Profession*. (Heinemann. Londres)
- Acta Memoria de la sesión inaugural de la Asociación de Practicantes (1895). (Casa Provincial de Caridad. Barcelona)
- AGUIRRE, B. (1995) *Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. (Marcombo. Barcelona)
- ALBERDI, R. M. (1993) *La identidad profesional de la enfermera*. Rol de Enfermería, 170, 1993: 39-44
- ALBERDI, R. M. (1993) *Las enfermeras para el tercer milenio*. Rol de Enfermería, 178, 1993: 43-50
- ALBERDI, R. M. (1995) *Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis (I)*. Rol de Enfermería, 197, 1995: 13-17
- ALBERDI, R. M. (1995) *Las enfermeras como trabajadoras de empresas en crisis (II)*. Rol de Enfermería, 198, 1995: 13-16
- ALBERDI, R. M. (1997) *Mujeres enfermeras en España*. Rol de Enfermería, 223, 1997: 64-70
- ALBERDI, R. M. (1998) *Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras*. Rol de Enfermería, 239-240, 1998: 27-31
- ALBERDI, R. M. (1998) *..y mañana, ¿qué?. Un análisis sobre las innovaciones del sistema sanitario, así como presenta y futuro del trabajo enfermero*. Metas de Enfermería, 1, 1998: 40-48
- ALBERDI, R. M. (1998) *Enfermería y poder*. (Eudema. Barcelona)
- ALBERDI, R. M. (1999). *La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España*. Metas de Enfermería, 11, 1998-1999: 20-26
- ALBERDI, R. M. (1999) *Dones sanitàries: una història de gènere*. B&D Institut Borja de Bioètica, 1999: 11-15
- ÁLVAREZ, J. i MURGA, J. (1955) *Historia de la profesión*. (Academia Murga. Madrid)
- ÁLVAREZ, J. (1975) *Historia de la profesión*. (Murga. Madrid)
- Anales del Colegio de Belén. Barcelona, 1540-1700. Archivo Romano de la Sociedad de Jesús, 1683, pàgs. 808-810, citat en Congregación de la Natividad de Ntra. Sra. (Darderas). Documentos y Comentarios (1599-1790), vol. I. (Instituto Hermanas Franciscanas Misioneras. Barcelona)
- AUBET, M. J. et al. (2001) *Mujer y ciudadanía. Del derecho al voto...al pleno derecho*. (Edicions Bellaterra. Barcelona)
- BALLARÍN, P. (1992) *Feminización de la universidad*, en *Feminismo, ciencia y transformación social de Cándida Martínez López*. (Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada)
- BEL, A. (1998) *La mujer en la historia*. (Ediciones Encuentro. Madrid)
- BELENKY, M. F. et al. (1996) *Women's Ways of Knowing. The Development of Self, Voice and Mind*. (Andrews. New York)

- BENNASSAR, B. (1981) *La Inquisición española: poder político y control social.* (Crítica. Barcelona)
- BERICAT, E. (1998) *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social.* (Ariel Sociología. Barcelona)
- BLACK, C. (1990) *The Case for Single Sex Colleges.* The Boston Sunday Globe, 20 de mayo de 1990
- BONDER, G. (1996) Reflexiones sobre modelos y estrategias para incorporar los estudios de la mujer en la educación superior. Ponència presentada en el Seminario Regional sobre el Desarrollo de Currícula y la Preparación de Materiales de Enseñanza en Estudios de la Mujer. Buenos Aires
- BOURDIEU, P. (1996) *Coses Dites.* (Ed. Gedisa. Barcelona)
- BRETÓN D. (1978) *Visió històrica de l'Hospital General de Santa Creu de Barcelona.* (Dalmau. Barcelona)
- BROWN, R.G.S. et al. (1973) *The male nurse* Occasional Papers on Social Administration, 52, New York
- BRUN, C. (1977) *Rotación de los servicios clínicos.* (Eunsa. Pamplona)
- BRUNIQUEL, E.G. (1916) *Rubriques.* vol V (Imprenta d'Henrich. Barcelona)
- BURRAGE, M., TORSTENDAHL, R. (1990). *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy.* (Ed. Sage. London)
- BURRAGE, M., TORSTENDAHL, R. (1990) *Professions in theory: rethinking the study of the professions.* (Ed. Sage. London)
- BUTLER, J. (1999) *Transforming the Curriculum. Ethnic Studies and Women's Studies.* (State University of New York Press. Nueva York)
- CANALS, J. (1984) *La desfeminització de la infermeria: tecnologia, ideologies i divisió sexual del treball en l'evolució d'una professió.* Tesi de Llicenciatura, (Universitat Rovira i Virgili. Tarragona)
- CAÑADELL, J.M. (1975) *Idoneidad, conocimientos y destrezas,* a Formación de la enfermera (Eunsa, Pamplona)
- CARBÓN, D. (1956) *Libro del arte de las comadres,* citat per en Manuel Usandizaga: *La obstetrícia de Damián Carbón.* XV Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Madrid
- CARDACI, D. (2004) *Salud, género y programas de estudios de la mujer en México.* (Universidad Nacional Autónoma de México. México)
- CARRASCO (1899) *Reseña de una visita a algunos hospitales extranjeros y españoles.* (Imprenta de la Casa de Misericordia. Bilbao)
- CARRASCO P. (1948) *Practicantes.* (Minerva. Salamanca)
- CARRERE, M. (1786) *Manual para el servicio de los enfermeros o resumen de los conocimientos necesarios a las personas encargadas de ellos y de las paridas recién-nacidos.* (Vda. Piferrer. Barcelona)
- CASTAÑEDA, P. et al. (1975) *Moral profesional, el Tratado del ayudante en medicina y cirugía.* (Oteo. Madrid)
- CEA D'ANCONA, M.A. (1996) *La investigación social mediante encuesta.* En: *Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social.* (Síntesis. Madrid)
- COLLIÈRE, M.F. (1993) *Promover la vida.* (McGraw-Hill/Interamericana de España. Madrid)

- Constitucions de Hospital General de Santa Creu: 1756 (1756). (Francisco Suria. Barcelona)
- COMENGE, L. (1908) La medicina en Cataluña. (Impremta Henrich. Barcelona)
- CONDE DE FLORIDABLANCA (1787). Censo español executado de orden del Rey en el año 1787. (Imprenta Real. Madrid)
- De BARBIERI, T. (1998) Acerca de las propuestas metodológicas feministas (IIS-UNAM. México)
- DE BEAUVOIR S. (1970) El segundo sexo. (Eudema. Madrid)
- DE LA QUINTANA, P. (1938) *El problema de la asistencia en España y la obra nacional de medicina social*. (Asociación Española para el progreso de las ciencias. XV Congreso. Santander)
- DEL BRAVO, M. A. (1998) La mujer en la historia. (Ediciones Encuentro. Madrid)
- DELOUGHERY, G. L. (1977) History and Trends of Professional Nursing. 8ª ed. (Mosby. San Luis)
- DE MIGUEL, J. M. (1976) La reforma sanitaria en España. (Cambio 16. Madrid)
- DE MIGUEL, J. M. (1982) *Feliz bicentenario*, Revista Rol de Enfermería.
- DE MIGUEL, J. M. (1983) Estructura del sector sanitario. (Tecnos. Madrid)
- DIETTER J. (1976) Los hospitales en la Edad Media, en Pedro Lain Entralgo
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1983) Sociología y enfermería (Ed. Pirámide. Madrid)
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1986) Los cuidados y la profesión enfermera en España. (Ed. Pirámide. Madrid)
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1993) Dimensiones del cuidar en los servicios sanitarios. Tesis doctoral. Departament de Sociologia i Metodologia de les Ciències Socials (Universitat de Barcelona. Barcelona)
- DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (2001) Construyenso el equilibrio: mujeres, trabajo y calidad de vida. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. Madrid)
- ELIAS, N. (2001). La sociedad de los individuos. (Ed. Península. Madrid)
- ENRIQUE, L. (2003) La mirada cualitativa en Sociología. (Fundamentos. Madrid)
- ESCÓS, J. (1977) Ética profesional de la enfermera (Eunsa. Pamplona)
- ESEVERRI, C. (1995) Historia de la enfermería española e hispanoamericana (Salvat. Barcelona)
- ESTEBAN, M. L. (2000) El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud (Altimira. Madrid)
- ESPALZA, E. (1899) Reseña de una visita a algunos hospitales extranjeros y españoles. (Imprenta de la Casa de Misericordia. Bilbao)
- FAIRCHILD, H.(1992) Diccionario de sociologia (Fondo de Cultura Económica. México)
- FAURE VENDRELL, T. (2004) *Síndrome de Burn out en enfermería: grupo de alto riesgo*. Rol Enfermería, XI (116):53-56
- FONT, J.M. (1935) Manual práctico de la enfermera. (Bazar Médico Qurúrgico. Barcelona)
- FRA FRANCESC EIXIMENIS: *Lo llibre de les dones*, edició crítica a càrrec de Frank Naccarato (1981). (Curiel Ed. Catalanes. Barcelona)

- FREIDSON, E. (1978) La profesión médica. (Península. Barcelona)
- FREIDSON, E. (1988) Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. (The University of Chicago Press. Chicago)
- FUNDICHELY, M. (1999) Enfermería y las relaciones de género. (Ediciones Pedro Díaz Coello. Cuba)
- GAIBROIS de BALLESTEROS, M. (1955) Homenaje a la memoria de Doña María Goyri de Menéndez Pidal. (Editorial Sape. Madrid)
- GARCÍA BAÑÓN, A. i col. (2002) El grupo de discusión. *Índex de Enfermería*, 38: 27-29
- GARCÍA CALVENTE, M.M. (2001) Las mujeres como cuidadoras de salud en el sistema informal. (Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada)
- GARCIA FERNANDO, M., IBÁÑEZ, J. i ALVIRA, F. (1989) El análisis de la realidad social. Métodos i técnicas de investigación. (Alianza Universidad. Madrid)
- GARCÍA TORNEL, L. (1935) Manual del practicante y de la enfermera. (Ed. Bosch. Barcelona)
- GARZARO, R. (1977) Diccionario de política. (Tecnos. Madrid)
- GEFFRAY, Ch. (2000) Nem Pai nem Mae. Crítica do parentesco: o caso macua [Ni père ni mère. Critique de la parenté: le cas makhua, 1990]. Colecção Estudos Africanos. (Editorial Ndjira. Lisboa)
- GOETZ, J.P. i LeCOMPTE, M.D. (1988) Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa (Morata, Madrid)
- GRANJEL, L. *La Tocoginecología española del renacimiento*. Cuadernos de historia de la Medicina Española, vol. XV
- HERNÁNDEZ, F. (1978) *La profesión de enfermera*, a Jesus M. de Miguel (comp.): Planificación y reforma sanitaria. (Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid)
- HERRERO, J. A. (1993) La sociedad gay: una invisible minoría. (Claves de razón práctica. Madrid)
- HIJOS DE LA CONGREGACIÓN DEL VENERABLE BERNARDINO OBREGÓN. Instrucciones de Enfermeros (1650). (Pablo de Val. Madrid)
- Historia Universal de la Medicina. Tomo III (Salvat. Barcelona)
- HORNO, M. (1980) *La matrona española: una profesión en crisis*. Rol de Enfermería, 28, 1980: 57
- IBÁÑEZ, J. (1989) Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión (en García Fernando)
- INSTITUTO NACIONAL D'ESTADÍSTICA (2003)
- IZQUIERDO, M. J. (2001) Sin vuelta de hoja. Sexismo: poder, placer y trabajo. (Edicions Bellaterra. Barcelona)
- JINKS, A i BRADLEY, E. *Students' perceptions of nursing stereotypes*. Nurse Education Today 24 (2):121-127. February 2004
- JULIANO, D. (1989) Àmbito domèstic y autorreproducció social. (Centre d'Investigació de les Dones. Universitat de Barcelona. Barcelona)
- KARAOZ, S. (2004) *Change in nursing students' perceptions of nursing their education: the role of the Introduction to Nursing course in this change*. Nurse Education Today 2004, 24, 128-135

- KRAUSSE, E. (1978) *Power and Illness: The Political Sociology of Health and Medical Care*. 3ª ed. (Elsevier. Nueva York)
- LACALLE, D. (1976) *Los profesionales en el Estado Español. Situaciones objetivas y formas de organización*. (Ediciones de la Torre. Madrid)
- LAFFITE, M. R., CAMPO, C. (1964) *La mujer del provenir*. Arenal, Madrid)
- LAIN, P. (1976) *Historia Universal de la Medicina*. (Salvat. Barcelona)
- LAMAS, M. (2000) *Diferencias de sexo, género y diferencia sexual, a Cuicuilco*, vol. 7(18):95-118.
- LEININGER, M. (1972) *Transcultural Nursing. Concepts, Theories and Practices*. (Wiley and Sons. Nova York)
- LÉVI-STRAUSS, C. (1989) *Des symboles et leurs doubles*. (Plon. Paris)
- LÓPEZ, G. (2001) *El sistema sanitario español: evolución reciente (1997-1998)*. (Fundación BBV. Madrid)
- LÓPEZ FERNÁNDEZ, L.A. (2001) *Diferencias en el ejercicio profesional entre médicos y médicas en atención primaria*. (Escuela andaluza de Salud Pública. Granada)
- LÓPEZ PIÑERO, J. M. et. al. (1964) *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*. (Sociedad de Estudios y Publicaciones. Madrid)
- *Los hermanos del Hospital de la Santa Cruz (1935)*. (Librería Casulleras. Barcelona)
- LUPIANI GIMÉNEZ, M. (2000) *La enfermería española víctima dels burn-out*. *Scientia*, 5 (1-2): 87-97
- LLIBRE BLANC de les professions sanitàries a Catalunya (2003). Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona
- NAVARRO R. (2001) *Historia de las instituciones sanitarias nacionales*. (Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III. Madrid)
- NAVARRO R. (2002) *Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX*. (Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III. Madrid)
- NELKEN, M. (1919) *La condición social de la mujer en España*. (Minerva. Barcelona)
- NEWLAND, K. (1982) *La mujer en el mundo moderno*. (Alianza Universidad. Madrid)
- NIGHTINGALE, F. (1970) *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. (1ª ed. en 1859) (Duckworth. Londres)
- MARCO, L. (1902) *En el prólogo a la obra póstuma de Federico Rubio y Gali: La mujer gaditana*. (Idanor Moreno. Madrid)
- MARSILLACH, J. (1897) *Vademécum del practicante*. 2ª edició (Jaime Jepús. Barcelona)
- MARTÍ, J.M. (1977) *Reglamentos per les Senyores Hermanas Enfermeras dedicades al Servey del Pobres del Hospital de Santa Creu de Barcelona, Any 1793* (Arxiu Diocesà i Biblioteca Pública Episcopal. Barcelona)
- MARTÍNEZ, C. (1998) *Cinco notas en torno a la investigación. Condición de la mujer i salud*, a J. Figueroa: *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. (El Colegio de México. México)
- MARTÍNEZ, C. (1995) *Feminismo, ciencia y transformación social*. (Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada)

- MAZARRASA, L. (2001) *Els cuidats a la salut i els rols de gènere*. Congrés Gènere i Salut (Universidad de Granada)
- MCILFATRICK, S. *The future of nurse education: characterised by paradoxes*. Nurse Education Today (2004), 24, 79-83
- MILLER, F. (2003) *Working for health*. (Elsevier. Leicester)
- MIQUEO, C. et al. (2001) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuadas no previstas*. (Minerva Ediciones, S.L. Madrid)
- MOORE, G. B. (1997) *La sanidad en el tercer milenio: cómo la revolución tecnológica está cambiando el pulso de la sanidad*. (Andersen Consulting, DL. Bilbao)
- MOORE, H. (1996) *Antropología y feminismo*. (Edicions Càtedra. Madrid)
- MORAGÁS, F. (1931) *Ética profesional de las enfermeras sociales*, en Manual de la enfermera social. (CPVA. Barcelona)
- MURGA, J. (1942) *La enfermera española*, 4ª ed. (Onofre Alonso. Madrid)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1988). *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. (Organización Mundial de la Salud, Ginebra, pp.88-89).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1998). *Salud para todos en el siglo XXI* (Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid)
- ORIZO, F. A., ROQUE, M.A. (2001) *Els catalans a l'enquesta europea de valors. Catalunya 2001*. (Institut Català de la Mediterrània d'Estudis i Cooperació (Generalitat de Catalunya) i Editorial Proa. Barcelona)
- ORTEGA, M.C. (2002) *De ATS a Diplomado en Enfermería (1953-2002)* Revista Rol. Enf 2002: 25(9): 576-581
- ORTÍZ DE LANDÁZURI, E. (1975) *En torno a la docencia en enfermería en J,M, Cañadell: Formación de la enfermera* (Eunsa. Pamplona)
- ORTIZ GÓMEZ, T. (1987) *Médicos en la Andalucía del siglo XX. Número, distribución, especialismo i participación social de la mujer*. (Ed. Fundación Averroes. Granada)
- ORTIZ GÓMEZ, T. (1996) *Mujeres de ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas*. (Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada. Granada)
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2000) *Androcentrismo y género en medicina a lo largo de la historia*. Atención Primaria, 26, 2000, supl. 1: 185-187
- ORTIZ GÓMEZ, T., (2001) *El género, organizador de profesiones sanitarias*. Miqueo, Consuela et al. (eds.). *Perspectivas de género en salud*. Madrid, Biblioteca Nueva-Minerva, 2001: 30-61
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2001) *Espacios de sociabilidad femenina en la profesión médica de los siglos XIX y XX*. Vicky Frías (ed) *Las mujeres y la ciencia ante el siglo XXI*. Madrid, Universidad Complutense, 2001: 71-90
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2002) *El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer*. Elvira Ramos (ed). *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, 2002: 29-42
- PADRE H. FLÓREZ (1723) *España Sagrada*. T XIII (Oficina Pedro Martín. Madrid)
- PARSONS, T. (1951) *The Social System* (The Free Press. London)

- PERA, I. (1997) La dualitat del model assistencial. *Infermeria Barcelona*, núm. 9. Maig 1997
- PÉREZ, A. (1980) La pobreza y la asistencia a pobres en la Cataluña medieval. (Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Barcelona)
- PERINAT, A. i MARRADES, I. (1980) *Mujer, prensa y sociedad en España, 1800-1939*. (Centro de Investigaciones Sociológicas. Madrid)
- PIJOÁN, B. (1919) *La enfermera moderna* (Arte y Letras. Barcelona)
- PINES A. (1999) *The Relationship of Burnout, Stress, and Hardiness in Nurses* (Mosby. Dallas)
- PIQUER, A. i BROUSSAIS F. (1998) *Semiologia de l'androcentisme. Teories sobre reproducció* (Universitat de Barcelona. Barcelona)
- Programa de la Mancomunitat de Catalunya. *Escuela de Enfermeras Auxiliars de Medicina* (1917). (Departament d'Instrucció Pública. Barcelona)
- Programa de la Escuela de Enfermeras Auxiliares de Medicina (1922). (Departament d'Instrucció Pública. Barcelona)
- Report of the Committee on Nursing (1978). (HMSO. Londres)
- ROCA, J.M. (1914) *La medicina catalana al temps del rei Martí*. (L'Avenç. Barcelona)
- ROCA J.M. (1920) *Ordinacions del hospital General de la Santa Creu de Barcelona*. (Fidel Giró. Barcelona)
- ROCHER, G. (1997) *Introducción a la sociologia general*. (Herder. Barcelona)
- RODRIGUEZ GÓMEZ, G i col, (1996) *Metodología de la investigación cualitativa* (Alije. Málaga)
- RODRÍGUEZ MÉNDEZ, R. (1907) en el pròleg de J. Villar: *Manual práctico de la enfermera hospitalaria y doméstica*. Barcelona: Arturo Suárez.Roper, Nancy et al (1980). *Elements of Nursing*. (Churchil Livingstone. Edimburg)
- SADKER, D. (1991) *Sexism in American Education: The Hidden Curriculum en Women*. Work School. Occupational Segregation and the Role of Education. Boulder, 1991
- SALVADOR, A., PEIRÓ, J.M. (1986) *La madurez vocacional. Evaluación, desarrollo y programas de intervención*. (1ª edició) (Ed. Alhambra, S.A. Madrid)
- SANDLER, B., HALL R. (1992) *The Classroom Climate: A Chilli one for Women?*, Washington DC. Project on the Status and Education of Women at the Association of American College, 1992
- SANTOS, M.A. (1998) *Hacer visible lo cotidiano* (Alcal. Madrid)
- SANTOS, M.A. (1999) *La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud*. *Atención Primaria*, vol. 24, Nº 7, 425-430 (Alcal. Madrid)
- SEYMAR L. (1960) *Florence Nightingale's nurses*. (Pitman. Londres)
- SIGEL, R. (1996) *Ambition and Accommodation. How Women View Gender Relation*. (The University of Chicago Press. Chicago)
- STRAUSS, A. (1966) *The Structure and ideology of American Nursing: An interpretation*, en Fred Davis: *The Nursing Profession: Five Sociological Essays*. (John Wiley. Nueva York)

- SUPER, D. (1967) Psicología de los intereses y las vocaciones. (Editorial Kapelusz, S. Buenos Aires)
- SURIA F. (1756) Molt Illustre Administració: Constitucions que deuen observarse en la Iglesia y Hospital General de Santa Creu. (Barcelona)
- TEY, R. (1979) *60 anys de l'Escola d'Infermeria*. Quaderns de la obra social. (Fundació Caixa de Pensions per a la Vellesa i Estalvis. Barcelona)
- THOMSON, L. et al. (1975) *Sociology: Nurses and their Patients in a Modern Society*. (Mosby. San Luis)
- Un germà de la Caritat: Los hermanos del Hospital de la Santa Cruz (1935) (Librería Casulleras. Barcelona)
- USANDIZAGA, M. (1952) Manual de la enfermera. (Ed. Mayfé. Madrid)
- VALLES, M.S. (1997) Diseños y estrategias metodològicas en los estudios cualitativos. En: *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. (Síntesis. Madrid: 69-105)
- VALLS MARIN, C. (1940) Manual de la enfermera. (Llibreria General. Saragossa)
- VALLS MOLINS, R. (1996) Història de la professió d'infermeria. (Publicacions Universitat de Barcelona. Barcelona)
- VERBRUGGE, L. (1985) *Gender and Health: An Update on Hypothesis and Evidence*, a Journal of Health and Social Behaviour, vol. 23, 3: 156-182
- VILLAR, J (1907). Manual práctico de la enfermera hospitalaria y doméstica. (Arturo Suárez. Barcelona)
- VINYOLES, T. (1976) Les barcelonines a les darreries de l'edat mitjana (1300-1410). (Dalmau. Barcelona)
- VINYOLES, T. (1982) *Els infants abandonats a les portes de l'Hospital de Barcelona*, en La pobreza y la asistencia a los pobres en la Cataluña medieval. vol. II. (CSIC. Madrid)
- VOLKOFF, V. (1984) Elogio de la diferencia. El complejo de proscuto. Cuadernos Íntimos 13 (Tusquets editores. Barcelona)
- WILLIAMS, K. (1978) *Ideologies of nursing their menings and implications* en Robert Dingwal i Jean McIntosch: Readings in the Sociology of Nursing. (Churchill Livingstone. Edimburg)
- ZAVALLONI, R. (1969) Psicopedagogía de las vocaciones (Ed. Herder. Barcelona)

ANNEXES

ANNEXES

ANNEX 1: APORTACIONS OBTINGUDES EN ELS GRUPS NOMINALS

ANNEX 2: GUIÓ UTILITZAT EN ELS GRUPS DE DISCUSSIÓ

ANNEX 3: GUIÓ UTILITZAT EN LES ENTREVISTES

ANNEX 4: MODELS DE QÜESTIONARIS

ANNEX 5: APORTACIONS OBTINGUDES EN ELS GRUPS DE DISCUSSIÓ (En CD adjunt)

ANNEX 6: TRANSCRIPCIÓ LITERAL DELS GRUPS DE DISCUSSIÓ I DE LES ENTREVISTES (En CD adjunt)

ANNEX 7: DADES LITERALS REGISTRADES A PARTIR DELS ARTEFACTES ETNOGRÀFICS DOCUMENTALS (En CD adjunt)

ANNEX 8: TAULES DE COL·LEGIACIÓ I DISTRIBUCIÓ DELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA DE LA REGIÓ SANITÀRIA GIRONA

ANNEX 1: APORTACIONS OBTINGUDES EN ELS GRUPS NOMINALS

RESULTATS, CLASSIFICACIÓ I PRIORITZACIÓ D'APORTACIONS

GRUP NOMINAL: vuit grups:

- 1- Grup Nominal infermeres incorporades a l'àmbit laboral.
- 2- Grup Nominal infermers incorporats a l'àmbit laboral.
- 3- Grup Nominal metgesses incorporades a l'àmbit laboral.
- 4- Grup Nominal metges incorporats en l'àmbit laboral.
- 5- Grup Nominal estudiants d'infermeria dones.
- 6- Grup Nominal estudiants d'infermeria homes.
- 7- Grup Nominal estudiants de medicina dones.
- 8- Grup Nominal estudiants de medicina homes.

PREGUNTA FORMULADA:

Què en penses de la professió infermera? (Adreçada als professionals i estudiants d'infermeria).

Què en penses de la professió metge / metgessa? (Adreçada als professionals i estudiants de medicina).

A continuació, es presenten els resultats obtinguts estructurats de la manera següent:

- 1- SÍNTESI D'APORTACIONS PRIORITZADES (taula)
- 2- RESULTATS D'APORTACIONS TOTALS PER A CADA GRUP

1- SÍNTESI D'APORTACIONS PRIORITZADES

Infermeres	Infermers	Metgesses	Metges
1-Gran component vocacional	1- Profesió molt pressionada per l'entorn sanitari i social	1- Pèrdua reconeixement social	1- Pèrdua reconeixement social
2- Profesió diferent perquè es treballa amb i per persones malaltes	2- Profesió desgastada per la desmotivació dels professionals	2- Greuges econòmics comparats amb altres professions	2- Profesió molt diferent a totes les altres
3- Penositat professional vinculada a sou, horaris, vacances	3- El canvi del sistema sanitari sempre repercuteix sobre la infermeria	3- Diferències de gènere	3- Profesió sanitària amb més reconeixement en el context de les professions de la salut
4- Profesió orientada a la dona per raons de gènere	4- La feminització ha fet perdre poder a la infermeria	4- Risc de denúncia permanent	4- Profesió vocacional
5- Profesió que té un estatus inferior al mèdic	5- El sentiment d'altruisme i de servei no ha fet progressar les reivindicacions del col·lectiu	5- Component vocacional	5- Profesió molt mal pagada
6- Profesió totalment dependent del metge	6- Profesió on el rol de gènere hi és molt present	6- Profesió que combina la ciència i l'humanitarisme	6- Professionals que produeixen en la cadena sanitària
7- Profesió que perpetua el rol home/dona	7- Profesió molt sacrificada pels torns, dies de treball, vacances	7- Lideratge de la sanitat	7- Sotmesa a fortes pressions per part dels usuaris i de l'administració
8- La profesió ha de ser independent i la infermeria s'ho ha de creure	8- La infermeria no té consciència de grup ni corporativisme	8- Protecció i protagonisme institucional	8- Comporta una gran responsabilitat i compromís
9- Profesió amb un paper secundari dins les	9- Profesió mal pagada	9- Reconeixement personal a nivell d'usuari	9- Profesió que es transforma amb la incorporació de la

professions de la salut			dona
10- Rol social de la dona cuidadora i reproductora que s'exporta a la feina	10- Professi3 que ha estat vetada pels metges	10- Desconfiança i exigència per part dels usuaris	10- Feminització de la professió perquè està mal pagada
11- Les infemeres tracten als metges igual que els homes a casa	11- Professi3 que engloba rols molt diferenciats	11- La presència de la dona genera també desconfiança en l'usuari	11- Professi3 que ha perdut el seu encant i l'idealisme
12- Manca de reconeixement del professional metge	12- Professi3 poc coneguda per part dels usuaris	12- Professi3 que permet ajudar als altres	12- Professi3 que permet relacionar-se amb tota la societat
13- Professi3 que implica molts problemes de conciliació familiar	13- Professi3 que discrimina els homes	13- Professi3 que genera adquirir coneixement d'una manera constant	13- L'existència d'instabilitat propicia l'interès per a fer medicina

Est. Inf. dones	Est. Inf. homes	Est. Med. dones	Est. Med. homes
1- La vocació és imprescindible	1- Professi3 diferent d'altres	1- Professi3 que requereix un gran esforç d'estudi	1- Professi3 que implica molts anys d'estudi
2- Professi3 diferent d'altres	2- Poc reconeixement social	2- Professi3 amb molta responsabilitat	2- Professi3 que comporta molta responsabilitat
3- Presència d'estereotipació	3- Professi3 per promocionar-se	3- Professi3 molt pressionada per les exigències de l'usuari	3- Molts anys de professionalització
4- La societat no coneix la feina	4- Professi3 poc autònoma	4- Carrera llarga que dificulta la independència	4- Professi3 diferent a les altres
5- Les infermeres permeten la reproducció dels estereotips	5- Poc reconeixement professional per ser dones	5- Professi3 que es manté activa totes les hores de la vida	5- Professi3 que requereix una dedicació constant
6- Professi3 que avança molt lentament	6- Carrera impregnada d'estereotips femenins	6- Professi3 molt mitificada	6- La formació continuada s'allarga tota la vida laboral
7- Penositat professional	7- La Infermera no es considera una professional	7- Professi3 vocacional	7- Implica una llarga dependència de la família

8- Carrera curta que permet treballar en 3 anys	8- Mateixa professió discrimina els homes	8- Professi3 molt compromesa	8- Professi3 necessària per a la societat
9- Absència d'identitat pr3pia	9- Carrera curta per guanyar-se la vida	9- Professi3 que la gent veu amb respecte	9- Professi3 en la que es necessita tenir certs valors personals
10- Professi3 molt vinculada al metge	10- Desconeguda per la societat	10- Professi3 en la que encara predomina l'estereotip masculí	10- Professi3 vinculada al coneixement
11- Professi3 molt bonica		11- Professi3 en procés de degradaci3 social	11- Professi3 vocacional
12- La societat no la valora		12- Professi3 com qualsevol altra	12- Professi3 que ha perdut valor
13- Implica desenvolupar valors i qualitats humanes		13- Professi3 que per la seva durada i intensitat discrimina la dona	13- Professi3 que encara té impacte en els usuaris de la societat
14- La infermera com l'ajudant del metge		14- Professi3 mal pagada	

2-RESULTATS D'APORTACIONS TOTALS PER A CADA GRUP

GRUP NOMINAL INFERMERES INCORPORADES A L'ÀMBIT LABORAL

Número total de persones participants: 5

Aportacions totals: 43

- 1- Profesió amb gran component vocacional.
- 2- Profesió diferent de les altres pel fet de treballar amb gent malalta.
- 3- Profesió que implica molts problemes de conciliació familiar.
- 4- Profesió diferent perquè es treballa amb i per persones malaltes.
- 5- Profesió amb esperit de servei als altres.
- 6- Profesió amb visió holística del pacient.
- 7- Profesió que sap observar, organitzar i executar.
- 8- Penositat professional vinculada a sou, horaris, vacances.
- 9- Profesió curta que proporciona independència econòmica.
- 10-Profesió orientada a la dona per raons de gènere.
- 11-Professionalització resultant de les voluntats d'una època determinada: la dona tenia cura dels malalts o ensenyava a nens.
- 12-Profesió humanitària que fa més social a la persona.
- 13-Profesió amb dues vessants molt clares: la biomèdica i la psico-social.
- 14-Profesió que permet atendre el malalt d'una manera global.
- 15-Profesió més propera a la persona que la medicina.
- 16-Profesió relacionada directament amb la dona.
- 17-Profesió que perpetua el rol home/dona.
- 18-Profesió que discrimina els llocs de treball segons el gènere.
- 19-Profesió femenina pel rol de dona cuidadora.
- 20-Profesió amb molta capacitat de treball, qualitats humanes, assequible i amb una clara visió pràctica i didàctica.
- 21-Profesió que es fonamenta en el rol social de la dona cuidadora i reproductora que s'exporta a la feina.
- 22-Profesió que té un estatus inferior al mèdic i això produeix servilisme i relacions desiguals.
- 23-Exclusió del professional home de l'atenció directa.
- 24-Profesió que té un reconeixement diferent si la fa un home infermer o una dona infermera.
- 25-L'home infermer tendeix a ocupar llocs més tècnics amb poc contacte amb els pacients.
- 26-Profesió de servei.
- 27-Profesió que afavoreix l'accessibilitat a l'usuari.
- 28-Profesió que s'estudiava per voluntats dels pares o de la societat.
- 29-Treballar amb gent malalta vol dir quelcom més que ser una bona professional.

- 30-Professió que aporta riquesa personal.
- 31-L'usuari reconeix la feina personal de la infermera però no la del col·lectiu.
- 32-L'usuari cada dia és més exigent i poc col·laborador.
- 33-L'usuari no veu a la infermera més professional que abans.
- 34-Professió totalment dependent del metge.
- 35-L'usuari veu a la infermera com la seva interlocutora però sempre sota el metge.
- 36-La professió ha de ser independent i la infermeria s'ho ha de creure.
- 37-La medicina va per a una banda i la infermeria per a una altra.
- 38-La infermeria no s'adapta al rol autònom.
- 39-Els metges actuen diferent amb un infermer que amb una infermera.
- 40-Costa veure a la infermera com una professional.
- 41-Professió amb un paper secundari dins les professions de la salut.
- 42-Manca de reconeixement del professional metge. La infermera és la seva ajudant.
- 43- Les infermeres tracten els metges igual que els homes a casa. No se'ls obliga a agafar cap responsabilitat de les tasques assignades.
- 44-La professió perpetua el rol home /dona.
- 45-Professió que té un estatus inferior al mèdic i això produeix servilisme i relacions desiguals.

No es van demanar aclariments.

Es va arribar al consens de 39 aportacions (eliminació de 6 per considerar-les que estaven repetides (núm.2, 14, 16, 26, 44 i 45).

APORTACIONS SELECCIONADES MITJANÇANT VOTACIÓ

Es van seleccionar mitjançant votació un total de 17 aportacions considerades les més importants:

- 1- Professió amb gran component vocacional (15 punts).
- 2- Professió que implica molts problemes de conciliació familiar (6 punts).
- 3- Professió diferent perquè es treballa amb i per persones malaltes (15 punts).
- 4- Professió amb esperit de servei als altres (6 punts).
- 5- Professió amb visió holística del pacient (6 punts).
- 6- Penositat professional vinculada a sou, horaris, vacances (15 punts).
- 7- Professió orientada a la dona per raons de gènere (13 punts).
- 8- Professió que perpetua el rol home/dona (12 punts).
- 9- Professió amb molta capacitat de treball, qualitats humanes, assequible, amb una clara visió pràctica i didàctica (6 punts).
- 10-Professió que es fonamenta en el rol social de la dona cuidadora i reproductora que s'exporta a la feina (11 punts).
- 11-Professió que té un estatus inferior al mèdic i això produeix servilisme i relacions desiguals (13 punts).

- 12-L'home infermer tendeix a ocupar llocs més tècnics amb poc contacte amb els pacients (5 punts).
- 13-Professió totalment dependent del metge (13 punts).
- 14-La professió ha de ser independent i la infermeria s'ho ha de creure (12 punts).
- 15-Professió amb un paper secundari dins les professions de la salut (12 punts).
- 16-Manca de reconeixement del professional metge. La infermera és la seva ajudant (9 punts).
- 17- Les infermeres tracten els metges igual que els homes a casa. No se'ls obliga a agafar cap responsabilitat de les tasques assignades (11 punts).

FASE FINAL DE DISCUSSIÓ

- 1- L'element vocació com a element necessari per seguir desenvolupant la professió.
- 2- La professionalitat versus la vocació.
- 3- La sanitat ha de tenir en compte que especialment en els hospitals, hi treballen gran nombre d'infermeres que estan en una mateixa franja d'edat, de 45-47 anys.
- 4- Els col·legis professionals i les escoles universitàries d'infermeria haurien de prendre partida en la situació de manca d'evolució del col·lectiu d'infermeria.
- 5- Els aspectes de gènere s'han de treballar entre els professionals per donar embranzida a la infermeria.
- 6- Les diferències de gènere estan molt presents en la relació i consideració laboral.
- 7- La incorporació de la dona a la medicina genera també problemes de relació. Les metgesses tendeixen a adoptar un model de relació amb els professionals de la infermeria similar al del metge.

GRUP NOMINAL INFERMERS INCORPORATS A L'ÀMBIT LABORAL

Número total de persones participants: 5

Aportacions totals: 20

- 1- Professió que està al servei de la societat.
- 2- Professió molt pressionada per l'entorn sanitari i social.
- 3- Professió molt especial ja que engloba el tracte amb les persones, la vida i la responsabilitat de no equivocar-se.
- 4- Professió a la que cada vegada se li demana més.
- 5- El canvi del sistema sanitari sempre repercuteix sobre la infermeria.
- 6- El sentiment d'altruïsm i de servei no ha fet progressar les reivindicacions del col·lectiu.
- 7- Professió que suporta molta càrrega assistencial.
- 8- Professió mal pagada.
- 9- Professió molt sacrificada pels torns, dies de treball, vacances.

- 10-Professió desgastada per la desmotivació dels professionals.
- 11-Professió poc coneguda per part dels usuaris.
- 12-Professió que engloba rols molt diferenciats.
- 13-Professió que discrimina els homes.
- 14-Professió que es pot compaginar amb altra activitat remunerada.
- 15-Professió molt enfocada a l'assistència i poc en la docència i recerca.
- 16-Professió que ha estat vetada pels metges que no l'han deixat créixer ni institucionalment ni acadèmicament.
- 17-La feminització ha fet perdre poder a la infermeria.
- 18-Professió amb unes tasques pròpies i ben diferenciades de la medicina.
- 19-Professió on el rol de gènere hi és molt present.
- 20-La infermeria no té consciència de grup ni corporativisme.

No es van demanar aclariments.

Es va arribar al consens de 18 aportacions (eliminació de 2 per considerar-les que estaven repetides (núm. 4, 7)).

APORTACIONS SELECCIONADES MITJANÇANT VOTACIÓ

Es van seleccionar mitjançant votació un total de 18 aportacions considerades les més importants:

- 1- Professió que està al servei de la societat (2 punts).
- 2- Professió molt pressionada per l'entorn sanitari i social (17 punts).
- 3- Professió molt especial ja que engloba el tracte amb les persones, la vida i la responsabilitat de no equivocar-se (3 punts).
- 4- El canvi del sistema sanitari sempre repercuteix sobre la infermeria (14 punts).
- 5- El sentiment d'altruïsm i de servei no ha fet progressar les reivindicacions del col·lectiu (14 punts).
- 6- Professió mal pagada (12 punts).
- 7- Professió molt sacrificada pels torns, dies de treball, vacances (14 punts).
- 8- Professió desgastada per la desmotivació dels professionals (20 punts).
- 9- Professió poc coneguda per part dels usuaris (7 punts).
- 10-Professió que engloba rols molt diferenciats (9 punts).
- 11-Professió que discrimina els homes (6 punts).
- 12-Professió que es pot compaginar amb altra activitat remunerada (2 punts).
- 13-Professió molt enfocada a l'assistència i poc en la docència i recerca (4 punts).
- 14-Professió que ha estat vetada pels metges que no l'han deixat créixer ni institucionalment ni acadèmicament (10 punts).
- 15-La feminització ha fet perdre poder a la infermeria (15 punts).
- 16-Professió amb unes tasques pròpies i ben diferenciades de la medicina (5 punts).
- 17-Professió on el rol de gènere hi és molt present (14 punts).
- 18-La infermeria no té consciència de grup ni corporativisme (12 punts).

FASE FINAL DE DISCUSSIÓ

- 1- Responsabilitat dels gestors de la sanitat de donar resposta al “burn out” que afecta a les professions sanitàries i, especialment, a la infermeria.
- 2- L'usuari ha de conèixer la tipologia de professionals que li ofereix el Servei Sanitari.
- 3- Diferent comportament dels metges i metgesses davant els infermers. S'afavoreix el tracte d'igual a igual.
- 4- Idea generalitzada de que la distribució dels llocs de treball es fa per raons de gènere.
- 5- El rol de “l'home cuidador” no acaba de ser acceptat tant per la societat, pels usuaris, com pels propis professionals de la salut.
- 6- La societat valora l'infermer quan adopta un rol que culturalment respon al model masculí.

GRUP NOMINAL METGESSES INCORPORADES A L'ÀMBIT LABORAL

Número total de persones participants: 5

Aportacions totals: 19

- 1- Professió que combina la ciència i l'humanitarisme.
- 2- Professió que té un alt component vocacional.
- 3- Professió molt important per a la societat.
- 4- Professió que permet ajudar als altres.
- 5- Professió que genera adquirir coneixement d'una manera constant.
- 6- Professió no vocacional sinó que requereix de moltes altres qualitats.
- 7- Professió que actualment suposa vèncer moltes dificultats per portar-la a terme.
- 8- És la professió que lidera la sanitat.
- 9- Actualment és una professió que està en risc de denúncia permanent.
- 10-Professió amb menys reconeixement social.
- 11-Professió mal pagada i amb moltes hores de feina.
- 12-Existència de greuges econòmics comparats amb altres professions.
- 13-Institucionalment el metge encara està protegit i gaudeix d'un cert protagonisme.
- 14-Desconfiança i exigència per part dels usuaris.
- 15- La presència de la dona genera també desconfiança en l'usuari.
- 16- Reconeixement personal a nivell d'usuari.
- 17- Dificultat de compaginar les tasques domèstiques amb fer de metgessa.
- 18- Les diferències de gènere estan presents en el món laboral.

No es van demanar aclariments.

Es va arribar al consens de 17 aportacions (eliminació de 2 per considerar-les que estaven repetides (núm.11 i 17).

APORTACIONS SELECCIONADES MITJANÇANT VOTACIÓ

Es van seleccionar mitjançant votació un total de 17 aportacions considerades les més importants:

- 1- Professi3 que combina la ciència i l'humanitarisme (13 punts).
- 2- Professi3 que té un alt component vocacional (14 punts).
- 3- Professi3 molt important per a la societat (5 punts).
- 4- Professi3 que permet ajudar als altres (6 punts).
- 5- Professi3 que genera adquirir coneixement d'una manera constant (6 punts).
- 6- Professi3 no vocacional sin3 que requereix de moltes altres qualitats (3 punts).
- 7- Professi3 que actualment suposa vèncer moltes dificultats per portar-la a terme (14 punts).
- 8- És la professi3 que lidera la sanitat (11 punts).
- 9- Actualment és una professi3 que està en risc de denúncia permanent (15 punts).
- 10-Professi3 amb menys reconeixement social (19 punts).
- 11-Existència de greuges econòmics comparats amb altres professions (18 punts).
- 12-Institucionalment el metge encara està protegit i gaudeix d'un cert protagonisme (11 punts).
- 13-Desconfiança i exigència per part dels usuaris (8 punts).
- 14- La presència de la dona genera també desconfiança en l'usuari (7 punts).
- 15- Reconeixement personal a nivell d'usuari (9 punts).
- 16-Dificultat de compaginar les tasques domèstiques amb fer de metgessa (5 punts).
- 17- Les diferències de gènere estan presents en el món laboral (16 punts).

FASE FINAL DE DISCUSSIÓ

- 1- Abans ser metge era un model a seguir per aconseguir un pes social.
- 2- El model sanitari actual genera pressions sobre els metges i els professionals de la salut en general.
- 3- Ser metge és una opció de vida ja que s'és metge les 24 hores del dia tota la vida.
- 4- Millor valoració del metge científic que de l'humanitari.
- 5- Les diferències de gènere existeixen en la població usuària i entre els mateixos professionals metges i d'infermeria.
- 6- Necessitat de canviar els valors socials i professionals per millorar la situació de la dona.
- 7- La dona sempre ha de demostrar que ho pot fer i, fins i tot, millor que l'home.

GRUP NOMINAL METGES INCORPORATS A L'ÀMBIT LABORAL

Número total de persones participants: 5

Aportacions totals: 21

- 1- Profesió humanitària que recompensa i estimula.
- 2- Profesió que permet relacionar-se amb tota la societat.
- 3- Profesió que ha perdut el seu encant i l'idealisme.
- 4- Profesió que ha perdut el seu reconeixement social.
- 5- Profesió vocacional.
- 6- Profesió molt mal pagada.
- 7- S'ha d'estudiar molts anys per acabar guanyant menys que altres professionals.
- 8- Profesió que actualment forma a professionals que produeixen en la cadena sanitària.
- 9- Profesió sanitària amb més reconeixement en el context de les professions de la salut.
- 10- Profesió que es transforma amb la incorporació de la dona.
- 11- Fer de metge és un compromís per a tota la vida.
- 12- Profesió que ha de reivindicar tenir més temps per tractar al pacient.
- 13- Feminització de la professió perquè està mal pagada.
- 14- Comporta una gran responsabilitat i compromís.
- 15- És una professió molt diferent a totes les altres.
- 16- Profesió emmarcada en l'èxit i la gent també es mort.
- 17- Profesió que pateix inseguretats generada per l'usuari.
- 18- Actualment és una professió molt estressant.
- 19- Està sotmesa a fortes pressions per part dels usuaris i de l'administració.
- 20- Profesió que comporta molt esforç, tant en l'etapa d'estudi com en la pràctica, per aconseguir poc reconeixement.
- 21- L'existència d'instabilitat laboral fa que no interessi fer medicina.

No es van demanar aclariments.

Es va arribar al consens de 17 aportacions (eliminació de 4 per considerar-les que estaven repetides (núm. 7, 11, 17 i 18)).

APORTACIONS SELECCIONADES MITJANÇANT VOTACIÓ

Es van seleccionar mitjançant votació un total de 17 aportacions considerades les més importants:

- 1- Profesió humanitària que recompensa i estimula (5 punts).
- 2- Profesió que permet relacionar-se amb tota la societat (5 punts).

- 3- Profesió que ha perdut el seu encant i l'idealisme (6 punts).
- 4- Profesió que ha perdut el seu reconeixement social (19 punts).
- 5- Profesió vocacional (15 punts).
- 6- Profesió molt mal pagada (14 punts).
- 7- Profesió que actualment forma a professionals que produeixen en la cadena sanitària (19 punts).
- 8- Profesió sanitària amb més reconeixement en el context de les professions de la salut (20 punts).
- 9- Profesió que es transforma amb la incorporació de la dona (9 punts).
- 10- Profesió que ha de reivindicar tenir més temps per tractar al pacient (4 punts).
- 11- Feminització de la profesió perquè està mal pagada (7 punts).
- 12- Comporta una gran responsabilitat i compromís (13 punts).
- 13- És una profesió molt diferent a totes les altres (16 punts).
- 14- Profesió emmarcada en l'èxit i la gent també es mort (3 punts).
- 15- Està sotmesa a fortes pressions per part dels usuaris i de l'administració (14 punts).
- 16- Profesió que comporta molt esforç, tan en l'etapa d'estudi com en la pràctica, per aconseguir poc reconeixement (6 punts).
- 17- L'existència d'inestabilitat laboral fa que no interessi fer medicina (5 punts).

FASE FINAL DE DISCUSSIÓ

- 1- L'atracció que abans generava fer de metge pel reconeixement social i que ara no existeix.
- 2- Perfil de professional també expert en investigació sanitària.
- 3- La sanitat haurà de frenar i valorar l'entrada de metges procedents de la immigració que fan de tot.
- 4- La feminització de la profesió pot comportar problemes ja que, malgrat que la dona valora la part més humana de la medicina, pot implicar aspectes negatius.
- 5- Si les dones no fessin medicina faltarien professionals i s'aconseguirien millores per a la profesió.
- 6- L'exigència dels usuaris, cada vegada més gran, provoca esgotament professional i desencant.
- 7- Importància de la productivitat en el món sanitari per sobre de la qualitat d'atenció.
- 8- El canvi que ha suposat passar del paternalisme d'abans a l'autonomia individualista del pacient actual.
- 9- Importància d'aconseguir distància envers el pacient necessària per a practicar una medicina més científica.

GRUP NOMINAL ESTUDIANTS D'INFERMERIA (DONES)

Número total de persones participants: 5

Aportacions totals: 27

- 1- Profesió molt bonica perquè es treballa amb persones que sovint expressen agraïment.
- 2- Carrera curta que permet treballar en 3 anys.
- 3- Profesió molt diferent a les altres per la responsabilitat de tractar amb persones i els seus problemes de salut.
- 4- Permet, més que la medicina, estar al costat dels pacients.
- 5- Profesió molt vinculada al metge.
- 6- Profesió que exigeix molt d'un mateix.
- 7- Permet complementar la formació amb la realització d'especialitats.
- 8- Profesió molt sacrificada que ha d'agradar.
- 9- Profesió amb molta responsabilitat.
- 10- Implica desenvolupar valors i qualitats humanes.
- 11- Profesió molt mal pagada que comporta nombroses penositats.
- 12- La vocació és imprescindible per fer d'infermera.
- 13- Associació de la infermera com l'ajudant del metge.
- 14- La societat no coneix la feina que fa la infermera.
- 15- Presència d'estereotipació ("infermera vista com la frívola companya del metge") a nivell social.
- 16- Profesió que es confon amb la mèdica.
- 17- La infermeria no té una identitat pròpia.
- 18- Les infermeres permeten la reproducció dels estereotips.
- 19- La societat i altres professions sanitàries consideren que la infermeria és cosa de dones.
- 20- Al ser una professió de dones baixa el reconeixement social de la professió.
- 21- Existència d'una estereotipació de rols: l'home ha de ser metge, la dona infermera malgrat que també pot ser metgessa, però l'home no pot ser infermer i menys auxiliar d'infermeria.
- 22- Profesió massa impregnada de rol femení.
- 23- Profesió difícil de compaginar quan es té família i/o responsabilitats familiars.
- 24- En la infermeria el pes de la dona i les connotacions negatives de desconsideració que comporta, és més gran que en d'altres professions també dominades per les dones.
- 25- Profesió que avança molt lentament ja que hi ha moltes infermeres que han de deixar de treballar a conseqüències de les càrregues familiars.
- 26- Profesió no gaire valorada socialment. No importa perdre un professional d'infermeria
- 27- L'haver de compaginar la feina pagada amb la de casa fa que la dona infermera no pugui dedicar-se a gaire res més.

No es van demanar aclariments.

Es va arribar al consens de 26 aportacions (eliminació d'una per considerar-la que estava repetida (núm.8).

APORTACIONS SELECCIONADES MITJANÇANT VOTACIÓ

Es van seleccionar mitjançant votació un total de 16 aportacions considerades les més importants:

- 1- Professi33 molt bonica perquè es treballa amb persones que sovint expressen agraïment (8 punts).
- 2- Carrera curta que permet treballar en 3 anys (10 punts).
- 3- Professi33 molt diferent a les altres per la responsabilitat de tractar amb persones i els seus problemes de salut (19 punts).
- 4- Professi33 molt vinculada al metge (9 punts).
- 5- Implica desenvolupar valors i qualitats humanes (5 punts).
- 6- Professi33 molt mal pagada que comporta nombroses penositats (11 punts).
- 7- La vocaci33 és imprescindible per fer d'infermera (20 punts).
- 8- Associaci33 de la infermera com l'ajudant del metge (5 punts).
- 9- La societat no coneix la feina que fa la infermera (12 punts).
- 10- Presència d'estereotipaci33 ("infermera vista com la frívola companya del metge") a nivell social (16 punts).
- 11- La infermeria no té una identitat pr33pia (10 punts).
- 12- Les infermeres permeten la reproducci33 dels estereotips (12 punts).
- 13- La societat i altres professions sanitàries consideren que la infermeria és cosa de dones (9 punts).
- 14- Al ser una professi33 de dones baixa el reconeixement social de la professi33 (5 punts).
- 15- Professi33 que avança molt lentament ja que hi ha moltes infermeres que han de deixar de treballar a conseqüències de les càrregues familiars (11 punts).
- 16- Professi33 no gaire valorada socialment. No importa perdre un professional d'infermeria (8 punts)

FASE FINAL DE DISCUSSI33

- 1- La vocaci33 és un element de consens respecte a la seva importància per a dur a terme la professi33.
- 2- La penositat de la professi33 s'ha de compensar amb la millora contractual, de remuneraci33 econ33mica i mesures de conciliaci33 familiar.
- 3- El sector empresarial hauria de posar mecanismes per ajudar a que els professionals no es desgastin en el transcurs de la vida laboral.
- 4- S'haurien de reforçar els valors i les tècniques que s'utilitzen per a tractar els usuaris.
- 5- L'estereotipaci33 femenina de la professi33 la mantenen els propis professionals que permeten la seva reproducci33.

- 6- La dona sempre s'identifica amb el cuidar i sembla que no calgui formació per fer d'infermera.
- 7- Fer d'infermera requereix moltes més coses que d'altres professions també de servei.
- 8- S'hauria de fer una política de difusió de la feina infermera sinó és fàcil confondre-la amb altres professionals de l'àmbit de la salut.
- 9- L'actitud masculista de la societat permet que les dones no treballin.
- 10- Com que el sou de la infermera sol ser un ajut per a la economia global de la llar, arriba un moment que a la dona ja li està bé el que fa i no aspira a gaire cosa més, ni a nivell personal ni a nivell del col·lectiu professional.

GRUP NOMINAL ESTUDIANTS D'INFERMERIA (HOMES)

Número total de persones participants: 5

Aportacions totals: 30

- 1- Profesió per promocionar-se i accedir a una altra.
- 2- Carrera curta que permet millorar dins la professió inicial.
- 3- Carrera curta per a guanyar-se la vida.
- 4- Profesió diferent d'altres pel contacte diari amb gent amb problemes de salut i estat d'indefensió.
- 5- Profesió poc reconeguda pel fet de ser majoritàriament de dones.
- 6- Profesió no adequada a l'home.
- 7- Profesió que no accepta els professionals homes
- 8- Feina de servei.
- 9- Poc coneguda pels usuaris.
- 10- Poc reconeixement social.
- 11- Profesió poc autònoma.
- 12- Desconeguda per la societat, especialment, la que té salut.
- 13- Vocació de servei.
- 14- Millor considerada en l'àmbit hospitalari.
- 15- Ofici vist com ajudant del metge.
- 16- Profesió poc definida, en ella hi caben els infermers, infermeres, auxiliars, cuidadores, netejadores.
- 17- Mateixa professió discrimina els homes.
- 18- Carrera impregnada d'estereotips femenins.
- 19- Socialment, no s'associa la infermera a un professional sinó a la persona que cuida en substitució de la família.
- 20- Profesió que no s'associa a estudis.
- 21- Quan es pensa en la infermeria es pensa en femení.
- 22- Escoles d'infermeria afavoreixen els tòpics inherents a la professió.
- 23- Reivindicar que els homes també saben cuidar.
- 24- Les dones l'escullen per vocació, els homes per promoció.
- 25- Més reconeixement de l'home infermer dins i fora de la professió.

- 26- Si fos una professió d'homes estaria més ben valorada.
- 27- Poc reconeixement a una feina que no vol fer ningú.
- 28-Al ser un col·lectiu bàsicament femení s'hi aboquen les opinions generals que hi ha sobre les dones.
- 29- El sexe marca la manera de pensar i de comportar-se.
- 30- Les pròpies infermeres no veuen bé treballar amb homes.

No es van demanar aclariments.

Es va arribar al consens de 27 aportacions (eliminació de 3 per considerar-les que estaven repetides (núm.7, 21, 30).

APORTACIONS SELECCIONADES MITJANÇANT VOTACIÓ

Es van seleccionar mitjançant votació un total de 9 aportacions considerades les més importants:

- 1- Professió diferent d'altres pel contacte diari amb gent amb problemes de salut i estat d'indefensió (25 punts).
- 2- Poc reconeixement social (23 punts)
- 3- Professió per promocionar-se i accedir a una altra (22 punts).
- 3- Professió poc autònoma (22 punts).
- 4- Professió poc reconeguda pel fet de ser majoritàriament de dones (19 punts).
- 5- Carrera impregnada d'estereotips femenins (18 punts).
- 6- Socialment, no s'associa la infermera a un professional sinó a la persona que cuida en substitució de la família (17 punts).
- 7- Mateixa professió discrimina els homes (14 punts).
- 8- Carrera curta per a guanyar-se la vida (14 punts).
- 9- Desconeguda per la societat especialment la que té salut (6 punts).

FASE FINAL DE DISCUSSIÓ

- 1- Es planteja que és una professió que pateix molta pressió en el marc laboral.
- 2- Reivindicació de mesures que minimitzin la penositat d'horaris i sous.
- 3- Els valors que se li atorguen són femenins i l'allunyen de les altres professions.
- 4- El gènere marca diferències en la recerca, en el progrés i en la consideració final que de la infermeria en té la societat.
- 5- La infermeria no és vocacional sinó professional.
- 6- La vocació es dona en les dones, els homes busquen treballs ben remunerats.
- 7- L'evolució científica de la professió mèdica ha fet evolucionar la infermeria en l'aspecte d'especialització però no en el de consideració.
- 8- La pròpia infermeria no es reconeix com una professió potent per això no avança.
- 9- Seria convenient que les escoles d'infermeria insistissin en aspectes generals per a trencar motllos (idees prefixades, estereotips, valors).
- 10- Els homes també serveixen per cuidar.

- 11- Es planteja que si la dona infermera se l'ajudés a combinar la tasca assistencial amb la domèstica hi haurien menys abandons de la professió i no es perderien professionals que la poden fer avançar ni baixaria la qualitat d'atenció.
- 12- Les dones ja es plantegen que quan tinguin fills hauran de deixar de treballar, és una cosa natural.

GRUP NOMINAL ESTUDIANTS DE MEDICINA (DONES)

Número total de persones participants: 5

Aportacions totals: 20

- 1- Profesió com qualsevol altra.
- 2- Profesió molt mitificada.
- 3- Profesió de l'àmbit de les ciències que té un gran component social.
- 4- Profesió que permet relacionar-se amb la gent.
- 5- Profesió que requereix un gran esforç d'estudi.
- 6- Profesió vocacional.
- 7- Molts anys dedicats a la formació per arribar a ser metge.
- 8- Profesió en la que encara predomina l'estereotip masculí.
- 9- Profesió mal pagada.
- 10- Profesió amb molta responsabilitat.
- 11- Profesió molt pressionada per les exigències de l'usuari.
- 12- Profesió que la gent veu amb respecte.
- 13- Profesió associada a nivell cultural.
- 14- Profesió associada a nivell econòmic.
- 15- Profesió molt compromesa.
- 16- Profesió que dificulta separar la vida professional de la privada.
- 17- Profesió en procés de degradació social, sempre que la dona accedeix massivament a una professió és que aquesta està desprestigiada.
- 18- Profesió que, per la seva durada i intensitat, discrimina la dona.
- 19- Profesió que es manté activa totes les hores de la vida.
- 20- Carrera llarga que dificulta la independència i formació de família.

No es van demanar aclariments.

Es va arribar al consens de 19 aportacions (eliminació d'una per considerar-la que estava repetida (núm. 7)).

APORTACIONS SELECCIONADES MITJANÇANT VOTACIÓ

Es van seleccionar mitjançant votació un total de 16 aportacions considerades les més importants:

- 1- Profesió com qualsevol altra (6 punts).
- 2- Profesió molt mitificada (12 punts).
- 3- Profesió de l'àmbit de les ciències que té un gran component social (6 punts).
- 4- Profesió que permet relacionar-se amb la gent (5 punts).
- 5- Profesió que requereix un gran esforç d'estudi (27 punts).
- 6- Profesió vocacional (10 punts).
- 7- Profesió en la que encara predomina l'estereotip masculí (8 punts).
- 8- Profesió mal pagada (6 punts).
- 9- Profesió amb molta responsabilitat (20 punts).
- 10- Profesió molt pressionada per les exigències de l'usuari (19 punts).
- 11- Profesió que la gent veu amb respecte (8 punts).
- 12- Profesió molt compromesa (10 punts).
- 13- Profesió en procés de degradació social, sempre que la dona accedeix massivament a una profesió és que aquesta està desprestigiada (6 punts).
- 14- Profesió que, per la seva durada i intensitat, discrimina la dona (6 punts).
- 15- Profesió que es manté activa totes les hores de la vida (14 punts).
- 16- Carrera llarga que dificulta la independència i formació de família (17 punts).

FASE FINAL DE DISCUSSIÓ

- 1- Persistència del tòpic que medicina és "cosa d'homes" en un entorn social masclista.
- 2- Les noves generacions semblen aportar equilibri respecte a la consideració de la dona en el món laboral mèdic.
- 3- La vocació element important però no imprescindible per exercir la medicina.
- 4- Persistència del tòpic: "la dona ha de ser infermera i l'home metge".
- 5- Profesió que posa limitacions de promoció a la dona degut a la incompatibilitat d'activitats formatives i de recerca.

GRUP NOMINAL ESTUDIANTS DE MEDICINA (HOMES)

Número total de persones participants: 5

Aportacions totals: 19

- 1- Profesió que implica molts anys d'estudi.
- 2- Profesió diferent a les altres pel tracte amb malalts i famílies.
- 3- Molts anys de professionalització.
- 4- Molts anys d'estudi per arribar a ser metge.
- 5- Profesió que comporta molta responsabilitat.
- 6- Profesió en la que necessites tenir certs valors personals (amabilitat, confiança).
- 7- Profesió que ha perdut el valor que tenia abans.
- 8- Profesió vinculada al coneixement.
- 9- Profesió necessària per a la societat.

- 10-Abans era una professió més potent.
- 11-Professió que permet la promoció social.
- 12-Professió vocacional.
- 13-Professió que encara té impacte en els usuaris de la societat.
- 14-Professió que aporta estatus.
- 15-Professió que genera una situació econòmica confortable.
- 16-Professió que requereix una dedicació constant.
- 17-Professió molt vinculada a la recerca biomèdica.
- 18-La formació continuada s'allarga tota la vida laboral.
- 19-Implica una llarga dependència de la família.

No es van demanar aclariments.

Es va arribar al consens de 17 aportacions (eliminació de dues per considerar-les que estaven repetides (núm. 4 i 10).

APORTACIONS SELECCIONADES MITJANÇANT VOTACIÓ

Es van seleccionar mitjançant votació un total de aportacions considerades les més importants:

- 1- Professió que implica molts anys d'estudi (28 punts).
- 2- Professió diferent a les altres pel tracte amb malalts i famílies (20 punts).
- 3- Molts anys de professionalització (22 punts).
- 4- Professió que comporta molta responsabilitat (24 punts).
- 5- Professió en la que necessites tenir certs valors personals (amabilitat, confiança) (8 punts).
- 6- Professió que ha perdut el valor que tenia abans (6 punts).
- 7- Professió vinculada al coneixement (6 punts).
- 8- Professió necessària per a la societat (10 punts).
- 9- Professió vocacional (6 punts).
- 10-Professió que encara té impacte en els usuaris de la societat (6 punts)
- 11-Professió que requereix una dedicació constant (16 punts).
- 12-La formació continuada s'allarga tota la vida laboral (14 punts).
- 13-Implica una llarga dependència de la família (14 punts).

FASE FINAL DE DISCUSSIÓ

- 1- Implicacions de la feminització de la medicina.
- 2- El sistema sanitari ha de cercar estratègies per recaptar metges. El sou durant el període de residència és molt baix.

ANNEX 2: GUIÓ UTILITZAT EN ELS GRUPS DE DISCUSSIÓ

1- PREÀMBUL

- a. Agraïment als assistents per la seva presència.
- b. Presentació del director de la reunió.
- c. Presentació dels assistents.

2- INFORMACIÓ PRÈVIA

- a. La col·laboració en aquesta investigació té “caràcter personal” no institucional.
- b. El grup de discussió és una tècnica utilitzada en la investigació de caràcter qualitatiu i requereix la seva gravació oral. En aquest sentit, és important posar de manifest:
 - Que en una investigació com aquesta, el rigor científic és una condició indispensable i, per tant, la *confidencialitat* de tot allò que aquí es parli està totalment garantida.
 - La informació recollida serà transcrita literalment omitint els noms de les persones participants i, tanmateix, en cap moment, ni verbal ni per escrit apareixeran en la tesi doctoral (llevat pels agraïments ,en general).

3- OBJECTIU DE LA REUNIÓ

L'objectiu de la reunió és sotmetre a discussió aquells elements que, segons els mateixos professionals i estudiants de la salut, estan presents en les professions de medicina i infermeria, i que s'esdeven l'objecte d'aquesta investigació.

4- DINÀMICA DE LA REUNIÓ

En el transcurs d'aquesta reunió és molt important que genereu discussió sobre les vostres opinions i que comenteu tot allò que se us ocorre respecte als aspectes que tractareu.

5- PREGUNTES PER A LA DISCUSSIÓ

Quin pes creieu que té la vocació en l'elecció i la permanència professional?
Quins són els valors que la societat vincula a la vostra professió?
Penseu que el gènere influeix en l'elecció de la professió, en el desenvolupament de la mateixa, i en el seu reconeixement social, interprofessional i intraprofessional?

ANNEX 3: GUIÓ UTILITZAT EN LES ENTREVISTES

1- Breu presentació de l'objectiu de l'entrevista.

2- Guió orientatiu:

- Des de la seva experiència, com veu la professió infermera en el context actual?
- Creu que les infermeres, com a col·lectiu professional, han desenvolupat del tot el potencial professional?
- Pensa que el fet de ser un col·lectiu majoritàriament femení ha influït en el desenvolupament de la professió?
- Creu que el fet de treballar durant molts anys amb professionals de la medicina, majoritàriament homes, ha afectat al desenvolupament de la professió, al seu reconeixement social i institucional?
- Creu que els llocs de treball d'infermeria més tecnificats s'ajusten o són més adients al perfil de l'home infermer?
- Els grups que han anat participant, fins al moment, en aquesta investigació han identificat una sèrie d'aspectes que incideixen en la professió d'infermeria:
 - a. La influència del gènere en l'elecció, la pràctica i la permanència en la professió.
 - b. Inferior nivell de reconeixement que d'altres professionals amb titulació acadèmica similar.
 - c. La vocació és un element imprescindible per fer d'infermer/a.
 - d. La consideració de la infermeria com a professió independent de la mèdica.
 - e. El paper secundari de la infermeria en les professions de la salut.

Què opina d'aquests elements?

Quins creu que són més rellevants?

Quines alternatives o propostes creu que podrien ajudar a superar aquesta situació?

Quins altres aspectes li agradaria comentar respecte a aquesta temàtica?

ANNEX 4: MODELS ENQUESTES

MODEL 1: Adreçat a professionals de la medicina i de la infermeria.

MODEL 2: Adreçat només als professionals d'infermeria.

MODEL 1: Adreçat a professionals de la medicina i de la infermeria

Enquesta per als/ les professionals sanitaris/sanitàries (metges/metgesses) incorporats/incorporades al món laboral

SOCIALITZACIÓ DE LA PROFESSIONIÓ. VALORS

- 1- Creu que la seva professió és diferent de les altres?
 Si
 No
- 2- Per què?
- 3- Què li va fer escollir-la?
- 4- Què creu que la societat en pensa d'ella i dels seus professionals?
- 5- Hi ha reconeixement social?
 Si
 No
- 6- Per què?
- 7- Què li aporta personalment aquesta feina?
- 8- I a nivell social?
- 9- Pensa que la professió mèdica tenia abans un pes social que actualment és més feble?
 Si
 No
- 10-En cas afirmatiu, enumeri les possibles raons
- 11-Creu que la seva professió té uns determinats valors que la identifiquen?
 Si
 No

12-Quins?

13-Quins valors considera que la societat hi veu en la professió mèdica?

14-Quins valors considera que la societat hi veu en la professió d'infermeria?

15-Quines qualitats creu que el/la infermer@ ha de tenir per ser un bon professional?

ASPECTES VOCACIONALS

16-Diria que la vocació ha tingut quelcom a veure amb l'elecció d'aquesta feina?

Sí

No

17-En cas afirmatiu, quan creu vostè que es van manifestar els primers indicis de vocació?

A la infància

A l'adolescència

A l'edat adulta

A l'inici dels estudis

18-Quin diria vostè que podria ser el motiu?

Un referent familiar

Altres professionals

Una determinada vivència

L'opinió social de la professió

El contacte amb els estudis

Els mitjans de comunicació

Altres

19-Quins?

20-Va començar la formació per raons diferents a les pròpies de la vocació?

- Si
- No

21-Per quines?

22-Per què ha seguit aquest camí professional?

- Per compromís familiar (pares)
- Per por de no comptar amb un reconeixement social implícit en la professió
- Pel deure de seguir la vocació
- Perquè és una professió ben vista a nivell social
- Per ajudar als altres
- Per realització personal
- Altres raons

ASPECTES DE GÈNERE. CONCILIACIÓ FAMILIAR

23-Té, habitualment, a casa seva cura de persones dependents?

- Si
- No

24-Si és afirmativa, de qui ?

25-Si és afirmativa, per què ho porta a terme?

26-Si és negativa, a casa seva qui té cura de la llar, dels nens i/o de les feines domèstiques?

27-Genera problemes el fet de compaginar l'activitat laboral remunerada amb les "obligacions" domèstiques?

- Si
- No

28-Quins problemes?

29-Per què creu que la professió infermera és majoritàriament femenina?

30-Podria anomenar les avantatges i inconvenients que vostè creu que aquest fet genera a aquesta professió?

Avantatges:

Inconvenients:

31-I els que genera per la professió mèdica?

Avantatges:

Inconvenients:

32-I per a vostè mateix@?

Avantatges:

Inconvenients:

33-I per a l'empresa on treballa?

Avantatges:

Inconvenients:

34-Vosté sap que la dona s'ha anat introduint en el món universitari en general, i especialment, en la medicina, cada vegada hi ha més nombre de metgesses exercint la professió. Què en pensa d'aquest fet?

35-Què suposa per a vostè aquesta realitat, tant en la vessant personal com en la professional?

36-Creu que aquest fet genera alguna dificultat per a la professió mèdica?

Sí

No

37-Quina?

38-I per a vostè mateix@?

Sí

No

39-Quina?

40-I per a l'empresa on treballa?

Sí

No

41-Quina?

42-Coneix les accions que les empreses apliquen per a facilitar la conciliació de la vida familiar amb la laboral?

Si

No

43-En gaudeix o en sap d'alguna?

Si

No

44-Què en pensa d'aquestes iniciatives ?

45-Quines propostes de millora creu vostè que faria per aconseguir una òptima conciliació familiar i laboral ?

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

➤ Edat:

20 a 25 anys

26 a 30 anys

31 a 35 anys

36 a 40 anys

41 a 45 anys

46 a 50 anys

51 a 55 anys

més de 56 anys

➤ Sexe:

Home

Dona

- Professió:
 - Metge
 - Metgessa

- Any inici dels estudis:

- Any finalització dels estudis:

- Temps que porta treballant:
 - 0 a 5 anys
 - 6 a 10 anys
 - 11 a 15 anys
 - més de 16 anys

- Àmbit de treball actual:
 - Atenció primària
 - Atenció hospitalària
 - Atenció sociosanitària
 - Altre

- Lloc de treball:
 - Assistencial
 - Gestió
 - Autònom

- Situació laboral actual:
 - Fix
 - Eventual

- Professió del pare:
 - I: Directius de l'Administració i de les empreses (excepte els inclosos en el punt II). Alts funcionaris. Professionals liberals. Tècnics superiors.
 - II: Directius i propietaris gerents del comerç i dels serveis personals. Altres tècnics (no superiors). Artistes i esportistes.

- III: Quadres i comandaments intermedis. Administratius i funcionaris en general. Persones de serveis de protecció i de seguretat.
 - IV A: Treballadors manuals qualificats de la indústria, el comerç i els serveis.
 - IV B: Treballadors manuals semiqualicats de la indústria, el comerç i els serveis. Treballadors manuals semiqualicats del sector primari.
 - V: Treballadors no qualificats.
 - Altres
- Professi3 de la mare:
- I: Directius de l'Administraci3 i de les empreses (excepte els inclosos en el punt II). Alts funcionaris. Professionals liberals. Tècnics superiors.
 - II: Directius i propietaris gerents del comerç i dels serveis personals. Altres tècnics (no superiors). Artistes i esportistes.
 - III: Quadres i comandaments intermedis. Administratius i funcionaris en general. Persones de serveis de protecció i de seguretat.
 - IV A: Treballadors manuals qualificats de la indústria, el comerç i els serveis.
 - IV B: Treballadors manuals semiqualicats de la indústria, el comerç i els serveis. Treballadors manuals semiqualicats del sector primari.
 - V: Treballadors no qualificats.
 - Altres
- Nombre de germans/es (sense comptar-se a vostè mateix@):
- 0 germans
 - 1 a 2
 - 3 a 4
 - 5 o més
- Gaudeix d'alguna mesura de conciliaci3:
- Si
 - No
- Quina?

- Pot indicar aproximadament quant pugen els guanys mensuals totals de la seva llar?
 - Menys de 1.502 euros (250.000 pessetes)
 - Entre 1.503 – 1.803 euros (250.001-300.000 pessetes)
 - Entre 1.804 – 3.005 euros (300.001-500.000 pessetes)
 - Entre 3.006 – 4.507 euros (500.001-750.000 pessetes)
 - Més de 4.508 euros (750.001 pessetes)

- Vivenda :
 - Pròpia
 - Lloguer
 - Altres

- Com viu?
 - Sol@
 - Acompanyat/da

- Amb qui viu?
 - Parella
 - Parella i fills < 18 anys
 - Parella i fills > 18 anys
 - Parella i fills < i > 18 anys
 - Avis
 - Pares i germans
 - Pares, germans i avis
 - Amics i amigues
 - Altres situacions

Enquesta per als/ les professionals sanitaris/sanitàries
(infirmers/infermeres) incorporats/incorporades al món laboral

SOCIALITZACIÓ DE LA PROFESSIONIÓ. VALORS

1. Creu que la seva professió és diferent de les altres?
 Si
 No
2. Per què?
3. Què li va fer escollir-la?
4. Què creu que la societat en pensa d'ella i dels seus professionals?
5. Hi ha reconeixement social?
 Si
 No
6. Per què?
7. Se sent reconegut/da pels metges/metgesses?
 Si
 No
8. Per què?
9. Què li aporta personalment aquesta feina?
10. I a nivell social?
11. Creu que la seva professió té uns determinats valors que la identifiquen?
 Si
 No
12. Quins?
13. Quins valors considera que la societat hi veu en la professió metge/metgessa?

14. Quins valors considera que la societat hi veu en la professió infermer@?
15. Quines qualitats creu que el/la infermer@ ha de tenir per ser un bon professional?
16. Amb quines dificultats dins l'equip assistencial es troba el professional d'Infermeria per poder portar a terme les seves funcions?

ASPECTES VOCACIONALS

17. Diria que la vocació ha tingut quelcom a veure amb l'elecció d'aquesta feina?
- Si
- No
18. En cas afirmatiu, quan creu vostè que es van manifestar els primers indicis de vocació?
- A la infància
- A l'adolescència
- A l'etapa adulta
- A l'inici dels estudis
19. Quin diria vostè que podria ser el motiu?
- Un referent familiar
- Altres professionals
- Una determinada vivència
- L'opinió social de la professió
- El contacte amb els estudis
- Els mitjans de comunicació
- Altres
20. Quins?
21. Va començar la formació per raons diferents a les pròpies de la vocació?

- Si
- No

22. Per quines?

23. Per què ha seguit aquest camí professional?

- Per compromís familiar (pares)
- Perquè cuidar és propi de la dona i això comporta domini professional
- Pel deure de seguir la vocació
- Perquè és una professió ben vista a nivell social
- Per ajudar als altres
- Per realització personal
- Altres raons

ASPECTES DE GÈNERE. CONCILIACIÓ FAMILIAR

24-Té, habitualment, a casa seva cura de persones dependents?

- Si
- No

25-Si és afirmativa, de qui ?

26-Si és afirmativa, per què ho porta a terme?

27-Si és negativa, a casa seva qui té cura de la llar, dels nens i/o de les feines domèstiques?

28-Genera problemes el fet de compaginar l'activitat laboral remunerada amb les "obligacions" domèstiques?

- Si
- No

29-Quins problemes?

30-Per què creu que la professió infermera és majoritàriament femenina?

31-Podria anomenar les avantatges i inconvenients que vostè creu que aquest fet genera a aquesta professió?

Avantatges:

Inconvenients:

32-I els que genera per la professió mèdica?

Avantatges:

Inconvenients:

33-I per a vostè mateix@?

Avantatges:

Inconvenients:

34-I per a l'empresa on treballa?

Avantatges:

Inconvenients:

35-Vostè sap que la dona s'ha anat introduint en el món universitari en general, i especialment, en la medicina, cada vegada hi ha més nombre de metgesses exercint la professió. Què em pensa d'aquest fet?

36-Què suposa per a vostè aquesta realitat, tant en la vessant personal com en la professional?

37-Creu que aquest fet genera alguna dificultat per a la professió mèdica?

Sí

No

38-Quina?

39-I per a vostè mateix@?

Sí

No

40-Quina?

41-I per a l'empresa on treballa?

Sí

No

42-Quina?

43-Coneix les accions que les empreses apliquen per a facilitar la conciliació de la vida familiar amb la laboral?

Si

No

44-En gaudeix o en sap d'alguna?

45-Què en pensa d'aquestes iniciatives ?

46-Quines propostes de millora creu vostè que faria per aconseguir una òptima conciliació familiar i laboral ?

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES

➤ Edat:

20 a 25 anys

26 a 30 anys

31 a 35 anys

36 a 40anys

41 a 45 anys

46 a 50 anys

51 a 55 anys

més de 56 anys

➤ Sexe:

Home

Dona

➤ Professió:

Infermer

Infermera

- Any inici dels estudis:
- Anys finalització dels estudis:
- Temps que porta treballant:
 - 0 a 5 anys
 - 6 a 10 anys
 - 11 a 15 anys
 - més de 16 anys
- Àmbit de treball actual:
 - Atenció primària
 - Atenció hospitalària
 - Atenció socio-sanitària
 - Altre
- Lloc de treball:
 - Assistencial
 - Supervisió
 - Direcció
 - Autònom
- Situació laboral actual:
 - Fix
 - Eventual
- Professió del pare:
 - I: Directius de l'Administració i de les empreses (excepte els inclosos en el punt II). Alts funcionaris. Professionals liberals. Tècnics superiors.
 - II: Directius i propietaris gerents del comerç i dels serveis personals. Altres tècnics (no superiors). Artistes i esportistes.
 - III: Quadres i comandaments intermedis. Administratius i funcionaris en general. Persones de serveis de protecció i de seguretat.
 - IV A: Treballadors manuals qualificats de la indústria, el comerç i els serveis.

- IV B: Treballadors manuals semiqualficats de la indústria, el comerç i els serveis. Treballadors manuals semiqualficats del sector primari.
 - V: Treballadors no qualificats.
 - Altres
- Professi3 de la mare:
- I: Directius de l'Administraci3 i de les empreses (excepte els inclosos en el punt II). Alts funcionaris. Professionals liberals. Tècnics superiors.
 - II: Directius i propietaris gerents del comerç i dels serveis personals. Altres tècnics (no superiors). Artistes i esportistes.
 - III: Quadres i comandaments intermedis. Administratius i funcionaris en general. Persones de serveis de protecci3 i de seguretat.
 - IV A: Treballadors manuals qualificats de la indústria, el comerç i els serveis.
 - IV B: Treballadors manuals semiqualficats de la indústria, el comerç i els serveis. Treballadors manuals semiqualficats del sector primari.
 - V: Treballadors no qualificats.
 - Altres
- Nombre de germans/es (sense comptar-se a vostè mateix@):
- 0 germans
 - 1 a 2
 - 3 a 4
 - 5 o més
- Gaudeix d'alguna mesura de conciliaci3.
- Si
 - No
- Quina?
- Pot indicar aproximadament quant pugen els guanys mensuals totals de la seva llar?
- Menys de 1.502 euros (250.000 pessetes)
 - Entre 1.503 – 1.803 euros (250.001-300.000 pessetes)

- Entre 1.804 – 3.005 euros (300.001-500.000 pessetes)
- Entre 3.006 – 4.507 euros (500.001-750.000 pessetes)
- Més de 4.508 euros (750.001 pessetes)

- Vivenda :
 - Pròpia
 - Lloguer
 - Altres

- Com viu?
 - Sol@
 - Acompanyat/da

- Amb qui viu?
 - Parella
 - Parella i fills < 18 anys
 - Parella i fills > 18 anys
 - Parella i fills < i > 18 anys
 - Avis
 - Pares i germans
 - Pares, germans i avis
 - Amics i amigues
 - Altres situacions

MODEL 2: Adreçat només als professionals d'infermeria

Enquesta adreçada als professionals d'infermeria

- 1- Està content@ de fer d'infermer@?
 Si
 No
- 2- Per què?
- 3- Està satisfet@ de pertànyer al col·lectiu d'infermeria?
 Si
 No
- 4- Per què?
- 5- Què em pensa de les responsabilitats que tenen aquest@s professionals?
- 6- Està satisfet@ amb de la feina que fa?
 Si
 No
- 7- Per què?
- 8- Com veu la professió d'infermer@ en el context actual?
- 9- Creu que les infermeres, com a col·lectiu professional, han desenvolupat del tot el potencial professional?
 Si
 No
- 10-Per què?
- 11-Creu que el fet de ser un col·lectiu majoritàriament femení ha influït en el desenvolupament de la professió?
 Si
 No

12-Per què o de quina manera?

13-Per què creu que la professió infermer@ està constituïda, majoritàriament, per dones?

14-Creu que les infermeres, pel fet de ser dones, tenen quelcom d'especial que els permet tenir millor cura dels pacients?

Si

No

15-Per què?

16-Pensa que l'usuari de la sanitat prefereix que el cuidi una dona infermera que un home infermer?

Si

No

17-Per què?

18-Creu que els infermers/eres tenen el mateix nivell de reconeixement que d'altres professionals amb titulació acadèmica similar?

Si

No

19-Per què?

20-Creu que els usuaris de la sanitat saben diferenciar la feina que fa l'infermer/ infermera de la que fan altres professionals de la salut?

Si

No

21-Per què?

22-Com creu que la societat veu la professió infermer@?

Com una professió pròpia, totalment diferenciada i definida

Com una professió que depèn de la professió mèdica

23-Per què?

24-Creu que el fet de treballar durant molts anys amb professionals de la medicina, majoritàriament homes, ha afectat:

Al desenvolupament de la professió?

- Si
- No

De quina manera?

Al reconeixement social de la professió?

- Si
- No

De quina manera?

Al reconeixement institucional?

- Si
- No

De quina manera?

25-Davant una situació de desacord respecte al tractament mèdic d'un seu malalt, quina de les següents actituds prendria en primer terme?

- Compartir-la amb els/les companys/es de treball
- Comunicar-la al seu comandament superior (supervisora, adjunta)
- Parlar-la amb el/la metge/ssa que ha prescrit el tractament

26-Si pogués escollir el professional de la medicina amb qui hagués de treballar, que preferia?

- Metge
- Metgessa

27-Per què?

28-Es sent degudament reconegut/da professionalment pel col·lectiu mèdic?

- Si
- No

29- Per què?

30- I per l'usuari?

Si

No

31- Per què?

32- En la seva tasca diària quines activitats prioritza?

Les interdependents

Les autònomes

Totes

33- Puntuï d'1 a 10 la quantitat de treball autònom que vostè fa en la seva tasca assistencial diària?

34- Quin valor de l'1 al 10 li donaria a la tecnologia com element afavoridor de l'expertesa en la professió infermer@?

35- Creu que els llocs de treball d'infermeria més tecnificats s'ajusten o són més adients al perfil de l'home infermer?

Si

No

36- Per què ho pensa?

37- Està d'acord amb l'opinió general que afirma que els infermers tendeixen a ocupar llocs de treball més tecnològics que els allunyen més de les cures directes?

Si

No

38- En cas afirmatiu, per què creu que això passa?

39- Va escollir ser infermer@ per vocació?

Si

No

40-En cas afirmatiu, creu que la vocació és un element imprescindible per fer d'infermer@?

Si

No

41-Per què?

42-Diria que la vocació li ha permès seguir desenvolupant aquesta professió al llarg dels anys?

Si

No

43-Per què?

44-En el cas de que no escollís infermeria per motius vocacionals, què li va fer decantar-se per aquesta professió?

45-Què li ha fet seguir treballant d'infermer@?

46-En aquests moments tornaria a estudiar infermeria?

Si

No

47-Per què?

48-Recomanaria a algú proper a vostè estudiar infermeria?

Si

No

49-Per què?

ANNEX 5: TAULES DE COL·LEGIACIÓ I DISTRIBUCIÓ
DELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA DE LA REGIÓ
SANITÀRIA GIRONA

Professionals col·legiats d'infermeria per província i sexe

	Homes 1999	Dones 1999	Homes 2000	Dones 2000	Homes 2001	Dones 2001	Homes 2002	Dones 2002	Homes 2003	Dones 2003
Almeria	440	1537	820	1210	469	1665	465	1717	640	1581
Cádiz	1655	3290	1682	3565	1646	3581	1680	3698	1670	3706
Córdoba	699	2452	816	2590	725	2535	722	2570	848	2880
Granada	800	2830	1031	2750	1050	2784	992	2654	853	2686
Huelva	510	1306	495	1303	509	1391	525	1409	505	1443
Jaen	893	1691	927	1735	971	1770	977	1748	1072	1892
Malaga	1344	3280	1386	3459	1420	3595	1438	3670	1460	3756
Sevilla	3151	5065	3221	5188	2588	5176	2582	5162	2511	6344
Osca	116	906	115	925	100	936	103	960	104	1013
Saragossa	100	628	216	574	178	574	185	579	230	570
Terol	721	4060	742	4195	747	4297	754	4327	769	4493
Asturies	1036	4701	1103	4908	1110	5012	1117	5104	1105	5241
Illes Balears	361	3060	387	3185	1282	2470	1447	2458	449	3711
Les Palmes	775	2575	806	2732	848	2883	902	3078	950	3222
Santa Cruz	732	2374	766	2476	826	2564	898	2651	911	2680
Cantàbria	300	2261	508	2787	503	2790	525	2857	518	2951
Àvila	114	682	106	688	105	652	112	699	115	721
Burgos	197	1583	202	1640	212	1680	219	1710	230	1800
Lleó	327	2012	324	2050	291	2211	310	2301	346	2399
Palencia	206	700	127	808	201	726	201	726	94	854
Salamanca	568	1516	491	1603	738	1274	749	1294	603	1604
Segovia	85	584	79	616	76	604	79	635	79	649
Soria	33	508	31	529	33	540	33	552	41	549
Valladolid	788	2058	839	2192	854	2249	878	2321	912	2420
Zamora	111	877	106	901	110	911	114	928	130	945
Albacete	280	1298	273	1306	297	1375	303	1431	344	1516
Ciudad Real	442	1513	464	1711	384	1587	405	1687	482	1896
Conca	145	702	173	716	162	741	173	721	274	666
Guadalajara	116	642	89	636	98	655	101	663	101	678
Toledo	344	1570	342	1688	350	1739	368	1801	393	1938
Barcelona	3899	24754	3827	25071	3947	26115	3998	26853	3993	27135
Girona	205	2125	209	2199	224	2306	236	2371	269	2591
Lleida	175	1525	180	1560	199	1566	209	1638	180	1710
Tarragona	267	2237	284	2302	272	2406	277	2492	294	2546
Alacant	1319	3909	1312	4083	1304	4177	1313	4249	1555	4730
Castelló	522	1333	530	1355	803	1149	831	1175	878	1273
València	2379	8767	2393	8842	2478	8969	2561	9065	2377	9594

Badajoz	851	2419	859	2506	835	2540	855	2624	810	2414
Caceres	553	1865	551	1894	543	1907	564	2011	545	2103
A Corunya	772	4181	799	4240	821	4382	839	4501	705	4774
Lugo	538	1014	548	1050	557	1123	560	1215	260	1559
Ourense	272	1238	284	1265	293	1290	287	1276	286	1271
Pontevedra	386	2769	402	2882	413	2973	420	3048	388	2953
Madrid	5417	24238	5649	25473	5703	26320	5723	27034	5760	27907
Murcia	1727	2438	1793	2643	1834	2703	1880	2768	1875	2758
Navarra	193	4023	210	4188	185	4338	184	4419	271	4802
Álava	128	1630	128	1680	136	1757	136	1807	148	1827
Guipúscoa	253	3433	254	3635	254	3635	251	3719	239	3715
Biscaia	818	4984	704	5166	754	5240	906	5281	738	5549
La Rioja	104	1262	112	1302	129	1370	134	1420	137	1479
Ceuta	105	313	152	287	134	267	135	267	113	334
Melilla	56	294	60	289	58	292	61	307	60	321

Professionals d'Infermeria col·legiats per comunitat autònoma i per sexe

	Homes 1999	Dones 1999	Homes 2000	Dones 2000	Homes 2001	Dones 2001	Homes 2002	Dones 2002	Homes 2003	Dones 2003
Andalusia	9492	21451	10378	21800	9378	22497	9381	22628	9559	24288
Aragó	937	5594	1073	5694	1025	5807	1042	5866	1103	6076
Astúries	1036	4701	1103	4908	1110	5012	1117	5104	1105	5241
Illes Balears	361	3060	387	3185	1282	2470	1447	2458	449	3711
Illes Canàries	1507	4949	1572	5208	1674	5447	1800	5729	1861	5902
Cantabria	300	2261	508	2787	503	2790	525	2857	518	2951
Castella i Lleó	2429	10520	2305	11027	2620	10847	2695	11166	2550	11941
Castella La Manxa	1327	5725	1341	6057	1291	6097	1350	6303	1594	6694
Catalunya	4546	30641	4500	31132	4642	32393	4720	33354	4736	33982
Comunitat Valenciana	4220	14009	4235	14280	4585	14295	4705	14489	4810	15597
Extrema Dura	1404	4284	1410	4400	1378	4447	1419	4635	1355	4517
Galícia	1968	9202	2033	9437	2084	9768	2106	10040	1639	10557
Madrid	5417	24238	5649	25473	5703	26320	5723	27034	5760	27907
Múrcia	1727	2438	1793	2643	1834	2703	1880	2768	1875	2758
Navarra	193	4023	210	4188	185	4338	184	4419	271	4802
Euskadi	1199	10047	1086	10481	1144	10632	1293	10807	1125	11091
Rioja	104	1262	112	1302	129	1370	134	1420	137	1479
Ceuta i Melilla	161	607	212	576	192	559	196	574	173	655

Professionals d'infermeria col·legiats de Catalunya per sexes

	Homes 1999	Dones 1999	Homes 2000	Dones 2000	Homes 2001	Dones 2001	Homes 2002	Dones 2002	Homes 2003	Dones 2003
Barcelona	3899	24754	3827	25071	3947	26115	3998	26853	3993	27135
Girona	205	2125	209	2199	224	2306	236	2371	269	2591
Lleida	175	1525	180	1560	199	1566	209	1638	180	1710
Tarragona	267	2237	284	2302	272	2406	277	2492	294	2546

Distribució infermers i infermeres per sexe i àrees d'atenció Regió Sanitària Girona

Centres: Hospitals, Atenció Primària i Sociosanitària	Num Infermers	Num Infermeres	Num Infermers serveis especials
CARSA	1	29	1
Clinica Botill		20	
Clinica Girona	2	145	2
Clinica l'Esperança		1	
Clinica Salus Intirmorum	1	15	
Clinica Sta Creu		7	
Hospital Comarcal de la Selva	4	94	2
Hospital Campdevanòl		35	
Hospital Figueres	14	158	13
Hospital Palamós	18	112	
Hospital Puigcerdà	1	28	1
Hospital Sant Feliu		4	
Hospital Sta Caterina	4	100	3
Hospital Sant Jaume	1	68	
Hospital Dr. Josep Trueta	15	420	7
Institut Català Oncologia	7	5	7
CAP Sarrià de Ter	1	7	
Geriatric Maria Gay		5	

Sociosanitari Bernat Jaume	3	20	
Sociosanitari MUTUAM		9	
Hospital Asil Sant Jaume	2	8	
Hospital Esclerosi Múltiple		1	
Hospital Municipal Lloret		7	
Hospital Psiquiàtric Salt	5	34	
Sociosanitari Puig d'en Roca	2	8	
CAP Taiala	1	6	
CAP Alt Empordà	4	21	2
CAP Amer		2	
CAP Arbúcies		5	
CAP Banyoles	2	18	
CAP Bescara	1	1	
CAP Besalu		5	
CAP Blanes	2	19	
CAP Breda	1	4	
CAP Cadaqués	2	4	
CAP Caldes Malavella		3	
CAP Campdevànoil	1	2	
CAP Camprodon		6	
CAP Can Gibert del Pla	1	19	
CAP Cassà de la Selva	1	18	
CAP Catalina Cargol		8	
CAP Celra	1	2	
CAP Dr. Subirós		7	
CAP Dr. Josep Alsina		6	
CAP Dr. Ramon Vinyes		8	
CAP Garrotxa	2	28	
CAP Guell	3	25	3
CAP Hostàlic		4	
CAP La Bisbal	1	7	
CAP La Selva	1	6	
CAP La Vall d'en Bas		5	
CAP L'Escala		9	
CAP Lloret de Mar	2	6	
CAP Montilivi		12	
CAP Peralada	3	9	

CAP Ribes de Freser		4	
CAP Ripollès	1	19	
CAP Roses		8	
CAP Salt	2	12	
CAP S.F.Guixols	1	14	
CAP S.Joan les Fonts		5	
CAP Santa Clara	1	15	
CAP Sils	1	4	
CAP St.Hilari		4	
CAP Torroella		10	
CAP Vidreres	1	3	
CAP Vilafant	2	9	
CAP Vila-roja		5	
Cons Platja d'Aro		4	
Cons Portbou		1	
Cons Tossa de Mar		2	
CAP LLançà	2	4	
TOTAL	121	1738	41

Serveis especials: Cures intensives, diàlisi, urgències, quiròfan, reanimació, rehabilitació, radiodiagnòstic, proves funcionals.

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 6

RESUM DE LES APORTACIONS OBTINGUDES EN ELS GRUPS DE DISCUSSIÓ

1. Resum de les aportacions del grup de discussió: infermeres incorporades al món laboral

1.1. Aspectes vocacionals

En principi la idea de "vocació" queda poc concreta. Es consensua el significat de la paraula: "*Aptitud, disposició, inclinació natural a exercir una professió*".

Les infermeres més grans la tenen força clara, saben de seguida què es vol dir i, en general, opinen que la vocació és un ingredient necessari per realitzar la tasca d'infermeria. Potser que al moment d'escollir la carrera professional es valoressin altres factors i no es tingués en compte la vocació, però a mida que una va coneixent la realitat laboral s'adonen que és necessari tenir vocació per poder continuar amb una feina d'aquest tipus. De totes maneres insisteixen que l'ingredient més important és la professionalitat (aconseguir fer una feina, en aquest cas la d'infermeria, i fer-la ben feta).

Les més joves no saben ni entenen massa què és la vocació, parlen de professionalitat i creuen que poden fer bé qualsevol tipus de feina si s'ho proposen i poder preparar-se.

En general sembla que la vocació, concretament amb la professió d'infermeria, està força relacionada amb el rol de la dona, el de "cuidadora".

“Cuidadora” a casa, “cuidadora” a l'hospital..., dues tasques que per qüestions culturals i de gènere pot confondre a la infermera, i també pot desdibuixar el límit entre fer una feina per vocació i/o fer-la per professionalitat.

Les generacions més joves educades en un ambient menys masculista i més igualitari en qüestió de gènere, no troben a faltar per res la vocació en la carrera d'infermeria, per a elles el que compta és únicament la professionalitat.

1.2 Socialització de la professió. Valors

En general, creuen que és una professió diferent a les altres perquè es treballa amb i per a persones, i a més a més estan malaltes. Això requereix més responsabilitat i tensió. Aquesta atenció al malalt ha de ser contínua, les 24 hores, tots els dies de la setmana. Això obliga a treballar també els festius.

La societat la contempla, encara, com una professió femenina; ja que és una tasca que lliga molt amb el rol que té adjudicat la dona. Els costa veure a la infermera com a una professional, la veuen com a “cuidadora”, ajudant del metge. Aquest, en general, també veu a la infermera com a una ajudant secundària seva. Rarament li té un reconeixement com a professional i valora el seu treball o té en compte els seus coneixements o opinions sobre el malalt i la seva malaltia.

Els valors, tots reconeguts per les infermeres del grup i alguns d'ells també considerats pel malalt i acompanyants:

Capacitat de treball.

Qualitats humanes en general, ja que es treballa amb i per a persones.

Assequibles, visió pràctica: després de ser informats pels metges, molts familiars i malalts et pregunten com veus la evolució de la malaltia, volen que els recalquis de manera més planera. Fem de traductores dels metges, som com mediadores culturals.

Empatia.

Esperit de servei als altres. Capacitat d'entrega.

Paciència.

Visió holística del malalt.

Concentració: "es toquen moltes tecles i molt vitals".

Organització: "et donen moltes ordres i moltes indicacions".

Observació i visió empírica.

1.3. Aspectes de gènere. Conciliació familiar

A la dona, des de sempre, la societat li ha adjudicat el rol de reproductora (inevitable) i "cuidadora" de tots els membres de la família, aquesta feina juntament amb la del manteniment i funcionament del espai domèstic ocupa gran part del temps de les dones.

Molt difícil compaginar aquesta feina amb la feina professional com no sigui en detriment de la salut (estrès, depressions, insomni, debilitat física...), i/o temps lliure (el dia només té 24 hores i les hores de dedicació casa/hospital són moltes) i/o promoció professional (difícil assistir a congressos, cursos, conferències, participar en grups de treball...), i/o aficions (n'hi ha moltes!), i/o idees personals (poques hores per pensar, a més a més els suggeriments o la creativitat de la dona és poc reconeguda en el món dels homes, inclòs també entre algunes dones).

Les dones al incorporar-se al món laboral han aconseguit més autonomia, sobretot econòmica (molt important, pot decidir amb més tranquil·litat deixar la vida de parella, si és dona el cas), han aconseguit que se'ls pugui reconèixer les seves aptituds i professionalitat (apart de les pròpies de la tasca domèstica). Però també això les hi ocasiona noves dificultats i problemes. Queda molt camí a fer, falta molta educació (ja des de la infantesa) i que vagin canviant els rols home/dona o millor dit que es vagin diluint un amb l'altre, que no hi hagin aquestes diferències tant marcades.

La professió d'infermeria és potser la que més difícil serà que la societat (a vegades les mateixes dones) la contempli com a una professió com a tal, desvinculant-la del rol de la dona (com a "cuidadora").

També que les mateixes dones, les infermeres, puguin viure la professió desvinculant-la del seu obligat (encara) rol femení i disposar de més temps per promocionar-se i per compaginar amb la tasca domèstica.

2. Resum de les aportacions del grup de discussió: infermers incorporats al món laboral

2.1. Aspectes vocacionals

Tots els assistents van trobar que era la infermeria és una professió lligada totalment a l'aspecte vocacional.

Els més joves tenien clar que havien escollit infermeria purament per vocació. Les seves declaracions confirmaven la seva vertadera vocació, havien de suportar molts inconvenients: els derivats de la pròpia naturalesa de la professió d'infermeria (horaris, dedicació, implicació personal, etc., ja comentats en el debat amb les infermeres) però als infermers se'ls afegeix el problema de representar un rol (home-cuidador) que la societat encara no té gens clar. Però malgrat aquests revessos ells no desisteixen de seguir exercint la professió.

La gran dificultat que tenen és la de ser identificats, entesos i acceptats tant per el malalt, com per els familiars, per l'empresa, pels metges i a vegades per les mateixes companyes de treball.

Malgrat aquests inconvenients, ells varen continuar amb el seu interès de seguir fent infermeria i treballant com a infermers; llavors això és una prova de que tenen vertadera vocació.

També deixen clar que no han estudiat infermeria perquè no es veien capaços amb la carrera de medicina. Diferencien clarament què és i què fa el metge i què l'infermer/infermera. Sabien bé les tasques d'infermeria i les fan a gust.

Crec que també intervé un factor generacional a l'hora de parlar de les motivacions que els varen portar a escollir la carrera d'infermeria.

Els més grans (voltant o més dels 50 anys) ja ho veuen diferent. Algun d'ells ja explica l'elecció de la professió amb una altra motivació. La dificultat per fer Medicina, en algun cas fa que es decideixi per infermeria com alternativa.

Hi ha qui confessa que sentia vocació perquè temps enrera el rol del infermer era diferent, llavors eren "practicants" i feien una feina més propera i semblant a la del metge. O de seguida que podien buscaven feines com la de practicant de poble, practicant d'empresa o bé entraven a treballar als serveis especials del hospital,

tipus RX, laboratori, trauma... però evitaven els llocs d'hospitalització on s'hagués de tenir cura del malalt allitat.

2.2. Socialització de la professió. Valors

Al llarg de la sessió de treball, s'ha fet molt evident que el rol de gènere, sobretot en la professió d'infermeria, és molt vigent. La societat encara es fa un gran embolic i no aconsegueix treure's del tot de sobre la forta i profunda influència que bé d'una educació masclista i discriminatòria.

Els infermers pateixen també una discriminació procedent de la marcada separació del rol masculí del rol femení.

La idea del "home cuidador" no acaba de ser ben entesa i acceptada, tant per la societat en general, com per malalts, familiars, metges i a vegades per les mateixes infermeres.

Els infermers es troben que s'han d'identificar sovint davant del malalt i acompanyants, explicant quina és la seva tasca, del contrari els confonen o bé amb un metge o bé amb un zelador.

Algunes empreses sanitàries no els volen donar feina, ni tant sols els posen a prova, prefereixen infermeres (pel fet de ser dones).

En alguna ocasió han de suportar la quarantena que els posen algunes companyes de treball, sobretot els primers dies d'estar a la feina; han de demostrar que fan la feina ben feta i amb igual dedicació que la faria una dona/cuidadora.

És evident que el fet que infermeria sigui una professió integrada majoritàriament per dones i que la societat encara no s'ha pogut despendre de la figura única de dona/cuidadora, fa que els infermers tinguin dificultats a l'hora de ser reconeguts professionalment.

La societat valora al infermer com a professional quan adopta un rol que culturalment respon al patró masculí: practicant (posar injeccions, cirurgia menor...), zelador, metge, serveis especials: RX, laboratori, fisioterapeuta, cures de trauma, ajudant de quiròfan, etc., però el rol purament de cuidador de malalts no és gaire ben vist.

Val a dir, però, que actualment sobretot la gent jove que acudeix al hospital no tenen problemes per entendre la funció del infermer i aquest pot realitzar millor la seva tasca.

2.3 Aspectes de gènere. Conciliació familiar

Clara consciència dels informadors del gran conflicte i sobre-càrrega que representa per la dona compaginar la tasca d'infermeria i la tasca domèstica. Però no sembla que cap d'ells pateixi aquest problema, en parlen però com d'un assumpte més propi de les seves companyes de treball.

Es manifesten partidaris de la igualtat i alliberament de la dona, són conscients de que algunes professionals aquesta dualitat de treball incideix en la manca de concentració en vers la feina laboral remunerada, però no hi ha una clara implicació en el tema.

Els també manifesten que fan alguna feina domèstica però a la mida de les seves forces: s'agafen el temps necessari, descansen sortint del treball, dormen les hores necessàries...i que aquells que fan o han fet altres feines, remunerades o no, apart de la pròpiament professional, els hi ha ocupat, gairebé sempre, gran part del dia i tampoc s'han pogut implicar a casa.

Els que no vivien en parella semblava que els quedava lluny aquests problemes, no hi tenien experiència. Però sí que tots coneixien d'aquelles actituds d'algunes mares que els hi estalviaven de fer qualsevol tasca domèstica, reservant-la per les nenes de la família.

3. Resum de les aportacions dels grups de discussió: metges i metgesses incorporats/incorporades al món laboral

Aquestes conclusions no diferencien el sexe dels participants donat que no hi ha diferències significatives en les seves aportacions.

3.1 Aspectes vocacionals

La professió de medicina es vista, pràcticament tots els participants, com una professió diferent ja que implica una dependència directa de les persones envers el professional de la salut.

En general, tots els entrevistats deien que s'ha de tenir vocació doncs és una professió que comporta moltes coses: penalitats, responsabilitat sobre vides, i l'èxit o el fracàs de la feina té unes conseqüències molt específiques i molt diferents comparades amb les d'altres professions..

Molts dels integrants dels dos grups de discussió varen manifestar sentir ganes de ser metges des de ben joves, també amb una idea quelcom idíl·lica, fomentada per aspectes religiosos, missioners, ajut als demés.

3.2. Socialització de la professió. Valors

En quan al reconeixement social que tenen pel fet de ser metges o metgesses, hi ha certes discrepàncies. Manifesten que en l'actualitat estan reconeguts, però molt menys que abans i per suposat que ara el metge ja no es veu com un déu, sinó a vegades tot el contrari. Molts d'ells han manifestat estar treballant molt per poca compensació i amb por. La por la tenen sobre tot al principi, després d'acabar la carrera, però tot i això creuen que encara es senten valorats, tot i no sentir-se gens segurs de les seves actuacions. Les opinions, en general, apunten a que es consideren el col·lectiu més valorat de l'hospital, però amb unes condicions laborals molt dolentes.

Es van manifestar generalment satisfets del seu reconeixement personal, especialment quan poden solventar els problemes de salut de la gent, quan els escolten, quan els somriuen o quan els identifiquen amb aquell doctor / aquella doctora que els va tractar.

Respecte el pes que les relacions de gènere tenen en aquesta professió, hi ha diferents manifestacions dels participants. En general, les dones es senten menys valorades professionalment, respecte als seus companys metges i hi ha moltes referències al respecte. També les dones varen manifestar estar menys valorades pels pacients i pels seus companys.

3.3. Aspectes de gènere. Conciliació familiar

Les dones per fer compatible la seva tasca laboral amb la feina, i en general fer compatible tota la seva vida, tenen moltes de dificultats, que no es presenten en els homes informadors.

En cap moment es van aportar solucions per aquests temes de conciliació familiar o en vers el paper de la dona en general.

4. Resum de les aportacions del grup de discussió: estudiants de primer curs de medicina dones

4.1 Aspectes vocacionals

Totes les participants han triat aquesta professió perquè els hi agrada, la seva vocació es va iniciar una a la infància i les altres dues a l'adolescència i segons elles estudien medicina perquè és el que més les motiva i que al llarg dels anys veuran si es consolida aquesta vocació. La influència hi ha jugat un paper important a les que tenen parents que treballen en quelcom relacionat amb la sanitat i sinó a través, fins i tot, d'un documental hi troben el que els ha acabat de fer decidir. Una de les coses que més insisteixen és que és una carrera de molts anys i que per triar-la per força els hi ha d'atraure.

Un altre punt a destacar és la importància, que veuen en aquesta professió, de la relació amb les persones i la facilitat que tenen elles, pel fet de ser dones, per relacionar-se. Per totes és una professió més social que de ciències. Acabo amb aquestes conclusions amb l'aportació que seria bo observar i captar al cap d'uns anys d'exercir la professió com pensen després: *"la medicina... vull que sigui la meva professió però no la meva vida"*

4.2 Socialització de la professió. Valors

Coincideixen totes dient que la medicina és una professió com qualsevol altra però que encara està mitificada per alguna gent, especialment la gent gran. És una professió que per arribar-hi requereix un gran esforç que és reconegut però

que després no tenen al professional com a una persona amb vida pròpia, per a l'usuari *"un metge no es pot equivocar mai"*.

La diferència amb d'altres professions la troben ja en mateixos estudis on és important el fet d'aprendre bé la professió per la gran responsabilitat que es té envers les persones. Per elles la societat té un respecte pels metges/gesses que són molt cultes i en qui diposita la seva confiança, sempre i quan no s'equivoquin, però alhora exigeixen molt més que a d'altres professions, per tot això el que els pot aportar la professió a part de "mal de caps" és gratitud que es pot convertir en un *"enfonsar-te"*.

És important per les participants separar la professió de la vida privada i aquí editarien les diferències pel gènere: Un metge home pot arribar a ser un gran metge per les facilitats que la "dona" li dóna per gaudir de temps per estudiar i exercir la professió sense que es preocupi de les tasques domèstiques. Malgrat la seva joventut, veuen clarament la diferència de gènere i el rol de la dona com a responsable de la seva família, la llar i queda clar el seu clar rol de *"cuidar dels altres"*. Tot això ho han viscut a casa amb l'exemple de pares o d'altres coneguts, veuen lluny el fet que *"això pugui canviar algun dia"*. Per elles la societat és masclista i reconeixen que elles, en el fons, hi participen d'això, i, en tot moment, parlen de ser metges i no de metgesses. La professió de metgessa limita socialment a qui la practica pel fet de ser incompatible *"ser amic i pacient"* i sobretot si ets dona : *"no pots ni tenir fills"*.

Creuen que hi ha homes que encara pensen que la professió esta feta per homes encara que reconeixen que hi ha homes que ja els hi està bé la introducció de la dona a la medicina, per altra banda la diferència amb els companys homes que estudien amb elles, no la veuen, són companys per igual.

Per elles la gent encara creu que les dones han de ser infermeres i els homes, metges, ja que la infermeria és una professió més servil que la de metge. De tota manera elles també les fa *"raro"* veure un noi estudiant infermeria.

Una altra opinió xocant que seria fruit d'una societat masclista és la d'una participant, opinió recolzada per les altres, que diu que *les dones accedeixen a una feina massivament quant aquesta es desprestigiada per la societat* com és el

cas de la medicina, la guàrdia civil i la policia, cosa que és difícil que la dona accedeixi a les direccions d'empreses perquè encara aquesta professió és dotada de gran prestigi i d'un bon sou.

4.3 Aspectes de gènere. Conciliació familiar

Només una de les participants té cura d'un avi a casa seva, temporalment ara a l'estiu i ho fa perquè és el seu avi, no li "fa res" i els seus pares treballen durant el dia.

El fet d'estudiar la carrera i viure entre setmana a Barcelona fa que les joves trobin limitacions en les seves relacions socials i dificultats per realitzar les tasques domèstiques quan estan a Barcelona. Hi ha dues opinions respecte les diferències entre les dones que estudien a Barcelona sent de fora i les que estudien a Barcelona sent de la ciutat mateixa. Per una banda s'opina que les que tenen residència a Barcelona tenen més facilitat per aprovar la carrera pel fet que no s'han de preocupar per les tasques domèstiques, i, per altra, que les que viuen a la Barcelona no aproven tant ja que tenen més temps a l'abast per poder relacionar-se amb els amics i família.

Les cinc coincideixen que el fet que sigui una carrera tant llarga dificulta que es puguin independitzar i formar una família ja que fins que no s'aconsegueix una feina estable un cop acabat la carrera, es triga uns quants anys.

Les dones són les que assumeixen en general el rol de tenir cura dels fills i això fa que tinguin dificultat a l'empresa, de tota manera creuen que això dependrà de com "*sigui l'home*". Majoritàriament els homes estudiants de medicina que viuen a fora de casa es despreocupen força de les feines domèstiques i les joves opinen que en general els hi és més còmode estar-se en una residència.

Coneixen poques mesures existents (reducció de jornada , baixa maternal i alguna gran empresa que té guarderia) per la conciliació familiar i admeten que les dones són més costoses per la feina degut entre altres coses a les baixes maternals, cosa que tota empresa hauria d'acceptar i no posar impediments com fan ja en una simple entrevista de feina quan pregunten, si ets jove, si tens previst casar-te i

tenir fills. El que sí tenen clar és que si estigués a les seves mans allargarien les baixes maternals mantenint els sous com a mesura conciliadora principal.

Per acabar, pensen que la infermeria és una professió majoritàriament de dones per una banda per tradició i per altra per la desigualtat entre home i dona. Lla dona és més sensible i servil per la qual cosa infermeria és ideal. En canvi, la professió de *metge és més apropiada per l'home perquè estudia més i serveix.*

Malgrat tot això esperen que això "*canvii algun dia*".

5. Resum de les aportacions del grup de discussió: estudiants de primer curs de medicina homes

5.1 Aspectes vocacionals

Quan parlem de vocació a part de confirmar que han triat aquesta professió *simplement* perquè *“els agrada”* , també parlen tots de la importància de les aptituds per aquesta, del *“ser capaç”* de poder exercir-la així com que és una carrera molt llarga. Asseguren que amb la vocació sola no arribes en lloc. Dos d'ells van descobrir aquesta que els *agradava* la medicina a la infància i un a l'adolescència. Tenen clar què els agrada i què no, les lletres no els agrada. Tots han estat influenciats bàsicament per els professors de secundària i un d'ells també per l'avi.

5.2 Socialització de la professió. Valors

Troben que la diferència entre la professió metge i altres radica sobretot amb la relació, el tracte que s'ha de tenir amb les persones: *“és de les poques professions que el tracte supera la capacitat de l'individu”* ; a part dels coneixements, capacitats i responsabilitat envers els altres: *“pots tenir la vida d'una persona a les teves mans...”* Aquí però, s'engendra la discussió de si aquesta relació i tracte pot ser donada per part dels professionals d'infermeria i obviada per part del metge sempre i quan aquest tingui gran capacitat per aplicar els seus coneixements. Estan d'acord que hi ha d'haver un equilibri entre les dos facetes.

Amabilitat, donar seguretat i confiança són els principals valors que, pels participants, un metge ha de tenir malgrat que, abans, un metge era molt més valorat que ara.

Pensen que la dona té la mateixa capacitat que l'home per exercir la professió, consideren iguals un home que una dona. Fan la reflexió que amb *l'evolució de la societat* s'ha millorat la situació de la dona i que la incorporació de la dona en la

carrera de medicina ha estat un encert, millor que no pas començant per altres oficis com és el de fuster o mecànic.

5.3 Aspectes de gènere. Conciliació familiar

A la hora de tenir cura d'algun familiar sembla que no hi ha problemes i un d'ells ho fa habitualment com és el cas de la seva àvia.

Mentre viuen a Barcelona són ells els que fan les tasques domèstiques i participen també a les de casa seva, encara que diuen que les dones a casa són les que ho porten, ells "*col·laboren*".

Es compara el fet de compaginar les tasques domèstiques amb la feina remunerada amb època d'exàmens on coincideixen que hi ha un grup de gent que es posa molt nerviosa i un altre grup que s'ho agafa més bé com és el seu cas. Després d'estudiar tants anys a la hora de treballar contractarien una *dona de la neteja* per anar més tranquils .

En cas de tenir fills "*és un handicap* ", el pare el que vol és estar amb el fill. Encara que no volen els surt la visió masculista: *què faig: estar amb la família o portar diners a la família que es puguin cuidar ells?*

Veuen bé la introducció de la dona al camp de la medicina ja que té les mateixes capacitats que l'home i d'aquesta manera les places es reserven als millors (homes o dones). Tant a nivell personal com professional *els hi va molt bé que hagin més dones*. Menyspreuen els empresaris que per raons de tenir fills es discrimini a les dones a la feina però ho poden entendre per la qüestió de diners. Bàsicament no coneixen les mesures de conciliació però generen tota una sèrie de propostes que van des de deixar sortir al pare uns minuts cada hora per veure el seu fill, fins que gaudeixin de la baixa després del part tant el pare i la mare. Es veu poder ser pare algun d'ells, degut a la durada de la carrera, fins als 40 anys passats.

El fet que en la professió d'infermeria hi hagi més dones que homes ho justifiquen amb varies opinions interessants per una banda perquè les dones s'apartaven de les feines dures i es dedicaven més a les feines que calia només capacitat, sense esforços físics (en cap moment nomenen perquè la dona és més sensible o

servil), també diuen que és per tradició o que és com el cas de la medicina però al revés, que cada vegada hi ha més homes, per la igualtat d'oportunitats i perquè alguns homes no han entrat a medicina i infermeria és una altra opció.

6. Resum de les aportacions del grup de discussió: estudiants de primer curs d'infermeria dones

1. Aspectes vocacionals

Totes les estudiants han fet aquesta opció per vocació, creuen que si no l'escullis perquè t'agrada i és, realment, el que vols fer, es nota molt en la manera de tractar els pacients.

Defineixen vocació com una cosa que t'agrada, t'estira i et fa sentir identificat amb la feina.

Els inicis de la vocació, a totes, s'ha anat desenvolupant de petites. Les coses que els hi han anat marcant la seva preferència han estat l'atracció en temes referents a malalties, tractaments, i la seva disposició a curar i a tenir cura de les persones.

Totes coincideixen que tan els amics com la família sempre els hi ha dit que serien infermeres o que servirien per fer d'infermeres basant-se amb la seva actitud vigilant que ningú és faixi mal, donant consells o curant petites ferides

En quant a l'aspecte de la procedència de la inclinació a la vocació cal remarcar que hi ha dues alumnes que tenen familiars directes treballant en el món sanitari(una tia infermera i un pare metge), i que durant el batxillerat a totes els hi agradava la vessant de ciències però amb tracte humà.

Les raons no vocacionals que van fer-les començar els estudis actuals es concentren, bàsicament, en el fet de ser una carrera de tres anys.

6.2 Socialització de la professió. Valors

Gairebé totes creuen que la professió d'infermeria és diferent de les altres feines per molts factors. Primer, perquè es tracta amb persones. Segon, perquè és una feina amb molta responsabilitat ja que del seu treball en depèn la salut i, a vegades, la vida de les persones. Tercer, perquè les infermeres són les que estan

sempre al costat del malalt i moltes vegades el benestar del pacient depèn d'elles ja que aquest, per la seva malaltia, està indefens i és més vulnerable. Quart, un altre aspecte que creuen que la fa diferent és el fet que moltes persones no poden fer-la, ja que els impressiona la sang, els hospitals i les malalties.

En quant al que creuen que en pensa la societat de la feina d'infermera i dels seus professionals, la opinió general és que la societat no coneix la feina que fa la infermera i perdura encara la imatge frívola de la infermera.

Creuen que les pròpies infermeres permeten que això encara sigui així quan permeten imatges ofensives de les professional d'infermeria.

Un altre fet en el que totes estan d'acord es que la societat en general encara associa a la infermera amb l'ajudant del metge.

Els valors que creuen que identifiquen la professió d'infermeria són, majoritàriament, l'empatia i la responsabilitat, i després la paciència, la voluntat, el saber escoltar i el saber dir les coses.

També opinen que els valors que la societat hi veu en la professió d'infermera són els de comprensió, confiança, referència, confiança i intermediària entre el sistema sanitari i el pacient.

Creuen que la societat no sap quin es el paper de la infermera i per aquest motiu, valors com la responsabilitat, coneixements actualitzats i d'altres que els professionals d'infermeria pot considerar imprescindibles en la seva professió, no son considerats per la societat.

Creuen que la societat considera la infermeria una feina de dones. Socialment el rol de "cuidador" el tenen les mares, les ties, les germanes... Els pacients es senten més còmodes si tots els aspectes de la higiene, l'alimentació, les exploracions mèdiques agressives tenen al seu costat una infermera, una dona que supleix el paper de mare , germana, etc..

Opinen que el fet que sigui una professió de dones fa que el reconeixement social de la professió no estigui a la mateixa alçada que altres professions amb el mateix nivell d'estudis.

6. 3. Aspectes de gènere. Conciliació familiar

La seva col·laboració amb tasques de tenir cura de persones en dependència a casa seva no té relació amb el fet de ser estudiants d'infermeria sinó amb la manera en que s'han educat, i sobretot remarquen el fet de l'afectivitat com un tret important per assumir el tenir cura dels familiars més dependents.

Consideren que és molt difícil compaginar les tasques domèstiques amb qualsevol altre activitat.

Les deu del grup viuen amb els pares i col·laboren amb les tasques domèstiques, a les seves llars malgrat, majoritàriament, és la mare la qui té cura de tot.

Opinen que en les llars en les que tots els components treballen, les obligacions domèstiques s'han de compartir meitat a meitat. Si la dona no treballa fora la llar consideren lògic que sigui ella qui faci les tasques.

També creuen que els nois joves no saben fer res i això és culpa de les mares.

Sobre el fet de que la professió infermera sigui, des de sempre, majoritàriament femenina pugui generar alguna dificultat per a la professió en general opinen que sí ja que les dones infermeres han tingut moltes dificultats per compaginar el treball i les obligacions familiars com poden ser els fills, pares o altres familiars dependents.

Creuen que la professió avança lentament perquè moltes infermeres quan estan ben formades, és quan deixen de treballar, moltes ja no es tornen a incorporar al món laboral i les que hi tornen, sobre tot si han estat uns quants anys inactives ja han perdut part de la seva formació i els hi és molt difícil tornar-se a posar al dia ja que els coneixements i tècniques canvien constantment.

En quan a incorporació de la dona al món universitari en general, i especialment en la medicina pensen que malgrat és veritat que cada vegada hi ha més dones metgesses, socialment és continua associant la dona a la infermera i l'home al metge. Sobre tot si la metgessa és jove.

Les estudiants expliquen moltes anècdotes relacionades a aquest fet, que han viscut en els seus períodes de pràctiques. Segons les estudiants aquesta realitat de que hi hagi més dones metgesses no té perquè tenir repercussions negatives en la professió, com a molt creuen que la professió pot acostar-se més als pacients.

En general, no tenen gaire coneixement de les ajudes que tenim les dones per poder tenir cura dels fills, coneixen la reducció de jornada però no saben que a les institucions públiques, durant el primer any de vida d'un fill, es pot demanar la reducció d'un terç de la jornada i cobrant el sou sencer

Creuen que si no s'han instaurat abans més mesures de conciliació en el treball remunerat és pel fet que la professió d'infermeria no està molt valorada, no se l'hi dóna importància al fet de perdre una professional.

També creuen que l'actitud masclista de la societat veu amb bons ulls, recolza i estimula que les dones deixin de treballar per fer-se responsables de les cures dels fills, avis o persones dependents que pugui haver-hi en la llar familiar.

Parlen amb enyorança dels països del nord d'Europa, Suècia, Holanda, etc. perquè coneixen les facilitats que hi ha en aquest països per a les dones que prenen l'opció de ser mares.

7. Resum de les aportacions del grup de discussió: estudiants de primer curs d'infermeria homes

7.1. Aspectes vocacionals

Entenen per vocació allò que, prèviament a l'inici dels estudis o del coneixement del món sanitari, ja et diu el què vols fer.

Semblaria que la vocació fos quelcom més associat a les dones infermeres i que en els homes hi hagués un predomini de la promoció professional per sobre de la vocació.

En quant a la temporització dels possibles primers indicis de vocació opinen que si de petits haguessin conegut homes infermers, aquesta podria haver estat la seva primera opció però al ser una professió majoritàriament femenina no els hi havia passat pel cap que poguessin estudiar infermeria.

Cal recordar que la imatge que ells mateixos aporten de la infermera és la d'una dona "*espatarrant, provocativa i amb minifalda*".

Les raons, doncs, no vocacionals que els van portar a iniciar aquests estudis tenen a veure amb la promoció professional i amb la curta durada d'aquesta carrera universitària.

7.2. Socialització de la professió. Valors

Majoritàriament opinen que hi ha dos elements que fan diferent aquesta professió de les altres. Per una banda, el contacte diari amb els pacients que s'argumenta pel fet que la vida i la salut de les persones de les que es tenen cura està a les seves mans, i que a causa de la seva malaltia estan en un estat d'indefensió.

Per l'altra banda, la gran responsabilitat ja que es treballa amb la vida de les persones i un error de medicació o de vigilància pot tenir conseqüències irreparables per a les persones.

Creuen que la societat quan pensa amb infermeria pensa amb femení, que no la consideren una professió adequada per l'home. Manifesten que, amb freqüència, el missatge que els hi arriba de la gent, és que encara estan a temps d'estudiar una altra cosa, com si infermeria fos poca cosa per a ells.

Consideren que la societat identifica el professional d'infermeria com l'ajudant del metge, una persona preferiblement dona que només ha de "cuidar" i a la que no li cal formació prèvia ni continuada.

Els valors que creuen que identifiquen la professió d'infermeria són l'empatia, la paciència, la voluntat, el saber escoltar, el saber dir les coses, i la responsabilitat.

En quant al valors que pensen que la gent del carrer busca en la infermeria surt l'amabilitat, el saber escoltar i la confiança. La majoria dels estudiants opinen que la gent sap que els professionals d'infermeria són els que sempre estan al costat del pacient, en canvi amb els metges els pacients hi tenen un contacte més llunyà.

Creuen que la diversitat de professionals que hi ha en el àmbit hospitalari, fa per la gent del carrer els hi sigui difícil identificar qui és la infermera entre auxiliars d'infermeria, treballadors socials, voluntaris, tècnics, metgesses...i que una manera de diferenciar-los és l'estada hospitalària.

Opinen que la societat reconeix més a altres col·lectius que també són diplomats com ara aparelladors, enginyers químics, mestres, etc. que als professionals

d'infermeria. Això s'argumenta pel fet que al ser una professió vinculada a les dones no es considera a la infermeria com professionals, sinó només com les persones que tenen cura, les que substitueixen a la mare, la germana... etc. L'origen d'aquest problema és en les monges que conformaven un col·lectiu que feien el que ningú volia fer.

Cal remarcar el comentari que ja fa 20 anys que infermeria és a la universitat i que d'aquí 50 anys haurà millorat el seu reconeixement social i professional segurament degut a que la dona estarà molt més incorporada en el món laboral qualificat.

7.3.- Aspectes de gènere. Conciliació familiar

Només un dels estudiants creu que a la llarga pot tenir que fer-se càrrec dels avis, els altres sembla que és la primera vegada que és plantegen aquest tema que per la seva actitud demostren que els hi és bastant indiferent i que si s'han de definir adjudiquen responsabilitat a la dona.

Tres dels estudiants no viuen amb els pares, no tenen cap problema amb compartir els estudis amb les tasques domèstiques, però troben a faltar tot el que els hi fa la mare quan estan a casa.

Els altres viuen amb els pares i diuen que totes les tasques domèstiques les fa la mare i que ells no col·laboren.

En quant a les possibles dificultats que pot generar la feminització de la professió infermer/a es centren a afirmar que si la professió està poc reconeguda socialment és perquè és una professió de dones, que sempre el sou i la feina de les dones han estat considerats com una ajuda per a la família i per aquest motiu el col·lectiu sempre s'ha mostrat conformat en la seva condició. Remarquen que si fos una professió d'homes s'hauria reivindicat més sou i més reconeixement.

Quant s'enceta el tema de les dones metgesses apareixen, per una banda, comentaris totalment masculistes, del caire de que les dones es maten entre elles, critiquen molt, marquen més el territori, que moltes dones juntes vol dir problemes i un llarg etcètera. Per altra banda, consideren que professionalment pot

representar una millora de la professió, perquè creuen que les dones solen ser més sensibles a les demandes dels pacients.

També opinen que per a les metgesses és més difícil guanyar-se el reconeixement social que els metges i aquest fet contribueix a que les relacions amb l'altra personal de l'hospital siguin més difícils.

En general, coneixen poques de les accions que les empreses apliquen per facilitar la conciliació del treball remunerat (l'hora per alletament i la baixa maternal millor). Afirmen que les ajudes per maternitat són molt minses sobre tot si les comparem amb altres països del nord d'Europa.

Quan parlen d'aquestes mesures per facilitar la conciliació del treball remunerat donen per suposat que les mesures són per les dones.

Opinen que en el nostre país no hi ha més ajudes perquè és un país pobre, i també pel fet que al considerar el sou de la dona com una ajuda familiar les ajudes també són més petites.

Tots tenen clar que quan tinguin fills, un dels membres de la parella, concretament la dona, haurà de renunciar a treballar, ja que amb les poques ajudes que hi ha el treball no és compatible amb la criança i educació dels fills.

8. Resum final de tots els grups de discussió

8.1. Aspectes vocacionals

Aspecte de vocació molt arrelat en els professionals de la salut, indistintament del sexe. la seva aparició es vincula, bàsicament, a la infància i a l'adolescència.

Lleu diferència generacional en quan a considerar la vocació com un element iniciàtic o mantenidor, especialment en els homes alumnes d'infermeria i medicina.

La professió d'infermeria està imbuïda del rol de "cuidadora" que la societat li ha donat a la dona i que fa difícil discernir entre l'esfera domèstica i la professional del cuidar. Aquest aspecte es comença a perfilar en les metgesses.

8.2. Socialització de les professions. Valors

Valors com ara la responsabilitat, la comunicació, l'empatia, la dependència, la confiança, la confidencialitat, etc. similars al que expressen els catalans en la darrera enquesta (any 2002).

Pèrdua de consideració social per part dels metges. En general, es va perdent l'omnipotència de la que es gaudia fins fa un anys i ha començat a aparèixer factors de desestabilitzants (por, demandes judicials) de la seva consideració i respecte social. Les metgesses, en particular, apunten a aspectes masculistes, de discriminació de gènere en els mateixos companys metges, en vers a elles i a altres col·lectius sanitaris.

La incorporació de la dona en el món universitari i especialment en la medicina sembla que tindria una general bona acceptació ja que, per parts dels homes metges ja incorporats en la vida laboral, creuen que pot aportar aquella *sensibilitat* que a ells no els hi és pròpia. Però, també, en les entrevistes semiestructurades ha quedat palès l'existència d'una certa por a que aquest domini de la dona en la medicina comporti un abaratiment dels sous i encara una major pèrdua del prestigi social.

L'home es vincula a la professió metge i la dona a la d'infermeria, a tenir cura. Els infermers també pateixen aquesta construcció social en vers el paper que s'espera de l'home.

Les estudiants dones de primer curs de medicina pensen que la infermeria és una professió majoritàriament de dones per una banda per tradició i per altra per la desigualtat entre home i dona. La dona és més sensible i servil per la qual cosa infermeria és ideal. En canvi, la professió de metge és més apropiada per l'home perquè estudia més i serveix. És per això que malgrat veuen els seus companys d'estudis iguals que elles puntualitzen que el món de la medicina és masculí i masculista.

8.3. Aspectes de gènere. Conciliació familiar

Les mesures de conciliació són enormement desconegudes per part de tots els informadors. Les generacions més joves de dones semblen que coneixen algunes mesures de conciliació però la justificació al fet que no hi ha una solució eficaç i

dràstica, la vinculen a la necessitat de que hi ha hagi un canvi social i cultural en relació a com més veu i es considera la dona.

Els homes informadors tenen una clara tendència a minimitzar la importància que aquest significa pel desenvolupament de la dona i tenen clar que aquest paper dual ella l'ha de continuar fent.

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 7

Grup de discussió: Metges

Número de participants: 9

Durada: 75 minuts

P: Persona que dirigeix el grup

I: Informadors

P: Què en penseu de la vocació? Creieu que és un element important per fer de metge?

I1: "Has de tenir vocació per a ser qualsevol cosa, però, potser en aquesta professió, cal tenir més vocació que en altres.. jo recordo que es deia fas de dentista, però en canvi ets metge, a mi em costa pensar que fas de metge i quan acabes la feina ja no ets metge, ser metge és diferent". *Aquest comentari va ser rubricat pels altres membres del grup.*

I2: "Quan escullis aquesta carrera ho fas amb una idea més o menys romàntica, la idea de ser metge com més idealista".

Un del contertulians de més edat aportava:

I3: "Jo crec que ara ser metge és molt més dur....., et diuen "Usted tiene que visitar desde las 8 de la mañana hasta las tres de la tarde y tiene que ser productivo", ara mateix som un instrument més de la cadena sanitària, un instrument més, poc valorat i poc considerat... i ara la vocació crec que no hi és, ara jo em veig molt poca de vocació, ara ets un tècnic amb medicina, jo crec que abans n'hi havia més de vocació".

Aquesta aportació genera una rialla general i un cert acord però tornen a sortir els comentaris que la vocació és important per "aguantar" aquesta demanda de productivitat.

Dues consideracions importants, aportades per diferents persones, i que també van ser reforçades pels integrants del grup, van ésser:

I4: "Des de ben petit que hi penses que seràs metge... després al cap d'uns anys hi tornes a pensar... no tenim familiars que ens hagin influït...jo vaig començar perquè m'atreia la figura del metge.. té un impacte social la figura del metge" i "En aquesta professió tu dónes molt, treballes molt i penses que al cap d'uns anys això es revertirà, però no és així..".

Un altre metge complementa aquest comentari amb aquesta concreció:

I5: “És un tipus de carrera que comporta molt esforç,.....tu escollies aquesta carrera per a quelcom diferent... sinó ja no la faries, treballaries amb tasca més tècnica.”

Un participant que hi està totalment d'acord malgrat que els altres no es pronuncien.

I6: “En el meu cas, només el sol fet de que penses que ajudes els altres o que els pots solucionar algun problema o que intentes millorar la seva qualitat de vida, jo ja em sento bé.. em sento una mica recompensat. A mi, com sempre, estàs veient coses noves i estàs aprenent contínuament, ja m'estimula.”

Arrel d'aquest comentari, en surten d'altres similars i que reforcen, també, un altre tema com ara el de l'estatus social.

I7:“Constantment vas avançant també científicament i mitjançant la investigació pots descobrir com curar una determinada malaltia i això és molt estimulant”. “A mi el sol fet que et pots relacionar amb tota la societat, amb tots els estrats de la societat, per a mi ja és suficient.. això sempre m'ha atret molt, em sento amb contacte amb la realitat, amb la societat”.

Un participant de l'especialitat de ginecologia i obstetrícia afegeix:

I8: “Des del punt de vista del resident, és molt dur, però, ja aprens.. trobar il·lusió en aquesta fase és molt difícil, doncs, cada vegada la gent és més exigent, que no espera...En el nostre servei hi ha molta pressió... el que sí és veritat que quan fas parts és impressionant, de sobte veus una criatura que de cop es posa a plorar i és molt emocionant, i de cop toques de peus a terra, això em passa sovint, veus una partera que vaig tenir i quan la tornes a veure et somriu, això em fa molta il·lusió, la vaig atendre en el part, hi vaig deixar entrar el pare... Però ara, és molt més estressant, el part ha d'anar bé, la gent vol parir sense dolor, tot i que és un fet natural tothom reclama la cesària, la nostra especialitat és una part de la medicina en la que la gent no es pot morir, no ha de passar res i una dona et diu “oiga y mi nieto saldrá pronto, no?” Crec que es tracta de veure el sentit de la professió”.

Un participant torna agafar el fil del pes social de ser metge:

I5: “El reconeixement social ara no hi és tant, doncs, la paraula denúncia està a l'ordre del dia, i estàs tractant amb gent amb un nivell cultural terrible”.

Arrel d'aquest comentari s'afegeix: “Jo penso que la figura paternalista del metge tampoc era bona abans, tu pots pensar que això està bé però no saps

que en pensa la persona del que estàs fent...abans era un extrem i potser ara estem a l'altre".

I9: "Ara hi ha una desconfiança i ara és més difícil tot. A vegades, és millor parlar amb el pacient uns deu minuts que moltes altres coses. Sí, diríem que som els que estem més reconeguts de l'hospital, respecte a les altres professions. Jo penso que, a vegades, els pacients no ens expliquen el que els explica la infermeria, potser per una falta de confiança o potser per falta de temps nostre, doncs, anem sempre a la idea".

Un professional complementa el comentari anterior dient:

I3: "Jo crec que també és bo mantenir amb el pacient una certa distància, si la medicina és molt científica no valorem tant a la persona i no és tan humanitària".

P: Què en penseu de la presència, cada vegada més majoritària, de la dona en la medicina?

I7: "Potser les dones fan ara medicina per veure la medicina com més humana".

I1: "L'home és més materialista i les dones valoren la part més humana de la medicina".

I4: "Ara els nois valoren més les sortides de trobar feina d'immediat i les dones no.

No hi ha estabilitat laboral, no sé si el mes que ve tindràs treball o no i ara hi ha molts immigrants que els contracten i ho fan tot".

I9: "Ara aquesta professió no l'escullen els homes per estar mal pagada, els homes busquen professions millor pagades i les dones no sé perquè la trien...sinó ho fessin faltarien professionals... això comportaria que es podria fer més força per aconseguir millores a la professió.. les dones fan un favor molt feble a les mesures per no degradar la professió, mentre hi hagi oferta a la societat de metges, no s'arreglarà res."

Un participant, al fil del comentari que dibuixa una certa complexitat del món laboral, torna a reprendre el tema de la vocació i es tornen a generar aportacions al respecte:

I7: "En el nostre país, sense cap dubte, s'ha de tenir molta vocació, però s'ha de tenir vocació en el moment de començar les estudis."

I2: "L'he escollit per vocació, la societat no està informada en absolut de la situació dels metges avui en dia... els que tenim família sí... els amics et diuen

mira mentre tu has estat estudiant tants anys i només has acabat la carrera, a mi ja m'han cridat de diverses empreses per a treballar ..., tu guanyaràs x diners i jo en guanyaré x³ ..a nosaltres, personalment, ens aporta alegries i tristeses .. quan veus que hi ha persones que t'estan agraïdes pel que has aconseguit amb el teu treball això et satisfà, però ,quan veus persones que els has ajudat molt i encara estan enfadades o et critiquen, això et fa mal”.

P: Quina consideració social té la medicina en l'actualitat?

I3: “En general, el metge es considera, el veuen com una figura bona, que els pot ajudar i, en general, està ben considerat. Ara, però, el metge també el veuen feble, ho ha de fer bé sense ofendre, ho ha de fer bé sense gastar gaire, i ara cal tenir cura que no protestin, que no s'enfadin,... i si la naturalesa actua malament, això vol dir que ha fallat la ciència i ha fallat perquè ho has fet malament ..per sort encara tenim reconeixement”.

I9: “Yo tuve miedo , al principio, de ser médico, esto era al acabar la carrera... era invierno y tenía que ir de un lugar a otro con una moto... me salían sabañones al ir de visita en visita... era horrible, pasaba mucho frío y mucho miedo. Hacer guardias significaba que los que eran hijos trabajaban dos horas, y nosotros que éramos los que hacíamos guardias éramos los que trabajábamos, sólo había una ambulancia en todo el pueblo y sólo hacía viajes.... allí era Don Joaquín, eso sí.... pero tenía sabañones de trabajar hasta en las orejas. Tenía 25 años.... por la noche me llamaban dos o tres veces, los municipales venían con un Land Rover,..sólo oír el Land Rover ya temblaba de pensar que tenía una urgencia... allí tienen a la gente muy educada..debes ir al médico sólo con un volante. Hasta que tuve la suerte de quedarme parapléjico no dejé de hacer guardias,,, después del pueblo me fui a Palma de Mallorca... siempre de guardias..allí tenía cada año dos o tres accidentes, ya tenía un presupuesto por los accidentes de tráfico cuando tenía las guardias, eran accidentes de patinar con el coche haciendo guardias... desde el 90 que he dejado de hacer guardias y no he tenido ningún accidente!! Te sonaba el busca y era una locura.. En nuestra época, ser médico era como una especie de honor, ser médico era un honor. En mi pueblo, teníamos que ir a estudiar fuera con poco dinero, era carísimo hacer medicina en un pueblo, nadie se lo podía permitir. La gente estudiaba ATS o magisterio, carreras cortas... yo era un poco empollón. Yo lo que peor recuerdo de las guardias era que estaba harto de que la gente se me muriera, no había especialistas... veías una mujer

con una TVP i no sabías qué hacer, yo era el rey del mango, estaba harto de poner yesos, de hacer suturas... pero era el agobio de no saber si lo estabas haciendo bien. Yo empecé a estudiar en el 77, ...sacarse el MIR era un orgullo, pensabas que eras un especialista, yo era neurólogo pero no tenía el agobio de la gente, sinó el de si sé bastante o no. La de gente que se quedaba en medio de la carrera, si eras un hijo de papá ningún problema... pero sinó debías estudiar para ir pasando sin repetir”.

Arrel d'aquesta aportació un altre metge explica la seva experiència a l'acabar els estudis i torna a reafirmar l'existència de la vocació:

I3: “Yo al principio también cuando acabé lo pasé muy mal, era la enfermera la que decía lo que tenías que hacer...mira, éste tiene vómitos dále Primperan, mira, éste tiene diarrea dále Fortasec..cuando acabas la carrera no sabes nada, no sabes si lo estás haciendo bien o no, pero lo que haces es por vocación”.

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 7

Grup de discussió: Estudiants d'infermeria dones

Número de participants: 10

Durada: 2 hores i 30 minuts

P: Persona que dirigeix el grup

I: Informadors

P: Creieu que la professió d'infermeria va lligada a un aspecte vocacional?

La majoria opina que sí.

I1: "És molt important sentir aquesta feina ja que et relaciones amb la gent i has de comptar amb la gent perquè la feina sigui bona".

I2: "Tothom serveix més per una feina que una altra, tens vocació per una cosa o per un altra".

P: Què és la vocació per a vosaltres?

I1: "Saber que tu estàs motivada i preparada per salvar totes les dificultats que et pot costar fer una determinada feina".

I4: " Tenir habilitats".

I2: "Et sents identificat amb la feina que t'estira i t'atrau".

I5: " És una cosa que t'agrada perquè si no és així ja no ho fas".

I3: "Sentir que és la feina que t'agrada".

De sobte, ens tornem a passar al tema de la infermeria i de la vocació (crec que per dificultats de saber expressar amb paraules el que vol dir vocació".

I6: "Infermeria és una cosa que ha d'agradar"

I7: "Treballes amb persones i si no s'està al cas malament ...".

I8: "Hi ha d'haver el tracte humà, no és el mateix que estar en una fàbrica, si no tens un bon dia has de tenir en compte que estàs tractant persones i has d'aguantar, has de ser molt empàtic, és una feina que cansa molt i has de donar molt de tu mateixa"

I9: "També hi ha gent que fa infermeria sense ser una opció per vocació i es nota".

Aquest comentari és corroborat per totes les altres estudiants.

P: Totes heu escollit la professió d'infermeria per vocació?

Totes contesten que sí, menys una estudiant:

I10: “Jo no volia fer infermeria i estic pensant canviar de carrera. Això de vocació és molt relatiu perquè jo no sé si tinc vocació, m'agrada molt però..?”.

Una alumna diu que ella va començar una altra carrera però que s'ha donat compte que el que vol fer és infermeria.

P: Quan creieu que és van manifestar els primers indicis de vocació?

I3: “De petita volia fer medicina però al veure aquelles notes no, vaig pensar en fer agrònomes, però vaig estar un estiu treballant en un centre de disminuïts i vaig veure que allò m'agradava molt, i això és el que em va fer decidir per estudiar infermeria”.

I1: “Des de petita volia fer infermeria, vaig començar un altra carrera però la vaig deixar per passar-se a infermeria”.

I4: “La meva opció ha estat entre medecina i infermeria”.

I5: “Doncs jo dubtava entre psicologia i infermeria, i...vaig dubtar tant que va ser gairebé a cara o creu, al final el que estic fent m'agrada més del que s'esperava”.

I10: “No em desagrada la feina però no m'omple com penso m'ompliria una altra cosa (*És la mateixa estudiant que ha comentat que està pensant en canviar de carrera*)”

I8: “Volia fer medicina però a mesura que creixia veia que eren masses anys estudiant i no, infermeria m'agrada molt”.

I9: Jo vaig començar medicina i això (*és refereix a infermeria*) m'omple molt més, és molt diferent, el tracte amb el pacient, potser metge, però, no és el mateix. El metge està amb el pacient, mentre passa visita, deu minuts com a màxim, en canvi, a qui expliquen els problemes és a les infermeres”.

I2: “Quan fas pràctiques, encara que només estiguis 15 dies a les unitats, els pacients t'agafen confiança i quan ens acomiadem perquè s'acaba el període de pràctiques, expressen que ens trobaran a faltar”.

I7: “Jo volia ser pediatra però pel mateix,..medecina és una carrera molt llarga, al final, m'he decidit per infermeria i vull especialitzar-me en llevadora i ara més o menys estic allà mateix, i em sorprenc perquè cada dia m'agrada més”. (*Sembla ser que al principi tenia els seus dubtes però ara està convençuda que no s'ha equivocat*).

I6: “ El meu pare és metge i jo, des de petita, volia ser la seva infermera”.
Aquest comentari provoca la riulla de totes les companyes.

I6: “ Ara, el que estic fent m’agrada i però, no per ser la infermera d’un metge”.

I3: “Jo també volia ser pediatre de petita, però després veig que són molts anys i em decideixo per infermera i especialitzant-me en nens petits”.

I4: “Jo m’identifico amb el mateix i penso fer la especialitat de llevadora”.

I7: “La idea de fer medicina sempre la tens però veus que és una carrera molt llarga i penses que no hi arribes i després vas coneixent més el què és ser infermera, perquè en un principi tens la idea que la infermera és la que va amb el metge..., però, a mesura que coneixes més la professió, distingeixes que estàs més a prop del pacient i ofereixes un tracte més proper i més humà”.

P: Com es van desenvolupar els primers indicis de vocació?

I1: “A mi, a casa sempre m’ho han dit”.

Moltes de les estudiants afirmen que la seva família o bé els amics els hi han dit que servirien per a infermeres.

I6: “Jo estudiava químiques i vaig dir als companys que canviava, que volia estudiar infermeria i tots em van dir: és el que et va!, a casa meva sempre m’ho han dit.. Sovint, quan algú es fa mal sempre recorre a la meva ajuda, i també sempre sóc la que estic a l’aguait de que la gent no prengui mal”.

I3: “Una de les coses que em va fer donar compte que volia estudiar per aquesta professió, en comparació amb els meus companys, va ser el comprovar la meva atracció pels programes que tenen a veure amb medicina o amb alguna malaltia, i el fet que la meva família i amics sempre m’han dit “tu seràs infermera o metge””.

I9: “La idea d’infermeria a fora de la professió és tenir cura i acompanyar al metge”.

P: Vosaltres què creieu que és la feina d’infermera?.

I7: “*Multiusos*”.

I5: “ És una feina molt completa”.

I3: “S’ha de saber fer de tot, des de fer el llit a saber escoltar i, sobretot, tenir un munt de paciència”.

Aquests comentaris compten amb l’aprovació general del grup.

P: De qui heu rebut o vàreu rebre bàsicament la inclinació a la vocació?

I4: “Jo tinc una tia que és infermera, però quan la meva tia va començar a estudiar jo ja tenia decidit que seria infermera”.

I8: “Crec que s’escull segons les assignatures que més agraden, i solen ser de ciències o bé una barreja de tot i això és el et que dóna pistes de cap a on tirar”.

I2: “Et vas decantant cap a química o coses de ciències però amb més tracte humà, una mica de barreja de tot” (*Explica una altra que primer va tenir una tendència que no era cap a medicina o infermeria sinó vers la branca científica de químiques, biologia, física o bé, història i va ser de mica en mica a l’anar escollint assignatures que va veure les sortides que tenien*).

I1: “És una carrera més curta que medicina”.

I7: “A mi m’agrada tenir cura de les persones, ningú m’ha influït per a res”.

I8: “Jo sempre l’he vista com una professió molt bonica, en la que dónes molt però també reps molt”.

I6: “És molt sacrificat, però que un pacient et vegi pel carrer i et saludi i t’agraeixi el que has fet per ell, a mi m’omple molt”.

(Sembla ser que l’agraïment dels pacients les fa sentir que han escollit bé la seva feina).

Comença una discussió entre les estudiants de si un dels aspectes que tenen en compte a l’escollir la feina ha estat el sou.

I10: “Jo no vull semblar materialista però no pot ser que després de dedicar un temps important a la formació, el sou no estigui d’acord amb el nivell d’estudis”.

I3: “Jo no podria fer una feina que m’agradés encara que fos més ben pagada”. *La majoria creu que s’ha de fer una feina que agradi, que et deixi satisfeta encara que n’hi ha d’altres més ben pagades.*

I4: “També estic d’acord amb el que ha dit la J.. que s’ha de tenir en compte el sou, perquè quan comences tot és molt maco, dónes molt, reps molt i et sents satisfeta. Però, recordeu que quan vam anar a l’Hospital a fer pràctiques, el que ens van dir les infermeres que treballaven feien anys: al principi, comences a treballar de nit, et passes la majoria de fi d’anys treballant, Sant Joan treballant, si tot això no és compensat amb diners, quan portes 30 anys n’estàs *fins al monyo d’aquesta feina*, et pot agradar molt però no és la teva família la que hi ha allà”.

I9: "Això ja ho saps quan comences...però ara ho veiem molt maco, i per mil pessetes treballaries Cap d'Any, Sant Joan..."

P: Creieu que la professió d'infermeria és diferent a les altres feines?

I3: "Ui! És molt diferent perquè es tracte amb persones i s'ha de vigilar molt".

I7: "Jo no hi estic d'acord amb aquesta explicació perquè hi ha altres feines en les que es tracta amb persones i no té res a veure".

I10: "És una feina amb molta responsabilitat".

I5: "Sí, i quan tractes amb persones, els seus problemes te'ls emportes a casa".

Aquest comentari arrenca la conformitat de totes les assistents.

I1: "Quan vaig estar fent pràctiques en un hospital, una infermera és va equivocar de medicació. La infermera que hi havia es va passar tres dies allà amb aquella noia, no va treballar però estava allà a la planta molt preocupada..".

I2: "Els pacients confien amb el metge, però la persona que està allà és la infermera li explica els seus dubtes i fa que hi hagi més lligam i això és important que ho sàpigues portar, ja que està molt bé involucrar-t'hi i està per a ella però també has de saber dir ara estic a casa i poder-ho separar i això també costa".

I9: "És una feina molt diferent de les altres perquè hi ha molta gent per fer d'altres feines però infermeria hi ha poca gent que ho pugui fer perquè requereix moltes més coses que en una altra professió..."

P: Què creieu que la societat pensa de la feina d'infermera i dels seus professionals?

L'opinió de totes, en general, és que la societat no coneix la feina que fa la infermera.

I1: "La meva àvia diu, la *enfermera, enfermera es la que te llama cuando vas al médico...*".

I8: "La gent que pateix una malaltia i està dins un hospital és la que coneix la feina de la infermera i l'agraeix".

I3: "També hi ha la imatge d'abans, ara les coses han anat canviant...jo quan vaig dir que volia fer infermeria, la dona d'un metge em va dir: "*ui; infermeria les prostitutes dels metges*".

I2: "Encara hi ha la imatge de la infermera amb faldilla curta, la lliga, la còfia i amb uns pits així de grans (*Acompanya l'expressió amb el gest*).

Estan d'acord que les pròpies infermeres permeten que això encara hi sigui.

I4: Us recordeu...en el programa del Pas de l'Equador de l'any passat sortia la imatge d'una infermera amb faldilla curta i aspecte picant i a tothom els hi va semblar la mar de bé!...Era molt divertit!

I6: "Sí, sí.... i en una festa de disfresses de la universitat dos nois vestits d'infermera de quiròfan que s'anaven treient tot, van simular un estriptis!".

I7: "En canvi, si ho fa un de ciències ambientals ho veus tan lluny, en infermeria un estriptis va més o menys per allà mateix".

P: Quins valors creieu identifiquen la professió d'infermeria?

I1: "L'empatia".

Aquesta resposta és unànime per a totes les membres del grup.

I6: "També la paciència crec que és molt important, sobretot, si pensem que cada vegada hi ha més gent gran que li costa aprendre coses".

I7: "Jo hi afegiria la voluntat. Si no hi ha voluntat de fer les coses....Ho veus en moltes infermeres, sona un timbre o s'ha de posar la "cunya" i, a vegades, tothom s'ho mira i ningú fa la feina!".

I3: "El saber escoltar també és important. Les infermeres ens passen moltes hores al costat dels malalts i familiars i, si no sabem escoltar, ens poden passar moltes coses per alt".

I4: "Personalment, penso que estic d'acord amb el que es diu però també saber dir les coses té la seva importància.

I10: "La responsabilitat és potser un dels valors més importants ja que penso que els ajunta tots. Si ets responsable saps que has d'escoltar, que has de tenir voluntat i tot això".

I2: "La responsabilitat sí que és important, ja que amb malalts crítics la seva vida depèn de la medicació i qualsevol errada pot ser greu per a la vida de la persona".

I5: "Has d'anar molt en compte amb la medicació, sobretot, amb les dosis, no equivocar-te mai i quan ja fa molt anys que hi treballes vèies que allà la gent preparava les medicacions com si remenessin farina i aigua, i et quedaves allà... perquè si t'equivoques una mica ja l'has vessada".

P: Quins valors creieu que la gent del carrer busca a la infermeria?

I1: "Comprensió, confiança, que faci d'intermediària entre el metge i el pacient, moltes vegades, diuen les coses a la infermera i al metge no s'atreveixen a dir-les.

I8: "Sí, a vegades, els pacients refereixen dolor i quan ve el metge diuen no em passa res, has d'estar allà per recordar-los-hi..."

I6: "Això passa perquè tenen més respecte al metge, per exemple, es queixen d'una cosa, quan ve el metge ja no hi ha queixa de res".

I3: "Potser fan comèdia perquè volen que estiguis allà, però no volen el metge... al principi, els pacients et fan ballar molt el cap, perquè no saps el que volen".

I10: "Crec que realment ... el que volen és que estiguis per ells".

P: Així creieu que el que volen els pacients de les infermeres és algú que els hi faci companyia o un intermediari...?

I10: "Que siguin atentes"

I7: "Deuen voler algú que estigui allà".

I4: "Busquen que els donis confiança, que aquella persona se senti segura allà perquè està en un lloc que no és casa seva, està perduda i està insegura i busquen, jo crec, la confiança de la infermera que els doni seguretat... i quan estan desorientats que els recondueixi una mica".

P: Us fixeu que estem parlant només del món hospitalari?

I5: "Sí ja! Però jo crec que en un centre d'atenció primària també veig que la gent va a buscar companyia però també entendre... i algú que escolti els seus problemes".

I1: "A les infermeres que van a domicili la gent el que busca és explicar tots els problemes, explicar tot el que li passa, per exemple t'estan parlant d'un part però la infermera és l'única persona que els escolta, solen ser gent gran".

P: Quins valors considereu que la societat hi veu a la professió d'infermera ?

Un llarg silenci...

P: Vosaltres heu dit coses molt concretes que la infermera ha de ser responsable, li ha d'agradar, ha de saber escoltar... i la societat què vol de la infermera?

I6: "La gent té una altra visió, i llavors... si ells es pensen que ser infermera és anar a netejar, anar a sota el metge, no tindran el concepte que ha de ser responsable, ha de tenir empatia... no serà necessari"

I4: “Ja donen per suposat que donis bé la medicació...”

I8: “Els pacients no saben quin és el paper de la infermera i quin el del metge”.

I5: “ Sí, això és així...,per exemple el cas de la medicació. Quan els l’administres no saben que és la infermera qui la prepara. Si els falta algun medicament el reclamen a la infermera però no coneixen tot el procés de preparació, per tant, els pacients difícilment poden saber els valors o les qualitats que ha de tenir la professió d’infermeria ja que desconeixen la seva feina.

Aquest comentari aconseguix el consens entre les informadores.

I9: “Jo crec que realment no saben... i llavors no poden dir jo vull això, això o això.”

Dels valors que les estudiants han dit que han de tenir les infermeres i els que creuen que volen els pacients coincideixen amb el de saber escoltar i el d’estar al seu costat.

I3: “A l’hora de fer cures per exemple, moltes vegades, venen a fer cures amb tu... i el metge ja sap que... El metge no els curarà pas mai, ells no saben que som nosaltres, tenen el concepte que l’únic que pot curar i que ho pot fer bé és el metge”.

I2: “No tothom és així” (*l’estudiant que parlava abans no la deixa acabar*)... “No, la majoria però a l’hora de fer cures, per exemple, si tenen quelcom obert, si surt molta sang...etc., el pacient demana que s’avisí al metge...no et preocupis que això és normal... falta de confiança”.

I1: “Doncs jo al revés, molta confiança, si la infermera pot resoldre el problema ells en cap moment no deien d’avisar al metge”.

P: Creieu que aquest reconeixement social com a professionals està influenciat pel fet que majoritàriament estigui integrada per dones?

Totes les estudiants es sumen a un “Sí”, “Sí”.

I10: “Si veuen un home és metge, encara que pot ser sigui zelador, i una dona serà infermera o auxiliar”.

P: Què opineu del fet que actualment hi ha molts facultatius que són dones i com influeix això en la opinió de la gent?

I3: “Hi havia una doctora jove, que havia acabat la carrera feia poc, els pacients li deien: infermera, infermera vengua para acà..., o sigui, com que no la veien una senyora gran amb ulleres ja no podia ser metge”.

I5: “El meu germà que treballa d’infermer en un servei d’urgències els pacients sempre el criden doctor, ell contestava no, que jo sóc infermer... i li responien no, que vostè és el doctor...”.

I9: “Apart de que una dona pot ser metge, però no tant, un home infermer... home i dona metge sí, però home infermer no, no els hi lliga”.

I7: “És el mateix que ... i auxiliar encara menys”.

I2: “Oh, hi tant! que un home netegi i faci llits, no! No és possible”.

I8: “Per exemple, a l’anar a fer la higiene a un pacient que una dona la faci a un home cap problema... però que un home netegi a una dona o un home netegi un home, no”.

I4: “Un home neteja un home...”.

Diuen les estudiants que per la seva experiència a les unitats, tant dones com homes se senten més còmodes si les ajuda a la higiene una dona.

I3: “... durant les meves pràctiques un auxiliar era un noi jove, i veies que les dones a l’hora de fer la higiene sempre es quedaven una mica... els hi feia cosa que fos un noi que les netegés”.

I1: “El que deia la companya que un home faci la higiene a un home també crea una distància...”.

Les estudiants opinen que tant les dones com els homes se senten més còmodes si per a la higiene els ajuda una dona.

I2: “Jo crec que és perquè és el que sempre s’ha vist”.

I7: “Sí, és clar! És el que fa la mare, la germana, les ties, en definitiva, el que fan les dones”.

I4: “ Jo crec també que cada vegada es dóna més importància a qui ho fa”.

P: Teniu, habitualment, a casa cura de persones amb dependència: nens, avis...etc.?

La resposta de totes és que sí, que és un paper que han assumit sempre no pel fet d’estar estudiant infermeria sinó que ja el feien abans.

I1: “A casa hi vivim amb els avis, i els pares treballen...hem de controlar el que mengen, i si es deixen quelcom,... està clar!”.

I4: “Costa molt a casa que et facin cas, sembla com si et tinguessis de posar la bata perquè et facin cas”.

I5: “Jo, al menys, m’ho ofereixo amb els meus avis, si volen que els acompanyi al metge o, a vegades, si han d’anar a altres coses més específiques sí que m’ho ensenyen a mi perquè ells no ho entenen, analítiques, TAC o coses ...”.

I8: “ A casa quan no hi ha la mare sempre tinc cura del petit”.

I2: “ Jo crec que això no té res a veure amb si fas infermeria o no, això depèn de com t’eduquin, sempre he sigut la que acompanyat la mare al metge, però perquè jo vull anar-hi, no perquè ella em digui vine... també vaig a comprar amb ella. Depèn de com ets tu... si ets afectuosa”.

(Aquesta estudiant opina que es té cura de les persones quan s’és afectuós/a, que no té res a veure amb si ets estudiant o són infermeres, posa l’exemple d’una coneguda del seu poble que és secretaria i té cura del seu avi, des de que ha mort l’àvia).

I3: “Jo no sé perquè he fet infermeria... cuidar sempre ho he fet”.

P: En comparació amb els vostres germans, les que en teniu, creieu que les feines de casa les feu per igual?

I7: “ A casa meva la mare treballa moltes hores i és el pare el que cuina, neteja i li toca fer dissabte; som dues germanes, si hi hagués algun nen faria el mateix, l’ajudem”.

I1: “A casa som tres dones i al meu pare li costa, però ,cada vegada més, *passa pel tubo...*”:

I2: “Jo em discuteixo molt amb el meu pare, perquè és incapaç de treure un got de la taula, però la meva mare sempre acaba dient, deixa que està molt cansat...”.

I7: “El que fa la meva mare, com que el pare no sap fer bé les coses, li diu deixa, deixa que ja ho faig jo..”.

I8: “A casa som quatre germanes i la mare i el meu pare és el *señorito*... quan li dic alguna cosa al respecte contesta que la teva mare no em deixa...”.

P: Creieu que genera problemes compaginar l’activitat laboral remunerada i les “obligacions” domèstiques?

I1: “És molt difícil”

I3: “ A casa si els dos treballem les tasques s’han de repartir, si la dona treballa i l’home no, és just que les tasques les faci l’home, o ,al revés, si la dona no

treballa que ho faci ella, però si els dos treballen han de funcionar al 50 % ... si un se li dóna més bé planxar i l'altre fregar...".

I10: "Els nois d'ara, si no fan res a casa és culpa de la mare...".

I6: "Això depèn, els meus pares que s'han separat ara, el pare que abans no havia fet res a casa... el meu germà al veure al pare que ha hagut d'aprendre a fer-ho tot, ara ell amb 14 anys està aprenent a planxar...ha pres la iniciativa perquè mai no li ho passi...".

I5: "El meu pare, abans, tampoc feia res, però al començar fa tres o quatre anys a treballar la mare, ara ell és el que cuina...és un *marujo* total..." (*amb aquest comentari totes les estudiants és posen a riure*).

I2: "El meu pare només ha col·laborat en les tasques domèstiques durant els períodes que la meva mare ha treballat fora de casa, i la seva col·laboració ha estat ajudar-nos a la meva germana i a mi".

P: Creieu que el fet que la vostra professió sigui, des de sempre, majoritàriament femenina genera alguna dificultat per a la professió en general?

I1: "Hi ha altres feines en les que només hi ha dones... les dones de fer feines...".

Els hi comento que ens situem en professions on sigui necessària una formació universitària.

I7: "Biologia i Químiques, un 75% eren noies i un 25% eren nois, en canvi, a tercer un 95% eren noies...".

Es fa difícil que es centrin en la pregunta que els hi he fet, les estudiants fan comentaris, sobre altres professions en que hi ha moltes dones i ,en canvi, no són considerades professions femenines. Els intento explicar la intenció de la pregunta.

I4: "Estan molt bé les ajudes que hi han, perquè jo m'imagino havent de fer tota la feina de casa, em poso malalta ... jo penso que no podria fer tantes coses, no hi ha prou temps".

I10: "A mi em sembla que els països del nord d'Europa, estan molt millor que aquí, tenen un any de baixa per maternitat, coses així, guarderies a la feina...".

La majoria opina que ho veuen molt lluny; primer, han d'acabar infermeria i, després, ja veuran com s'ho fan, opinen que és difícil compaginar treball i la feina de casa amb fills.

I2: “Amb el meu xicot hem parlat moltes vegades d’això i li dic que si treballo... ell diu ,doncs, deixa de treballar, jo no vull deixar de treballar, estudio per a poder treballar... em diu que tinc raó...però ell és cuiner, fa dinars i sopars, per tant, estar a casa és mol difícil per a ell,...intentem fer plans però quan em veig a sobre els nens, la feina de casa i el treball...”

I5: “Jo tinc molt clar que no vull deixar de treballar”.

I9: “La meva mare va deixar de treballar sis anys, quan vam néixer jo i la meva germana, ella va prendre la decisió perquè volia estar a casa i estar amb els fills...a mi aquesta decisió em sembla molt bé...ets tu com a mare que decideixes què vols fer”.

I8: “... el que sí serveix és fer la meitat de la jornada, nosaltres a la planta teníem dos infermeres que ho feien... i, si més no, treballes i pots guanyar un sou i estar amb els teus fills, i pots compaginar una mica tot”.

En general, no tenen gaire informació de les ajudes que té una persona per tal de tenir cura dels fills, coneixen la reducció de jornada però no saben que a les institucions públiques durant el primer any de vida d'un fill pots demanar la reducció d'un terç de la jornada cobrant el sou sencer.

I7: “A on vaig fer pràctiques hi havia cinc o sis infermeres que feien la meitat de la jornada, i em sembla que em va dir que era fins els cinc anys”.

Després de parlar una estona continuo amb la sensació que tenen una petita idea de les mesures de conciliació familiar, però no les coneixen a fons. Però, en general, opinen que estan molt bé.

I3: “...el que veig és que en la professió d'infermeria, amb els anys que fa que anem així, com és que no s'han instaurat abans aquestes mesures...”.

I10: “Perquè no ens tenen ben considerades, perquè la gent no pensa que sigui tan necessari i no està ben valorat... i s'afegeix el pensament masculista de: deixa de treballar... ,doncs, perquè t'han de donar facilitats...”.

I9: “Amb les dificultats que han tingut les dones infermeres per a treballar, no seria gens estrany que la professió s'hagués extingit”.

I5: “Molta gent o per tenir cura dels pares o dels fills, ha hagut de deixar de treballar!”.

I10: “... la gent veu bé que quan tens fills deixis de treballar”.

Aquests últims comentaris són plenament acceptats pel grup.

I8: “La professió avança lentament perquè moltes infermeres quan estan ben formades, és quan deixen de treballar, moltes, ja no es tornen a incorporar al món laboral i les que hi tornen, a vegades, sobretot, si estan uns quants anys, ja han perdut part de la seva formació i els costa molt agafar el ritme i la seguretat del treball. Això és terrible per a la professió!”.

P: Sabeu que la dona s’ha anat introduint en el món universitari en general, i especialment en la medicina, cada vegada hi ha més nombre de metgesses exercint la professió. Què en penseu d’aquest fet?

I4: “Molt bé!...però la societat encara associa dona-infermera i home-metge. Sobretot, si la metgessa és jove.

I9: “Cada vegada n’hi ha més i acabaran tenint problemes amb els metges”.

I3: “ I amb les infermeres també. Jo he vist cada situació....”.

I7: “Sí, és veritat que moltes metgesses, sobretot les joves, sembla que han de cridar més que els metges quan es dirigeixen a les infermeres...No sé perquè ho fan!”.

Les estudiants creuen que el fet que hi hagi més dones metgesses no té perquè tenir repercussions en la professió; com a molt, creuen que la professió pot acostar-se més als pacients.

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 7

Grup de discussió: Estudiants d'infermeria homes

Número de participants: 6

Durada: 1 hora i 45 minuts

P: Persona que dirigeix el grup

I: Informadors

P: Penseu que molta gent creu que la professió infermera va lligada a un aspecte vocacional?

Abans de començar a opinar sobre la qüestió, veuen la necessitat de definir què entenen per vocació encara que, al final, tampoc queda definida.

I1: "Quan abans de començar a estudiar o de provar aquest món sanitari ja tens definit això és lo meu...".

I2: "No és que de petit penses en ser infermer, sinó sóc bomber i com a bomber el complement m'anirà bé... no crec que infermeria sigui la meva vocació, potser, la meva vocació sigui la de bomber, seria un complement de la feina".

I3 (*El més jove del grup*): "No sé si és vocació, vaig estar treballant en un hospital, i al final vaig veure que m'agradava i per aquest motiu vaig decidir fer infermeria".

I4: "Vaig sortir sense les idees fetes del batxillerat, vaig començar enginyeria industrial i vaig veure que no era per a mi, vaig estar treballant durant un any i ara m'he posat a infermeria i m'està agradant i...no hagués dit mai que m'agradaria infermeria".

I5: "El meu cas és una barreja de tots... m'agradaven les ambulàncies, i la meva idea és ser bomber i poder pujar graus pel fet de ser infermer. De petit mai hagués pensat amb fer infermeria".

I6 (*El de més edat*): "Potser en les noies és més vocacional, jo tots els homes que conec que són infermers hi han arribat per promoció professional i no per vocació".

I1: "La meva germana és infermera i sempre m'estava explicant coses i jo ho trobava interessant i al treballar un temps en un hospital em vaig donar compte

que és el que m'agradava. També crec que si de petits haguéssim vist infermers homes, a lo millor sí que hi haurien més homes amb vocació d'infermer, però com que la imatge que tenim d'infermeria és de dona, és difícil que... “.

I3: “La imatge que hi ha de la infermera és d'una dona espatarrant, provocativa i amb minifalda”.

I4: “Hi estic totalment d'acord...costa molt que s'accepti que hi hagi homes infermers, fins i tot, les professores d'aquí sempre tracten com infermeres...”.

I2: “Tens tota la raó i empenya molt! Molts, quan donen la classe es dirigeixen sempre als estudiants en femení”.

I6: “... quan vaig a l'hospital, jo sóc el doctor...ja que la majoria de la gent associa, el sexe masculí amb metge”.

Arrel d'aquest comentari es produeix un cert garbuix de veus, tothom parla a l'hora amb ganes de fer explícit el total acord amb el que ha comentat el seu company. Opinen, doncs, que està molt clara la separació dona/ infermera, home /doctor.

I1 (Parla amb un to diferent:): “... això què vol dir?.. que no tenim capacitat nosaltres per cuidar...?”.

(El seu to de veu i l'expressió, sobretot al tornar sentir l'enregistrament, em sembla desafiant, ressentit...). No hi ha resposta a les seves preguntes, i després d'uns segons de silenci un company comenta:

I4: “Jo crec que en els pròxims 50 anys això canviarà... perquè a la universitat hi ha més noies que nois...i llavors, els clients ja s'acostumaran a veure doctores”.

P: Creieu que la professió d'infermeria és diferent a les altres feines?

I6: “Totes les professions són diferents de les altres,... infermeria però té alguna cosa.. pot ser sigui el fet de tractar amb la vida de la gent”.

I1: “El contacte de cada dia amb la gent la fa diferent”.

I2: “Home! si es fa de depenent també s'està en contacte amb la gent!”.

I1: “Sí però el contacte és diferent”.

I3: “Una cosa és cada dia et ve la mateixa persona a comprar-te el pa, que tenir cada dia una persona a dins d'un llit, tens cura de la seva salut. Per mi, les professions es poden...es poden dividir en dues: les que van destinades a coses, objectes i les que van destinades a persones i dintre les que van

destinades a persones, infermeria és una més, infermeria, psicologia... totes aquestes que tractem amb persones, són semblants....Hi ha una part de les feines que és anar a treballar, fer la feina ben feta i amb ganes de fer carrera com jo i això és igual per a totes les feines, després hi ha les característiques d'aquesta feina... un fuster i un paleta si s'equivoquen, doncs, afegint més hores de feina ho solucionen però la feina d'un infermer o d'un metge, potser no es pot solucionar en tres o quatre hores més de feina...es pot perdre una vida... Igualment, un jutge és pot equivocar al posar una persona a la presó però ho pot corregir, però un metge o un infermer o infermera el pot condemnar a mort”.

Arribem al consens que el que la fa diferent, és perquè la vida i la salut de les persones de les que tenim cura està a les nostres mans i a causa de la seva malaltia estan en un estat d'indefensió.

P: Què diríeu que la societat pensa de la feina d'infermeria i dels seus professionals?

I4: “Quan pensa en ella pensa en femení, hi ha gent que creu que no està gaire bé fer d'infermer i gent que sí: hi ha dos blocs”.

Aquest comentari es assentit per tots els membres del grup.

I4: “Molta gent a mi m'ha dit: encara ets a temps d'estudiar una altra cosa”.

Aquest comentari comporta una riulla generalitzada.

I6: “Quin tipus de gent et diu aquestes coses?”.

I4: “Molt tipus de gent, sobretot, professionals d'infermeria que he conegut mentre feia pràctiques a l'hospital”.

I5: “L'ofici està vist molt com l'ajudant del metge..... i no són conscients que, en algunes coses, ets l'ajudant del metge però, en altres, ets totalment autònom”.

I2: “Els professionals d'infermeria estan molt rebaixats....sempre s'han d'amotllar als horaris dels metges.

I3: “No es passa visita fins que al metge no li va bé...hauria d'estar més equilibrat, no tractar com déus els metges. També les persones grans tendeixen a veure els infermers com cuidadors, neteja culs i poca cosa més”.

(Les opinions d'aquest estudiant semblen ser ofensives als seus companys els quals no assenteixen quan ell parla).

I1: “La majoria de gent té la idea que ets l'ajudant del metge, la infermera, perquè a l'infermer se'l identifica com al metge”.

P: Quins valors creieu que identifiquen la professió d'infermeria?

I5: "Empatia..." *i tots es posen a riure.* "

I5: "Quan vaig sentir aquesta paraula per primera vegada, la vaig haver de buscar al diccionari, però crec que diu molt de la nostra feina".

I6: "Paciència. No només infermeria sinó en tot el món sanitari has de tenir molta paciència, perquè es treballa amb una persona que està malalta, que té el seu problema, que es pensa que ningú no l'entén,...".

I2: "Quan fas pràctiques et trobes amb professionals que no tenen gens de paciència".

I3 (L'estudiant que fa comentaris que solen diferir de l'opinió dels altres): "El professional que treballa també té dret al seu dia bo i al seu dia dolent... "

Els seus companys opinen que tinguis el dia que tinguis la feina l'has de fer ben feta, i ha de ser la professionalitat la que t'ajudi a superar aquests dies dolents per a poder continuar fent la feina.

I4: "Un dia dolent t'ha d'afectar en no estar de bon humor, ...però no que la persona de la que en tens cura se'n pugui ressentir. Tots estem d'acord que quan estiguem malalts voldrem infermers o infermeres encantadors/es que ens cuidin, i no voldrem professionals cremats, ni cansats ni malhumorats".

Es produeix una acceptació general que es verbalitza efusivament.

I5: "Les àvies són molt pesades" *No puc deixar de preguntar-li perquè diu àvia i no avi.*

I5: "Perquè les àvies són més histèriques. Hi ha gent que es pensa, que li has de fer tot...i, a sobre, tracten malament als professionals".

I1: "També s'ha de tenir vocació de servei, estar allà per servir, per ajudar, i, sobretot, tenir una bona dosi d' humanitat per a saber tractar amb la gent i tenir-ne cura".

P: Quins valors creieu que la gent del carrer busca en la infermeria?

I3: "Jo, si em permeteu el comentari,...el que he comprovat a l'hospital és que el malalt vol empatia i vol curar-se... una mica posar-se al seu lloc perquè no li facis mal a l'hora de curar-lo".

(Amb l'experiència del que ens ha passat amb el grup d'estudiants noies els demano que obrin la seva ment i no pensin només en el món hospitalari, sinó que també pensin amb l'atenció primària).

I1: “Volen algú que escolti, que els sàpigues escoltar. Que siguis un bon professional i que siguis atent, que sàpigues qui ets i que no hakis de mirar com es diu quan el veus ... a mi, em passa quan vaig al metge que, cada vegada, ha de mirar què tinc i no es recorda mai de res, com a mínim s’ho podria mirar abans de que entris...”.

Comenten que, per converses amb coneguts que no són del món sanitari, aquests es queixen que quan van a les visites de control al metge, enlloc de preguntar per l’evolució de la seva malaltia, sempre se’ls torna a preguntar pel mateix i es torna a començar des del principi.

També s’opina que la majoria de pacients volen una solució ràpida i efectiva dels seus problemes.

I3: “En el món hospitalari, la gent pensa que l’infermer és l’ajudant del metge; a la primària, és el que omple els papers perquè el metge no tingui tanta feina... fora del món hospitalari, encara estem més infravalorats”.

I5: “També dependrà de les experiències que hagi tingut cadascú, si una persona ha estat ingressada, si hi ha estat força temps i ha arribat a distingir si són infermeres, si són auxiliars..., tindrà una percepció. Si no ha estat mai ingressada tindrà una altra imatge d’infermeria...A mi, encara em costa pensar què pensava d’infermeria abans de començar”.

Opinen que el que sap la gent de la professió d’infermeria és que sempre estan al costat del pacient, en canvi, els metges poden passar dies sense que els pacients els vegin , com diu un integrant del grup (I2): “Som els maxaques, els que sempre estem allà..”.

I6: “Hi ha altres gremis que també són diplomatures i que socialment estan molt ben considerats, per exemple, aparellador, un mestre o un enginyer químic, són diplomats però semblen ja d’alt estànding, en canvi, un infermer sembla que és un currante”.

Opinen unànimement que això és degut a que la professió del tenir cura ha estat vinculada, històricament, a les dones.

I2: “El fet que històricament s’ha considerat el sou de la dona com una ajuda i no com a sou bàsic de la família, ha influït, potser, en el col·lectiu, de manera que s’ha conformat en que sigui només un sou d’ajuda. I si fos una professió d’homes haurien reivindicat més...”.

En general, creuen que la societat no considera a l'infermer com un professional si no com una persona que cuida.

I4: "Si et saps explicar i arribar al pacient, aquest és dóna compte que tens uns coneixements... i això fa que hi hagi un respecte".

Alguns estudiants discrepen, i un d'ells creu que infermeria no s'associa a uns estudis, com si per a tenir cura de les persones no fos necessària una formació prèvia i continuada. Altres, en canvi, li recorden que ja fa 20 anys que infermeria és una diplomatura.

I5: "Si una persona no ha estat mai en un hospital com a malalt, difícilment podrà saber què és un infermer".

Tanmateix, els altres participants continuen reafirmant-se en el reconeixement de la professió i en el fet que la confiança arriba quan un fa bé la seva feina.

(Cada vegada es fa més patent la disconformitat de tots els estudiants envers les opinions d'un en concret. Al llarg de la reunió, potser, no va ser tan clar, però ara, en l'enregistrament, queda reflectit que totes les seves opinions són contradites pels altres. No puc evitar, igual que els passa als seus companys, escoltar les seves opinions amb recel).

I1: "Potser la gent veu en un mateix grup infermers, infermeres, auxiliars netejadores... i això fa que tot el que no són metges ho posen en un mateix grup... això fa més difícil que sàpiguen què fan les infermeres".

P: Creieu que aquest reconeixement social com a professionals està influenciat pel fet que sigui integrada, bàsicament, per dones?

I6: "Sí,... això va començar amb les monges, que era un col·lectiu que feia el que no volia fer ningú, i, per això mateix, la societat té aquesta idea marcada, encara hi ha hospitals en els que hi ha monges, i fins que no es separi aquesta cosa d'una altra...I també a la família és la dona qui cuida...". *(Creu que aquests són factors que han marcat la professió d'infermeria).*

En aquesta pregunta es posen tots d'acord ràpidament, segons ells la societat associa el tenir cura de la gent a les dones, ja que són a les que, socialment, se'ls hi ha assignat aquest paper. El poc reconeixement social es vincula al fet que, segons ells, és una feina que no la vol fer ningú.

P: Teniu, habitualment, a casa cura de persones amb dependència: nens, avis...etc.?

I1 (*Comenta amb malenconia*): “Jo el que veig és que a la llarga em tocarà fer-ho, tinc avis a casa i ...”.

Els altres estudiants no tenen cura de cap germà ni de cap avi i és la primera vegada que es plantegen aquest tema però de la seva actitud es desprèn molta indiferència.

(No hi ha comentaris afegits, i em crida molt l'atenció el fet que la força o virulència de les aportacions anteriors que “culpaven” a la dona de no haver donat, per la seva qüestió de gènere, prou rellevància a la infermeria s'hagi perdut tan aviat i es limitin, davant el lideratge del tenir cura a nivell de casa, a no fer cap comentari i a deixar entreveure que és la dona, una vegada més la que ha de fer aquest paper. Es podria dir que ja els hi va bé ser professionals en el món laboral, i ,sobretot, amb un reconeixement social potent, però en l'esfera domèstica les cuidadores han de seguir essent les dones).

P: Creieu que genera problemes compaginar l'activitat laboral remunerada i les “obligacions” domèstiques?

Dos dels estudiants son autònoms econòmicament i les tasques domèstiques són responsabilitat seva. Un altre està en un pis d'estudiants i diu que és ara quan s'ha donat compte de tota la feina que fa la seva mare a casa, explica que quan va a casa, el cap de setmana, la seva mare continua fent totes les tasques però que ell ho agraeix molt més. Els altres tres viuen amb els pares i coincideixen que totes les tasques les fa la seva mare.

Els que estan fora de casa no els representa cap dificultat fer les tasques domèstiques però troben a faltar la mare.

I4: “Jo al pis haig de fer de tot, haig de fer-me el menjar, haig de netejar... en canvi, quan vaig a casa la meua mare, m'ho fa tot ... quanestic al pis i obro la nevera i no trobo res per menjar gairebé em poso a plorar...”.

(Crec que no hi ha una consciència clara o una ferma opinió respecte a la pregunta, no és un problema en el qui hagin pensat).

P: Sabeu que la dona s'ha anat introduint en el món universitari en general, i especialment en la medicina, cada vegada hi ha més nombre de metgesses exercint la professió. Que en penseu d'aquest fet?.

I4: “A l’ hospital és problemàtic”.

I5: “En el pisos de noies sempre hi ha molts problemes”.

I6: “Masses dones juntes...ja se sap”.

I2: “Les dones normalment teniu més tendència a marcar el territori, a dir: jo sóc qui mano i a qui hi ha a sota li deixa molt clar,...i els metges no tant..., potser és que nosaltres ja assumim que són els metges i poden manar... però les dones sembla que s’ho han de guanyar”.

I3: “Jo he vist treballar dones juntes i la veritat que allò és un merder... la dona, a diferència de l’home, critica molt més, a l’esquena de l’altre,... en canvi, els homes també ho fan, però les dones molt més, crec que és un tema que és podria investigar” (*Realment ho diu molt convençut*).

I4: “... entre dones, gairebé es maten...”.

I1: “Fora de l’hospital les metgesses tampoc tenen el mateix reconeixement social que un metge pel fet de ser dona, potser molt bona amb la seva especialitat però pel fet de ser dona no el té”.

Aquest comentari es guanya l’aprovació de la resta del grup

P: Què suposa per a vosaltres aquesta realitat, tant en la vessant personal com en la professional?

Es produeix un curt silenci.

I6: “Tan potser que sigui bo com dolent”.

I3: “Crec que pot dificultar la relació perquè les dones marquen més les diferències i són molt exigents”.

I5: “Això de comptar fins a deu, les dones no ho saben fer, s’emprenyen i no pensen... i amb el tema de la menstruació...”.

Els estudiants es posen tots a riure.

I2, aixecant la veu, intenta puntualitzar: “Aquí estem treient conclusions pensant amb persones concretes,...parlem d’experiències concretes...perquè quan diem reaccionen sense pensar,i també hi ha homes així...”.

Al final, arriben a la conclusió que tan homes com dones hi ha de tot, que dins un hospital, al ser la majoria de treballadors dones, les opinions es generalitzen.

I2 afirma que les diferències de sexe marquen: “No que la dona sigui inferior, hi ha una igualtat però és normal que hi hagin diferències de sexe...de manera de

pensar, de comportar-se. La dona per si pot estar ressentida de com ha estat tractada durant tota la història...”.

P: Coneixeu les accions que les empreses apliquen per a facilitar la conciliació del treball remunerat?

Un dels estudiants coneix la reducció de jornada per alletament matern que pot agafar-se indistintament l'home o la dona i opina, al respecte, que:

I5: “El més normal és que l'hora d'alletament matern el faci la dona”.

I3: “Els períodes que donen són molt curts, i ridículs, quatre mesos és molt poc, després que fas...deixes el nen amb un altre, si no tens ningú, no tens una germana o una àvia o una germana...”. *(Aquí cal remarcar que només considera a persones del sexe femení per a tenir cura dels nadons).*

Tots opinen que els períodes són molt curts de durada i pobres en continguts, també creuen que és gairebé impossible compartir la feina remunerada amb la maternitat, ja que per fer-ho es necessitaria poder disposar d'alguna persona a casa que ajudés en aquestes tasques tant específiques.

I1: “Però això, si som realistes, si som d'un país ric es pot fer, i si mirem al nord sempre estem en pitjor condicions i si mirem al sud estem millor” *(Es refereix a les mesures que s'apliquen a països del nord d'Europa, com Holanda, Suècia en els que donen moltes més facilitats a les dones que han tingut un fill).*

I1: “Hi ha països que malgasten més que els altres, uns se'ls gasten per a les seves històries i els altres se'ls gasten pels demés,...influeix les persones que manen, uns se'ls gasten per TGV i d'altres per ajudar les famílies. Som un país que som novells amb prestacions socials, amb aquest aspecte estem endarrerits”.

I3: “Qui agafa aquestes ajudes? Les dones, i el sou de les dones es considera una ajuda i, per això, aquestes mesures són tan petites...”.

Tots opinen que quan tinguin fills, un membre de la parella haurà de renunciar a treballar, ja que amb les poques ajudes que hi ha no és compatible el treball remunerat amb la maternitat. És molt curiós el fet que tots coincideixin que seran les dones les que deixaran el treball.

I2: “Potser socialment la mateixa dona ja té assumit que quan tingui un fill haurà de tenir-ne cura i deixar de treballar; en canvi, l'home no té assumit aquest paper, tot i que ho podria fer. No sé si totes les dones estarien d'acord amb això...”.

I5: "Hi ha dones molt masculistes i no són pas poques ni grans,...un exemple....les mares que et diuen fins que no et casis no estaré tranquil·la i millor que no et casis perquè si et separen t'ho prendran tot perquè les dones...".

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 7

Grup de discussió: Estudiants de medicina - dones -

Número de participants: 6

Durada: 60 minuts

P: Persona que dirigeix el grup

I: Informadors

P: Creieu que s'ha de tenir vocació per fer medicina?

Respecte a la vocació en un principi coincideixen en que aquesta va sorgint amb els anys, la vocació no és una cosa primordial però al llarg de la conversa van dibuixant el que seria la vocació per a elles.

I1: "Home, En un principi crec que ho has de tenir clar, perquè són molts anys de carrera..."

En canvi la I2 diu totalment el contrari

I2: "Al principi és molt difícil tenir-ho clar, jo no ho tinc clar (...) Molta gent agafa medicina simplement perquè els arriba la nota "

S'arriba al consens que la vocació neix al llarg dels anys i després I3 posa en qüestió que la gent agafi medicina perquè li arribi la nota.

I3: "Si no t'agradés, ja segur que no l'agafes, crec que la gent que agafa medicina simplement perquè li arriba la nota...són els primers que"

I4: "...que s'ho treuen de sobre"

I2: "a primer, no pots saber si seràs un bon metge o no, perquè no fas res...."

I1: "...Res relacionat amb la medicina ...fas física, química..."

De tota manera I1 des de molt petita diu que volia ja estudiar aquesta carrera i acaba reconeixent que sí que això és vocació. I3 volia ser biòloga però la seva àvia és la que la va començar a engrescar.

I3: "biologia, no m'acabava de motivar gaire... i ara mateix si tingués que triar una altra carrera que no fos medicina, no n'hi ha cap que m'agradi tant "

El pare de I2 és metge i per ella:

I2: "que suposo que per això m'agrada... però penso si m'he d'estar quatre anys estudiant això i després al cinquè, descobreixo que després no serveixo...t'has d'arriscar perquè cap de nosaltres no sabem si ens agrada...."

Quant a les influències que han rebut per triar aquesta professió sobte que les de I2 no sigui el seu pare sinó de la seva mare ja que comenta

I2: "com el meu pare, segur que no vull ser com ell, perquè es dedica massa a la feina.... vull que sigui la meva feina però no la meva vida... la meva mare és més socialés una barreja de tots dos... la carrera potser si que l'he vist del meu pare... però el tracte amb la gent i això de dedicar-se més als altres....a nivell personal ho he vist més de la meva mare que no del meu pare..." *Aquí ja entrem en qüestió de gènere, les dones es dediquen més als altres.*

I6 no té cap conegut ni familiars de professió infermeres (a l' introduir I2 la qüestió de gènere automàticament I6 parla de metge i d'infermera)

I6: "no conec a ningú de la meva família que hagués estat metge, infermera o res semblant però els meus pares...diuen : si ho vols fer endavant però estàs segura d'on te poses .. que són molts anys..."

I5: "el meu pare és bomber i tot el tema de primers auxilis...li encanta i sempre me n'ha parlat i m'engrescava... quan me'n parlava i a primer de batxillerat vaig estar fent (un treball) al CAP, que hi ha vora de casa... al final vaig veure que volia estudiar medecina, de biologia res..."

P: Per què heu triat aquesta professió?

I1: "potser us en riureu del que vaig a dir però jo vaig acabar de dir vull ser metge perquè vaig veure un documental d'un país d'aquests subdesenvolupats que hi havia una metgessa allà que .. i vaig dir un dia seràs tu aquesta... "

I2: "perquè no tenia clar res més i vaig pensar doncs, *bueno*, els problemes que hi veus ara , amb sis anys ja tindràs temps d'haver-los recuperat."

I3 diu que està d'acord i diu:

I3: "si no fos medicina o infermeria , poca cosa més m'atrau..."

I5: "M'agrada medecina i ja està, ho vull fer i a veure fins a on arribem... "

I4: "Medicina és una carrera de ciències però que la mentalitat és molt diferent.....molts amb qui he parlat que fan medicina, si deixessin medicina , no pensen en físiques, químiques (la resta mostra el seu acord amb el que ella diu)... farien dret, o infermeria...psicologia..."

I6: :” Medecina és més de relacionar-te amb altra gent , no d'estar tancat amb un laboratori.... el que m'agrada és relacionar-me amb la gent: què com anem..."

P: Creieu que la professió de medicina és diferent de les altres?

I1: "totes tenen les seves coses, altra gent necessita d'altra gent... necessites tracte..."

Aquí s'entra en la diferència del reconeixement social del metge , ara i fa uns anys enrere (veurem que parlen de ser metge no metgessa, aquí encara queda del reconeixement masculí de la societat que elles diuen que, malgrat tot, ha canviat)

I3: "Arribar ser metge té lo seu.....però a mi no m'agrada el fet de...a veure tu què estudies? Jo medecina...ho dic perquè és *algo* que estic fent jo però igual que un altre pot fer psicologia per exemple...cadascú fa el que li agrada, a mi no m'agrada aquesta visió de metge"

I2: "... tan mitificada"

És curiós com acaben les frases unes a les altres, ja ho havia observat anteriorment.

I6 : "La gent gran encara ho veu així..."

I1: "L'altra dia vaig trobar-me una professora de quan feia P-5....i ..._com et va?...estic estudiant medicina ..oh! Molt bé.. quan tothom que anava amb ella està estudiant alguna cosa i si ho estan fent és perquè els hi agrada no perquè..., no hagin pogut arribar "

I4. "Crec que està mitificat a nivell d'esforç i tothom diu..oh! Què difícil, quants anys!..però després a nivell de sou...o socialment, tothom posa més denúncies ..."

I5: "Si per exemple un lampista s'equivoca.... ja està, però si un metge s'equivoca: *Ui, ui, ui!* A veure, és clar no és lo mateix, perquè estàs tractant

amb persones,... el fet que tu ets super-responsable, no et pots equivocar, però és clar, fins un cert punt, perquè tots ens podem equivocar...”

Aquí I2 sí que marca una diferència entre professions ja en els estudis

I2: “La meva germana sempre ho diu: jo en la carrera vaig aprendre més a estudiar que no pas lo que era ben bé de la carrera...En canvi, medicina si acabes la carrera i no has après res, au! Espavila’t tu, perquè la gent que mataràs...”

I1: “Hi veuen un respecte....pels qui et curen....Els meus pares veuen gent amb cultura....”

I3: N’hi ha que veuen tanta cultura, esperen tant de tu que s’hi t’equivoques...(aquí ja parlen com si ja fossin metgesses) ja no ets res!.... Tothom es pot equivocar , evidentment les responsabilitats són diferents....”

I5: Et veuen més com una biblioteca amb potes que ha estat estudiant deu anys que no pas...una persona que ha decidit fer això!.....i ara no té vida ni res!...”

I4: “La gent veu els que estudien medicina com uns *empollons* ... no m’ho he tret tot, però tampoc no m’he passat tots els caps de setmana sense sortir.... ja et vas veient el que hi ha....”

I3: “L’altra dia anava en autobús i vaig sentir unes dones que parlaven que una doctora que tractava el seu pare i aquesta doctora estava de vacances i.... *què hi feia la doctora de vacances!* I és clar a mi això em molestava.....se’ls exigeix tant que arriba un punt que...sempre... és una persona igual que tu.”

P: Què penseu que us pot aportar la professió?

I6: “Uns mals de caps increïbles”..... però la gent a part de ser amb tu molt exigent la gent pot ser molt agraïda “.

I2: “Jo penso o m’enfonsen o tenen una visió molt positiva”

P: A nivell social que creieu que us aporta?

I5: “Ha d’arribar un punt que t’agrada tant o que t’identifiques tant que, suposo que has de saber diferenciar on està la teva feina i on està la teva vida.....no saps fins a quin punt ets metge i has d’ajudar a aquella persona o fins a quin punt ja no hi pots fer res...”

I4: “jo crec que et limiten molt socialment,....veig en el meu pare que al poble no poden tenir grans amics perquè també és el teu pacient,se te pot escapar alguna cosa d’un altre pacient o..., penso que limita molt....no et pots plantejar ni tenir fills”.

Les limitacions per raó de gènere també hi surten

I7: “Una noia que estudia amb mi , els seus pares tots dos són metges i la seva mare quan va acabar la carrera la va tenir a ella ino va poder fer especialització.....va estar estudiant part de la seva vida per res, perquè després tenir els nens i..., el pare també és metge i està treballant....”

I3: “Crec que és més difícil compaginar la teva vida essent dona que un home, poder, poder és perquè tenim aquesta visió masculista del de sempre, a veure si canvia ja d’una vegada...Ets tu qui ha de tenir els fill i ets tu que...és que depenen molt de tu..”

I1: “A casa meva les feines es reparteixen entre el meu pare i la meva mare, però vulgues o no, pendent si has de comprar o no tot això ho porta la mare....”.

I3: “Una vegada en un curset ens van fer com una endevinalla que no sé com anava però la resposta era que ... et feien donar compte que continuem pensant tots en masculí, la resposta era molt simple i molt senzilla però.....sense voler continuem pensant en masculí.”

En aquest moment aprofito l'ocasió de comentar que si s'adonaven que en tot moment estaven parlant del fet de ser metges i no de metgesses.

P: Quins valors veieu en la professió de metgessa?

I2: “Solidaritat, no sé com dir-ho, que t'entregues..., que el metge hi és. Et veuen com si solucionessis el problema, *bueno* a vegades ja es tracta d'això, ... suposo que ho dic perquè el meu pare és metge de poble però implica molt més que la medicina. “

I5: “Fas de psicòleg...” (*Continuen parlant en masculí*)

P: Hi veieu diferència amb els valors que tenen les metgesses i els de la societat?

I6: “Crec que coincideixen bastant”

I5: “Potser ho veiem massa positiu nosaltres, ... la gent ho veuen molt bé que és molt maco, però després hi ha la contrapartida, després a l'hora de la veritat, si t'han de fer una denúncia te la posen i s'hi t'equivoques, no pensaran pas o que bona persona que és...”.

P: Penseu que hi ha diferències de reconeixement de la professió pel fet de ser homes o dones?

I1: “La gent sol parlar més de metges homes que de dones, en general “

I2: “Es pensen que les dones no poden fer tan bé la mateixa feina, perquè els homes es poden permetre dedicar-se, més a la feina perquè quan arriba a casa ja tinc la dona, que encara que treballi, ella ja portarà la casa.... jo em dedico a estudiar, a posar-me al dia; la dona ha de sacrificar molt la teva vida personal per poder dedicar-te exclusivament a la feina, em penso que les dones hem d'aprendre més a separar, bé....aquí s'acaba la feina i ara me'n vaig a casa i aquí s'ha acabat, i els homes com que no ho deuen fer tant et quedes amb la imatge que els homes són uns metges excel·lents...”.

Em fa l'efecte que està dibuixant el retrat dels seus pares.

P: Què creus que en pensen els companys metges del fet que la professió tingui un domini cada vegada més pronunciat de dones?

I3: “Crec que hi ha homes que ja els hi sembla bé i que després hi ha el típic que diu que això només està fet per homes”.

I1: “Encara hi ha el handicap que els metges tots són homes”.

I4: “Es com si nosaltres entrem al seu territori, tampoc no podem posar-los tots al mateix sac, perquè segur que també n'hi ha ja els hi està bé. ...Però, en general, penso que es continua veient molt una feina d'homes”.

I6: “El típic la infermera: les dones i el metge: l'home....”.

I3: “A mi un noi em diu estic estudiant infermeria, a mi em xoca moltíssim, que no hauria de ser així però se'm fa molt *raro* “.

I2: “Crec que el problema està més en com ho veu la gent que no pas els companys, per ells no és... som un més”.

Elles comenten que un 90% dels estudiants de medicina són noies, d'aquesta manera la diferència amb infermeria no és tan gran.

I2: “Tot això, crec, que és símptoma que la medicina està més degradada socialment , no m'agrada dir-ho però és el que penso, les dones sempre accedim a una feina massivament quan la feina es desprestigia , és molt

maco dir ara les dones treballem de qualsevol cosa...guàrdia civils, per què?. Perquè guàrdia civils, la policia va deixar de ser una feina ben pagada, perquè de directius d'empresa...dones ben poques...infermeria i medecina no hi ha massa diferència de sou del que hauria de ser pels anys que estudies ...”

P: A casa, teniu cura d'alguna persona amb dependència?

I1 té cura d'un avi actualment a casa que té problemes de mobilitat i de memòria , els seus pares treballen i ella és qui en té cura ara a l'estiu, és una cosa temporal . Quan li pregunto perquè ho fa ella contesta:

I1: "no sé si és perquè vull ser metge....però també és el meu avi i no em fa res tenir-lo que aixecar..."

Les altres informadores no tenen ningú al seu càrrec.

Les sis joves veuen que hi ha problemes a l'hora de compaginar una feina remunerada o els estudis mateixos amb les tasques domèstiques.

I3: "...sobretot en tema de fills i parella..."

I2: "i amb els amics, els amics també surten....és una carrera que no pots sortir gaire, ni durant l'any...a l'estiu quasi segur que tens assignatures i no pots treballar, te limita tot, com jo ho veig dedicació complerta... hi ha molta gent que només de matins i *bueno* i a les tardes treballant..."

I6: "...n'hi ha que van a classe, després poden treballar, poden sortir els caps de setmana i s'ho estan traient..."

I4: "com educació especial..."

I5: "i el fet d'estar a Barcelona que arribes aquí i has d'estudiar, has d'estar amb la teva parella, has d'estar amb els teus pares...que intentes estar una mica a tot arreu i realment al final no acabes fent res... tampoc te'n pots anar de festa perquè l'endemà t'has d'aixecar aviat (...) És el que diem si tu agafes medicina perquè només vols fer medicina a la teva vida, potser, a aquella persona li sembla bé però....a mi medicina és el que em vull dedicar però....la meva vida social diguéssim...no la vull deixar de banda, tinc uns amics....intentes portar una mica el ritme que portaves abans i no pots..."

I3: "Jo arribo al pis i m'haig de fer el sopar... preparar-ho tot per la facultat ..i si estàs a casa...tindràs el plat a taula preparat i..."

I2: "No tens temps material, a vegades penso què en faig jo del temps?, mentre que vas de la facultat a casa...ai ara haig de comprar el sopar...o has de rentar roba...a més tens horaris molt partits..."

I6: "I el que et queda de dia vols dedicar-ho a altra cosa i veus que no pots, perquè o vas fent feina o després els exàmens...."

Fins ara han exposat els problemes com a estudiats i els hi plantejo que s'imaginin ja com a metgesses treballant.

Creuen que sí que hi haurà problemes especialment amb els fills (parlen totes de cop) i tornen a incidir amb la seva realitat, la d'estudiant. Parlen de la diferència entre la gent que estudia i viu amb família a Barcelona mateix i les que, com elles són de fora.

I4: "Som quatre les que anem juntes i som dues que són de Barcelona i dues que som de fora, jo que sóc de Girona i l'altra de València, doncs les dues que són de fora ens ha quedat un parell, en canvi les altres, una ho ha aprovat tot i l'altra li ha quedat una, o sigui... ja té el seu mèrit treure-s'ho tot no? Però, elles a casa no fan res, estudien i s'ho treballen , però clar...no has de pensar ara que sopo, ara fes el sopar, ara renta els plats, pensar què fas demà per dinar...abans ho dèiem t'has d'acostumar estar a fora de casa , en

una ciutat que no coneixes, d'espavilar-te, organitzar-te i és clar això es nota...”.

Aquí surt una altra opinió contrastada diferent a l'anterior referint-se també a la diferència entre les que viuen a Barna i les que no.

I1: “Bueno nosaltres som tres de fora: jo de Girona i dos de per allà a Tarragona i els altres que són de Barcelona els queden més assignatures que a nosaltres pel fet de tenir la família allà, que tenen els amics allà, entre setmana també queden amb els amics i que... Que jo si tingués els meus amics aquí o no estaria sempre estudiant, tenir els pares aquí.....”

I3: “Ara arriba el divendres i és el dia més feliç del món això de venir a casa ...ostres, és genial “.

Quan comento el fet de la introducció de la dona al món universitari i, especialment, a medicina i que cada vegada més hi ha més metgesses exercint la professió es recorda el punt de vista, anteriorment citat, que les dones ocupen feines quan aquestes es desprestigien; i quant al que suposa per a elles aquesta realitat tant en la vessant personal com en la professional, aquests són els punts de vista:

I3: “El cas d'una carrera que són tres anys...buscar feina, comences estalviar, no sé què...als 25 o 26 anys pots...estar amb el teu fill, ser més o menys independent...però medicina està la tira d'anys que no pots treballar.... i això suposa estar-te a casa fins bastant tard(..) El tema independència a la llarga....”.

I2: “Penses quan fas el MIR algo cobro però fins que no tinguis un lloc... no pots... vaja que ho veig fatal...”.

P: Penseu que comporta alguna dificultat per l'empresa el fet de tenir dones treballant i metgesses?

I2: “Està força discriminat, ...que si baixa per maternitat... l'home és més fàcil que es quedi més hores a l'empresa però la dona dirà són les cinc haig d'anar a buscar el nen...”.

I3: “Depèn molt de l'home, ara estem dient aquí que no *foten* res...en general però si s'ha de portar el nen al metge, normalment si no és la seva mare...”.

P: Creieu que els vostres companys es comportaran així...?

I3: “Esperem que no ! “(*totes responen*)

P: Hi ha diferència amb aquesta nova generació que puja? (*els pregunto*)

I6: “He tingut amics que són nois i la mama els hi fa el llit, el dinar...els nois sempre estan molt més protegits...Conec força gent que la seva mare està a casa seva.. i el perill hi és.....”.

P: I si estan a la universitat i viuen a un pis, que fan ?(*els pregunto*)

I2: “Són uns *guarros*” (*ho ratifica I1*).. Els hi és més còmode estar en una residència que no estar en un pis que t'ho has de fer tot, que no hi ha la mama i....”.

I1: “Conec un noi de Portugal que està estudiant aquí i que té un pis per ell sol, una dona que li fa el menjar... i un altre que està en un pis normal i que a l'hora de dinar agafa dos *bonus* i se'l guarda un dinar per vespre ...”.

I3: “Jo crec que ja anirà canviant ...(..) i depèn de la persona, per exemple l'altra dia un noi va dir que no podia sortir perquè tenia que ajudar a la seva mare a netejar la cuina....hi ha molts casos...”.

I2: “Això que deies de l'empresa (*tornem agafar el fil*) ...penso que és molt irreal dir que no que és lo mateix....Si la societat vol que tinguem fills i que

parim...ho han d'acceptar les empreses,...clar que una dona és molt més costosa a nivell d'empresa, és evident perquè si et fa baixes... però és una cosa que la societat ha d'acceptar.....perquè si es vol que tinguin fills i després les empreses no contracten per això...després qui és el que vol tenir fills?”.

P: Coneixeu accions que apliquin les empreses per a facilitar la conciliació familiar?

I4: “Hi ha empreses que si estàs a l'edat de casar-te no t'agafen perquè pots tenir un fill aviat i (..) ja agafen gent amb fills....”.

I6: “Una vegada quan buscàvem feina...els testos psicotècnics el primer que preguntaven era: Tens parella? Tens previsió de tenir fills aviat..? Ja saps que has de dir no, no , però ..”.

I3: “Jo estava rumiant una cosa per què hi ha empreses que han ficat doncs guarderies, per quan està és a la jornada laboral el nen estar allà...Però a vegades són solucions que dius no, fem *algo* i...”.

P: Quines accions creieu que haurien d'emprendre les empreses?

I3: “Simplement acceptar que la dona és la que pareix i que és un treballador com qualsevol altre”.

I5: “Crec que s'hauria d'allargar això de les baixes per maternitat, no sé ben bé com va però...”.

Els comentos que són setze setmanes al nostre país.

I2:” Penso que s'hauria d'allargar i això d' ara faig mitja jornada, no sé què...”.

P: Aleshores, si fóssiu empresàries què, facilitaríeu a les dones?

I2: “Allargar la baixa i mantenir el sou per què si has d'estar a casa?”

Admeten després que no coneixen com funcionen les mesures de conciliació actuals al nostre país, que si fan mitja jornada...Els comentos si coneixen l'aportació econòmica que fa el govern central i la generalitat per tenir fills menors de tres anys.

I2: “Ho fan més per dir que ho fan que no pas...”.

Acabant ja un punt que no havíem tocat massa, expresso:

P: Per què creuen que infermeria és una professió majoritàriament de dones?

I1: “Perquè sempre ha esta així”.

I3: “Jo no penso que hagin de ser dones, però com que ja havia la mentalitat de...que l'home és metge i la dona és infermera”.

Acaben dient entre totes i quasi a l'hora que perquè la dona és més sensible i la dona més servil però el que serveix i estudia és el metge, és a dir l'home.

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 7

Grup de discussió: Estudiants de medicina - homes -

Número de participants: 5

Durada: 60 minuts

P: Persona que dirigeix el grup

I: Informadors

P: Creieu que la vocació és necessària per escollir fer medicina?

I1: “ Per ser metge segurament que sí s’ha de tenir vocació però...no és una condició sense la que no es pugui fer, no? perquè no es tracta només de que tu per dintre pensis: jo tinc capacitat i puc ser-ho, sinó que també hi ha una sèrie de factors tècnics que has d’anar aprenent i que no té res a veure amb la vocació. Potser després et cansaràs abans o et cremaràs abans de tota la feina que comporta però, si no tens vocació no tens perquè no poder ser metge”.

I2: ”Jo penso el mateix, la vocació que..., són molts anys d’estudi. Per més vocació que tinguis si et cremes abans d’acabar la carrera i tal, malament vas”.

I3: “Jo crec que la vocació és una part d’inici , si tu creus que tens capacitat i ganes de fer-ho ...et pot ajudar a fer-ho acabar... perquè són molts anys i si tu penses que no tens vocació és quan perds les ganes abans,... si tu penses tinc vocació...tinc prou aptituds per arribar a ser metge, és quan tens més ganes per poder acabar...”.

I4: “Perquè no és pensar-ho...realment...”.

I5: “També s’ha de fer”.

(S’acaben les frases uns als altres)

P: Vosaltres estudiieu per vocació?

I2: “Jo estudio perquè, és el que m’agrada, o sigui, les lletres són odioses, els números són odiosos, ja des de petit és el que m’agradava, això de curar.....”.

I1: “Jo no és per *descart*, però també és el que m’agrada...”.

I5: “ Home per *descart* tampoc.... però, no és per despreciar res però a mi no m’agrada no sé...personalment, i això sí que m’agrada...”.

I3: ”Jo crec que sí que és per vocació (...) de petit, petit, abans de la comunió...quan fèiem una festa al poble abans de la comunió i ja ho deia ...*inclús m’enrecordo* quan a l’escola a bàsica, fèiem uns crèdits de síntesis, i podies triar, em penso que, revista...saluti jo ja vaig començar a triar aquests temes perquè sabia que ja m’agradaven, i ja de més gran van ser els professors que em van dir que podria...animar...”.

I4: “ jo ja de petit (...) quan deien a casa: *has d’estudiar*, doncs em posava a estudiar naturals...”.

I1: “ Jo a quart d’ESO, doncs, vaig començar a pensar que era...que em tirava molt i quan vaig començar batxillerat ja ho tenia bastant clar el que volia...i quan ja vaig presentar la sol·licitud, pensava: no és que no volgués però pensava: ostres són sis anys! saps el que estàs fent, sis anys?.

P: Quines han estat les influències per escollir medicina?

De fet, en quant a les influències, ja hem vist anteriorment que són bàsicament els professors, però prefereixo preguntar-ho directament.

I1: “Una professora que feia biologia i li vaig començar a dir que m’agradava i ella em va anar animant...em donava escrits del diari o de revistes...i em va anar encaminat i després també el meu avi també em va...era una cosa que li agradaria que molt que hagués fet...”.

Afirmen tots cinc que han triat aquesta professió perquè “els agrada”.

P: Hi trobeu diferència entre la professió de metge i d’altres?

I2: “Jo crec que sí, *bueno* no a totes, però per exemple...és un contacte directe amb el malalt, amb la família del malalt, amb el personal de l’hospital, amb la responsabilitat que comporta tot, o sigui... (*penso: ja surt la responsabilitat... i de cop sona un mòbil és el mòbil del I1, i l’apaga de seguida*)”.

I4: “Jo crec que és diferent que la majoria d’altres treballs perquè estàs jugant, entre cometes, amb la vida d’una persona, pots tenir la vida d’una persona a les teves mans... però... també un enginyer, fent un pont es pot equivocar amb un número i el pont se’n vagi a terra quan hi ha moltes persones a sobre i encara que ell no hagi tingut el tracte amb les persones les haurà tingut a les seves mans igualment. Amb una professió com l’altra se’n ha de sortir i l’únic que a medicina, segurament, has de tenir certs valors personals per saber tractar més amb la gent, per ser agradable amb la gent...”.

P: Quins valors són aquests?

I5: “Amabilitat. Has de saber tractar amb la gent, suposo, perquè...un malalt el que no vol és que estiguis allà amb mala cara i que te’l miris com dient...ell vol sentir-se bé i sentir-se segur i això és el que ha de fer un metge: poder donar una seguretat al pacient”.

I3: “Confiança, s’ha de tenir confiança, la gent ha de tenir en compte amb l’hospital i..... confiança amb el pacient...”.

Enllaço aquestes respostes amb la següent pregunta.

P: La societat que n’espera dels metges, què en pensa del metges?

I2: “Abans es valorava molt més....i no ho dic perquè ho sàpiga jo, sinó perquè m’ho han explicat els meus avis, abans anaves al metge i res, curaven una ampolla que podies tenir al dit o algo i: el metge m’ha tractat, ara els metges són uns matasanos. Vas al metge com dient...vaig al matadero”.

P: Creieu que la gent pensa això dels metges?

I1: “Potser no és el 100% de la gent però, jo penso que és una opinió bastant estesa”.

I3: “Jo crec que sí...clar és molt diferent, quan vas al metge és perquè et passa algo...això ja t’entra una mica de pànic, de por a la gent, és diferent que anar en cotxe o una altra cosa...”.

I5: “Sí, quan vas al metge és perquè hi ha algo que no està bé”

P: Quins valors creieu que s’identifiquen amb el metge?

I2: “Confiança, seguretat, bon tracte, capacitat de saber reaccionar en situacions difícils..”.

(Aquí entre els valors hi figuren també de capacitats...)

I3: “...respecte cap a la persona, confiança també, el pacient ha de confiar amb el metge...”.

P: Hi ha diferència entre aquests valors i d'altres que puguin tenir altres professions?

I4: “Un metge....lo més important de la medicina és saber...la capacitat diria del que has après però inclús diria per sobre d'això, el tracte... i no és però és l'única professió però.. és de les poques professions que el tracte supera el, la capacitat de l'individu, perquè un botiguer o qualsevol carrera...Un informàtic... doncs: tracte amb persones, ben poc en canvi aquests el que sí importa és que tinguis molts coneixements. Medicina, també, però que importa molt el tracte”.

P: Així com considereu un bon metge?

I1: “Ha d'estar molt equilibrat, *aviam* un metge que tingui un bon tracte però que no tingui ni idea, doncs, no servirà per res, no? O un metge que tingui molta capacitat i que de tracte sigui dur, no?”.

(El company del costat el talla de seguida)

I2: “Però encara que de tracte sigui dur no sé...també hi són els infermers i tal...les infermeres...i també estan amb el pacient i...” *(és curiós ja que parlen primer d'infermers i no d'infermeres)*

(Es tallen un a l'altre)

I5: “Ja, però si el teu metge no... hi pots confiar..”.

I2: “Però vull dir que és molt important el tracte i tal però els coneixements també...tela! perquè no salva la vida d'una persona...sent amables...vull dir que això del tracte, mira, seràs més bon metge, la gent confiarà més amb tu tal i qual...i és el que amb un metge es busca però...els infermers i tot això també hi ajuda ”.

P: Reconeixement social , en tenen ara, els metges?

I2: “Sí jo crec que la gent...abans...en un poble el metge, el mestre i el capellà no? I anava així....ara podé pel fet d'haver més gent, més metges, la societat ha canviat...podé abans no depenies tant d'un mecànic i ara en depens molt més i ara podé al metge hi vas un cop al mes...”.

P: Què en penseu del fet que la professió tingui un domini cada vegada més pronunciat de les dones?

Se sent un bé per part de tots i unes rialles...

I1: “És més divertit. Ara parlant en serio, que tanta capacitat la té una dona com un home i no té perquè haver-hi més homes que dones”.

I2: “És veritat això...és una manera d'estudiar i no de quedar-se a casa i no de treballar als 15 o 16 o quan sigui, és positiu això...”.

I3: “Jo crec que sí perquè si no...és una de les professions que la dona s'ha pogut ficar més bé....quan la dona comença a treballar a mesura que evoluciona la societat, és clar no és lo mateix que comencés a treballar de mecànic o de fuster, començar a estudiar una carrera, jo crec que...és més encertat treballar en una branca així d'estudis...”.

P: Teniu habitualment cura d'algun familiar?

Sorprenentment un d'ells té cura de l'àvia amb qui viu, entre setmana, a Barcelona.

I2: "A les vuit arribo i ajudo a la meva àvia fins les deu i mitja, més o *menos* quan se'n va a dormir, perquè està malalta i tal, li *donc* el sopar...tal i qual..."

P: I per què ho fas?

I2: "Perquè és la meva àvia i me l'estimo molt!"

P: Les companyes, o les dones que viuen a casa són les que porten a terme les tasques domèstiques?

Tots responen que sí però afegeixen aclariments.

I5: "Nosaltres col·laborem"

Insisteixo!

P: Ho compartiu!

I1: "Sí, a casa sí, però al pis a Barcelona, no! Tota la setmana ho estic fent tot jo, *bueno* jo i els companys de pis, netejar, rentar i qualsevol cosa ...I el cap de setmana, estic a casa i ajudo a la meva mare en tot el que puc".

Els altres membres també entre setmana ho fan "tot".

(Penso no són tan guarros com deien les noies de l'anterior grup de discussió)

(És curiós, quan parlen de la llar familiar, parlen de casa i quan es refereixen a on viuen quan estudien, a Barcelon, ho fan amb el pis)

P: Creieu que genera problemes compaginar l'activitat laboral remunerada i les "obligacions domèstiques"?

I1: "Tot depèn de les persones, dels horaris, és el mateix que en èpoques d'exàmens hi ha gent que es sulfura molt i es posa molt nerviosa...perquè s'ho agafa tot...està molt aprensiva, diguem-ho així. I jo considero com un altre grup que ...".

Els altres manifesten estar d'acord amb el que diu.

I4: "Penso: *Vale* hi ha els exàmens, em faré la idea i si no hi arribo...al setembre. Doncs és lo mateix, estàs treballant i quan acabis de treballar pots pensar: quina merda ara he d'anar a netejar la casa o no sé què? I pots pensar: *Bueno*, abans de sopar, netejaré una mica i pim pam t'ho agafes tranquil·lament, depèn de la persona".

I2: "Si, no, no sé, llogues una dona de fer feines...ajuda molt...mentre tu estàs treballant pots tenir algú...i després quan arribes et queden les quatre cosetes i que no costa res..."

I3: "Et refereixes a la persona que ha acabat la carrera?"

Sí que ha acabat, contesto.

I3: "Els metges que conec jo tots tenen una dona de fer feines....Una persona que ha estat estudiant 6-8-10 anys durant la carrera i l'especialitat i ara m'he de posar a fregar?, dels cèntims que puc arribar a guanyar, contracto una persona que em netegi la casa cada dia o x dies a la setmana... o és diferent aquella persona que diu: mira no em fa res quan acabo la feina, arribo a casa i netejo una mica"

P: Què faríeu si hi hagués família o fills?

I4: "Jo crec que això sí que és un problema...*bueno* no un problema...un handicap, diguem-ho així . Un pare lo que ha de fer teòricament és estar el màxim de temps amb els fills i si treballes de metge...saps que...hi podràs estar relativament poc amb els nostres fills i si més no, no tantes com voldries perquè tindràs obligacions amb la feina, també a casa, però, si no compleixes les de la feina, doncs...a fora! Cada vegada hauràs de sospesar: què faig

estar amb la família o portar diners a la família que es puguin cuidar ells? I això dels fills suposo que aniran endavant encara que no vulguis, d'una manera o altra. Has de tenir molta voluntat per poder compaginar tot, depèn també dels horaris”.

I2: “Jo, no sé...val, treballes moltes hores, tal i qual però, i el veus poc i tal ...però vas fent, tirar endavant i el rato que estàs amb ell, intentes aprofitar al màxim...”.

I3: “Conec un metge que només fa guàrdies, diguéssim i quan hi ha partits de bàsquet,..el meu pare no pot, un diumenge a la tarda... i el pare a Girona que està fent guàrdia..crec que ha de ser futudíssim pel nano!”.

Ja n'havíem parlat una mica però torno a introduir el tema de la introducció cada vegada més de la dona al món universitari, especialment a medicina i que cada vegada hi ha més metgesses.

P: Què penseu del fet que hi hagi cada vegada més metgesses en el món laboral?

I5: “Crec que és bo que la medicina es busca la persona amb capacitat per exercir uns coneixements i capacitat per...com a ésser humà, caràcter i tal, llavors, això tant ho pot tenir un home com una dona, doncs, perquè només buscar homes o dones si això ho pots tenir els dos...és molt bo perquè potser abans arribava a ser metge un que, ni tenia prou capacitat per aplicar els coneixements ni era prou persona, saps? Per què? Perquè no hi havia dones i hi havien places i agafaven aquell. Ara crec que això de la dona és positiu perquè o sigui, haurà compensat i els que treguin serà perquè en realitat s'ho mereixen i s'ho ha *currat* i tal, jo crec que és molt bo!”.

P: Quantes dones hi ha a la facultat?

I3: “Proporció de tres a un, i que ja va bé”. *I se'n riuen.*

I1: “Personalment?, cap problema, amb els companys de feina és lo mateix un home que una dona i ja està! Però en part millor dones!”

I2: “A la hora de triar, ja m'entens! “

Es genera tota una complicitat i rialles entre ells.

P: Per la professió heu dit que no hi ha problemes i per l'empresa?

I5: “Depèn de l'empresa i qui porta l'empresa, perquè...hi ha el *capullo* aquell que quan es queda embarassada...tal i qual, això és perquè és *un capullo* i després per lo altre, és lo mateix no hi ha problema”.

I4: “Jo no sé després com va això dels períodes post-natals”.

P: Coneixeu alguna de les accions que les empreses apliquen per a facilitar la conciliació?

I1: “El període del part”.

I3: “No sé en medicina, però en altres àmbits sí... hi ha com uns convenis si dona soltera o no sé...en medicina no he sentit cap comentari d'aquests, no? Però en altres feines sí que busquen persones o que sigui soltera o amb previsió que no tinguin cap fill d'aquí a poc...”.

I2: “Crec que això en el ram de la medicina això no hauria de passar perquè estem parlant ara de ser persones que és *tope* important, llavors és clar si la dona té un fill, doncs, ha d'estar a casa amb el fill”.

I4: “Pensa si ets un empresari que tens uns metges i que aquestes persones les estàs pagant i que ...”.

Es genera una petita discussió.

Acaben dient que el problema que hi ha pel mig són els diners i I2 continua dient:

I2: "Això en medicina no hauria de passar, en medicina ni en lloc!"

De mesures per aconseguir la conciliació només coneixen la reducció de jornada i no coneixen res més. Els explico alguna de les mesures i que d'aquestes també en poden gaudir els homes. Els sembla molt bé!

I3: " Esta bé això, bueno... en sents a parlar molt als polítics però penses això serà per guanyar punts i tal..."

P: Si estigués a les vostres mans posar mesures d'aquestes què faríeu?

Ells responen tot bufant:

I5: "El període de maternitat està bé..."

I2: "Però penso que hauria de ser per tots dos perquè el pare també vol estar amb el fill , perquè quant temps és?"

Contesto que són setze setmanes, comencen a plantejar-se (i sembla que per primera vegada) i després on deixen els nen, que si amb els avis, la guarderia...

I1: "S'hauria de deixar compaginar el pare o la mare...hi hauria d'haver el temps que sigui que pugui, de les vuit o deu hores que puguin estar treballant sortir de tant en tant a veure el nen cada dos hores o tres, i l'altra estona amb els avis que suposo que estan encantats, la majoria , però si l'has de deixar un dia i un altre, i un altre..."

I2: "Les ganas d'estar els pares amb els nens, perquè només a la nit el nen dorm...."

I3: "Si una empresa vol que el pare estigui treballant a l'empresa, en comptes de donar-li més festa,..que és lo que hi perden més , deixar-lo sortir cada... minuts perquè vegi el nano.."

Els comento que hi ha empreses que tenen guarderia.

I3: "Això està bé en comptes de reduir la jornada que puguis cada hora sortir 5-10 minuts a veure el nano..."

(Realment em sorprèn les ganas que tenen de veure el nano i el poc pràctic que seria això de sortir tant sovint!)

I5: "És molt difícil!"

I4: "És trobar-t'hi!"

I2 : "Fins que no acabes medicina i no fas un raconet..... jo em veig sent papa als quaranta i algo!"

P: Per què infermeria és una professió majoritàriament de dones?

I2: "Pel contacte, no? I perquè antigament ja, lo de llevadores..."

I1: "Segurament és per tradició que per res més, les dones s'han apartat dels treballs físics i els homes sempre han estat amb treballs més durs i...infermeria és un treball que es necessita capacitat, no força física i ara que les coses comencen a canviar una mica, la desigualtat....és el mateix cas que la medicina però al revés".

P: I cada vegada hi ha més homes?

I2: "Sí jo conec 4 o 5 que ho estan fent però la majoria volien fer medicina i no van entrar....i cada vegada agafen més gent..."

I1: "Potser perquè d'infermeria pots saltar amb crèdits convalidats a fer medicina..."

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 7

Grup de discussió: Infermeres

Número de participants: 9

Durada: 2 hores

P: Persona que dirigeix el grup

I: Informadors

P: Creieu que la professió d'infermeria va lligada a un aspecte vocacional?

En principi se sent un grup de veus que diuen que sí, altres callen..., a

Continuació, es pronuncien les que diuen que "no ho tenen tant clar", hi ha una que troba que no té a veure, per res, la vocació.

I1: "Qui ja des que era petita tenia clar que voldria ser infermera i sent la vocació en igual intensitat fins ara".

I2: "Abans fèiem un examen per entrar a infermeria, i jo pensava, és que si no entro no sé què faré, hauré d'esperar l'any següent. Jo volia ser infermera o infermera".

I3: "Jo m'enrecordo que al principi de treballar a l'hospital deia: és que encara que no me paguessin, iria. Era tanta la il·lusió de fer d'infermera...".

I4: "Para mi enfermería fue una vocación, me gustaba de una manera especial. También considero que es una carrera profesional. Pero yo, como persona, pienso que podría ejercer la profesión de traductora y gustándome más o menos podría llegar a ser una buena profesional. En cambio, considero que trabajar curando enfermos, no lo haría si no me gustara". "Pienso que para atender a una persona enferma, has de tener algo más".

I5: "Jo penso que s'ha de contemplar com a vocacional, perquè es pot començar a exercir com infermera sense agradar-te massa, durant un temps, però hi ha una sèrie de gravàmens: els horaris, els torns, etc. que si els aguantes és perquè t'agrada la feina. Nosaltres sempre anem al revés de l'altra gent. Si no hi hagués el component vocacional intentaríem canviar de feina al cap de dos anys.

Econòmicament no estem pas millor pagats que altres professions i a la contra tenim varis factors: vas malament amb la família, no pots triar les vacances..., són factors, que si se suporten, fa pensar que es per vocació. Veiem com hi ha algunes infermeres que pleguen de la feina, buscant altres amb millors condicions".

I6: "Jo trobo que d'altres professions que també tenen aquests inconvenients d'horaris, etc. Que quan s'escull una professió (tant si estàs exercint tasca assistencial, com de gestió) t'adaptes a la dinàmica i a les circumstàncies de cada feina. És una visió que domina l'aspecte professional molt per sobre del vocacional. Fas una feina perquè ets una professional i en la vessant que estiguis la fas ben feta, i no ho fas perquè sentis vocació".

I7: "Vocació què vol dir?, que ja de petita has tingut ganes de fer d'infermera i jo mai, mai una disfressa d'infermera".

P: Per què fas d'infermera, doncs?.

I8: "Jo crec que més que vocació és fer una carrera curta que et permeti treballar i fer peles el més aviat possible.

Algunes del grup expliquen que volien fer una carrera curta ja fos per voluntat pròpia (aconseguir independència econòmica aviat) o per voluntat dels pares (potser és el que "tocava" a les nenes?, estudiar sí però carreres curtes i femenines?). Curta i no massa lluny del domicili, així havia de ser a Girona i només n'hi havia dues: Magisteri o Infermeria. Si tenies clar que no t'agradava ensenyar nens, l'alternativa era tenir cura de malalts.

I9: "Et decideixes a fer infermeria i al final t'acaba agradant la feina i t'acostumes als seus inconvenients. També pot anar lligat amb la personalitat...".

I6: "Jo no me veig fent d'infermera i dedicar-me a la gestió o a la docència, m'agrada estar amb el malalt".

Aquí hi ha qui comparteix aquesta idea però diu que, depenent de la teva situació personal (fills, horaris, etc.), et veus obligada a deixar la tasca assistencial per altres tasques d'infermeria que no tenen un contacte tant directe amb el malalt (que sembla que això és el que consideren que va lligat amb la vocació).

Algunes relacionarien la vocació amb el gust de fer una feina que et relaciona amb els altres, que és pels altres, et fa més social.

En canvi d'altres, tot i reconeixent que els agrada molt el tracte amb els malalts, tenen clar que això no vol dir tenir vocació.

Aquest tracte correcte i bona disposició en l'atenció al malalt (vessant social) hi ha qui ho relaciona amb la vocació, hi ha qui pensa que es tracta d'educació i professionalitat.

Consensuem que la nostra professió té dues vessants: una bio-mèdica (atendre el problema físic del malalt) i una altra més social (problemes psico-socials); les dues vessants estan molt interrelacionades. Les infermeres atenem al malalt d'una manera més global que no pas els metges.

Aquesta mirada més social de la persona i la seva malaltia hi ha qui hi veu una directa relació amb el fet de ser dones:

I5: "Nosaltres som cuidadores quasi per instint, l'home no ho és. El que xoca és que hi hagi una infermera que sigui home, i el que ho és no tracta als malalts com els tractem nosaltres, que els hi pots fer hasta un llacet...".

La majoria opina que hi ha algun infermer que pot atendre al malalt igual que ho faria una infermera, però ells normalment, quan poden, treballen en llocs de poc contacte directe amb el malalt: supervisió, RX, laboratori, etc.

Opinen que totes les feines t'han d'agradar. Que el que compte és la professionalitat i es pot ser gran professional darrere una guixeta venent entrades i atenent bé al públic. No veuen la vocació per a cap lloc.

I7: "Me sembla que qualsevol feina que me possessin al davant seria capaç de fer. He sigut infermera per una sèrie de circumstàncies, però m'agradaria haver fet moltes altres carreres".

I1: "Jo conec una persona que me va dir que feia d'infermera pel que li pagaven. Hi ho va dir així. Jo vaig quedar parada, ho vaig trobar una xic exagerat, no crec amb la vocació però hi ha un mínim...".

I6: "Jo per peles faig una altra carrera".

Alguna de les que no reconeixen la vocació ara pensen que sí tornarien a fer la carrera d'infermeria.

P: Creieu que la professió d'infermera és diferent de les altres i què en pensa la gent d'ella?

Hi ha una mica de desconcert, uns moments de silenci i sorgeixen les reaccions:

I3: "És diferent, hi ha una entrega als demés, un sacrifici gran: mals horaris, molta paciència, suportar coses fastigoses... i les estàs fent, coses que altres professions no tenen. Hi ha una entrega, no com si fóssim ONG's però quasi.

I5: "És una feina que, al estar al servei dels demés, aporta molta riquesa personal".

I1: "Satisfà molt al veure que fas un favor a algú, que t'ho agraeix tant qualsevol detall!, t'omple molt".

I7: "Però, t'omple de què...?".

I2: : "Quan veus resultats positius, sempre satisfà".

I6: "La gent del carrer, en general, veu difícil (tolerar el patiment, ferides, la sang...) i sacrificada, la feina de la infermera".

I3: "Uj, no sé com pots treballar d'infermera, jo no podria pas".

I9: "A mida que m'he anat professionalitzant més en la tasca d'infermeria, la gent s'ha tornat més exigent, demana més atenció i més d'una manera determinada. "Molts es pensen que les infermeres els hi hem de donar tot bo i pastat..., i ha de quedar clar que no som monges de la caritat, germanetes dels pobres..., hem de fer la feina ben feta, és el que ha de comptar".

I7: "La gent exigeix força però d'una manera més educada que abans".

La majoria no comparteix aquesta opinió.

I9: "El malalt es queixa..., la infermera diu: estic agotada, no puc més, massa feina..., són dos queixes que potser van interrelacionades, no?".

I4: "Cuidado, el enfermo tiene unos derechos pero también tiene deberes y obligaciones".

Aquí hi ha una diferència de visió sobre aquest tema de l'exigència: depenent dels serveis. Les infermeres de planta troben els malalts més exigents, sobretot ,els provinents d' UCI, troben que aquests estan molt "mimats". Hi ha un moment de discussió i certs "retrets" entre infermeres d' UCI i de planta, es debat la dependència dels malalts respecte les infermeres i els serveis.

Els malalts i familiars gosen més queixar-se amb la infermera que no amb el metge.

I2: "Potser que tot siguin problemes però quan passa la visita el metge el malalt sembla mut, i tot són somriures i reverències".

Tothom està d'acord que la idea que la gent té de la infermera ha canviat, ara és valorada més com a professional, tot i que continua la idea que qui cura és "el senyor doctor". També que "certes" mateixes feines fetes per un professional d'infermeria home o dona canvia la valoració.

Ara no tant, però encara perdura la idea que la mateixa feina feta per homes o per dones canvia la importància, se la valora diferent. Per exemple abans el "practicant" dels pobles era un infermer i feia la mateixa feina que qualsevol infermera però pel fet de ser home tenia una consideració popular diferent, formava part de les forces vives del poble: capellà, metge, alcalde, mestre, etc., tots homes, pel contrari, ja no es veia igual de bé.

I4: "Hace años trabajé en la clínica Quirón y cuando los "grandes cirujanos" y "grandes traumatólogos" venían a pasar visita buscaban a los "practicantes" (diplomados igual que nosotras), y las enfermeras íbamos detrás para ver si nos enterábamos de algo".

Encara es dóna, entre la gent, aquesta idea, certes cures si les fa l'infermer de la ABS, per exemple, sembla que tenen més valor i aniran més bé que si les fa la infermera. La mateixa tasca feta per una dona és menys valorada.

En general, no es creu que la gent consideri a la infermera com a més professional que abans.

I6: "Ens continuen veient com les secretàries i/o ajudants dels metges".

I1: "Vaig passar el darrer cap de setmana amb les meves nebodes i la de 13 anys em va dir: tu tita que ets infermera què fas, portes el menjar als malalts?".

I4: "La gente nos ve como un elemento importante en el hospital, cuidado!, pero siempre por debajo del médico".

I1: "Mentre seguim depenent tant dels metges no aconseguirem que la gent ens vegi com a professionals pròpiament, tant passa als hospitals com a la primària, encara que hi ha qui pensa que aquí la infermera sigui més autònoma, no és així. A diferència dels mestres, per exemple, aquests poden treballar i decidir amb independència i llibertat i això els caracteritza com a professió pròpia i així ho reconeix la societat".

I3: "Jo sempre dic mentre infermeria no sigui autònoma i vagi davant d'un jutge, si es dóna el cas d'alguna negligència, i hagi de passar comptes dels seus actes fets lliurement i sense intervenció del metge, fins que això no passi no serà una professió amb propietat".

I5: "Els mestres poden ser responsables dels seus actes que fan lliurement però les infermeres, a vegades, es veuen obligades a fer coses o aplicar certs tractaments que no veuen gents clars o que no hi estan d'acord". "No es pot aplicar allò que tu creus és lo adequat en aquell moment".

I4: "Estamos debajo las órdenes de los médicos. La medicina va por un lado y la enfermería por otro. No hemos cojido el concepto que la enfermería tiene que ser más autónoma. Estamos sometidas. Quien es la guapa que se atreve a rebatir un tratamiento a un médico?. Puedes hacerte la tonta y decir: A yer le prescribiste 20 mgs, hoy quieres 40?; quizás admita su error i corregirlo..."

Una del grup explica la seva experiència a la ABS: amb el pediatre no hi ha hagut manera de consensuar una línia comú sobre l'alimentació que s'ha d'aconsellar per als nens que van a la consulta.

I2: "Hi ha vegades que a les ordres mèdiques et trobes escrit el número de l'abocath que has de posar!... Això genera un xic de discussió entre qui troba que (l'obeïr sense qüestionar-ho, si és el cas) no s'ha de permetre sota cap concepte i qui troba que es fa per evitat bronques".

Sembla que molta gent, per segons quines feines o cures, prefereix una infermera-dona. Per exemple, molts malalts manifesten que a l'hora de la higiene prefereixen una infermera. Alguna del grup, li sembla que a ella també preferiria una dona a l'hora de mostrar-se nua, però hi ha qui la replica dient que tot això és un fet cultural perquè, per exemple, a l'hora d'anar al Gine. no es mira si es home o dona.

P: Els metges miren diferent a la infermera si és home o si és dona?.

I3: "Per moltes coses prefereixen que siguem dones".

I4: "Nos pueden manejar mejor. Desgraciadamente, el sistema médico es muy carpetobetonico".

I9: "Hi ha un cert sentit de possessió per part del metge envers a la infermera-dona".

I2: "El metge diu: la meva infermera... però què és això!, en tot cas sóc la infermera que treballa amb ell!. Nosaltres mai diem: el meu metge. En tot cas ho diem quan anem d'usuàries".

P: Quins valors creieu que són propis de la professió d'infermeria?.

I5: "La capacitat de treball. Les infermeres fan molta feina i també la més bruta i les medalles se les emporta el metge".

I9: "Qualitats humanes en general, ja que es treballa amb i per a persones".

I7: "Assequibles, visió pràctica: després de ser informats pels metges, molts familiars i malalts et pregunten com veus l'evolució de la malaltia, volen que els hi recalquis de manera més planera. Fem de traductores dels metges, som com mediadores culturals".

I1: "Empatia".

I3: "Esperit de servei als demés. Capacitat d'entrega".

I1: "Paciència".

I9: "Visió holística del malalt".

I2: "Concentració. Es toquen moltes tecles i molt vitals".

I5: "Organització. Et donen moltes ordres i moltes indicacions".

I3: "Observació i visió empírica".

P: Qui té cura, a casa vostra, de les persones amb dependència i qui fa la feina de casa?

Referent a la cura de persones amb dependència, apart de les que s'han esmentat (fills, avis), sorgeix la idea que els marits també es poden incloure en aquest grup, és una idea que donen les més grans.

A la dona, des de sempre, la societat li ha adjudicat el rol de reproductora (inevitable) i cuidadora de tots els membres de la família, aquesta feina juntament amb la del manteniment i funcionament de l'espai domèstic ocupa gran part del temps de les dones.

Les més joves, tenen clar i insisteixen que no veuen gaires problemes en repartir la tasca domèstica entre l'home i la dona. Veuen que és un tema educacional.

Les mateixes dones, diuen, el reproduïm:

I3: "El tornem a viure a la feina, estem darrere sempre dels homes (metges): has posat l'etiqueta a la petició?, has firmat?, has fet el paper...?. És igual que a casa, sempre controlat, és el rol home-dona".

P: Què passa quan els metges són dones?.

I1: "Fan el mateix que els homes, agafen aquests mals hàbits a l'igual que ells, la gran majoria".

I6: "És que també hi ha dones masclistes".

I5: "Hi ha també el tema del status, això pesa molt també. Carrera professional de nivell superior (llicenciats) sigui home o sigui dona, moltes vegades és motiu de desigualtats i servituds vers el personal de nivell inferior (diplomats, etc.)".

I7: "També el pacient o acompanyants veuen diferent a un metge home o dona".

I6: "Tantes vegades, a l'acabar de visitar-lo la metgessa, pregunten: quan vindrà el metge a visitar-me?... I quan els hi expliques, diuen: ah! aquella noieta és la doctora?!...".

D'altra banda, és curiós com quasi totes manifesten que a l'hora de compartir la feina d'infermeria prefereixen les dones (infermeres, auxiliars), però quan es tracte de la feina mèdica prefereixen homes...?! No acaben de saber perquè però diuen que:

I8: "A l'hora d'arremangar-se la dona està apunt i ho fa bé".

Però els agrada que a l'equip de treball hi hagin homes també, algunes diuen que és per "filing", altres no saben perquè.

P: Perquè tenim persones dependents de nosaltres a l'àrea domèstica?

I1: "Si no ho fem nosaltres no ho fa ningú".

I3: "Llei natural".

I9: "Responsabilitat".

En general, s'està d'acord que s'ha millorat en la idea que no només les dones han d'assumir la tasca domèstica, que els homes també hi han de participar.

Però això, genera un gran debat entre les més grans i les tres més joves. No ho veuen igual.

Les més grans, en general, troben que és molt difícil per no dir impossible una correcta implicació per part dels homes a les tasques domèstiques.

I5: "Diuen que ho faran i no ho fan, o no ho fan bé".

I7: "Acabes fent-ho tu".

I2: "Tens els nens malalts i la dona es qui els cuida, qui els porta al metge, qui compaginarà la feina de l'hospital, de la manera que sigui, i la de cuidar el fill malalt".

I3: "No els hi surt de dintre. Has de dir: tens una rentadora per estendre i a vegades ho fa".

I9: "Fixeu-vos que, per exemple, si els hi dius gaires vegades: renta els plats, veureu com no passarà gaire temps que comprarà un rentaplats".

I1: "Per a ells una cosa neta és allò que tu ho trobes súper brut".

I9: "Les dones hem de tenir doble capacitat de treball: per la feina domèstica i per la feina remunerada. Estarem pendents de la rentadora, fent el sopar i

escalfant el biberó, vigilant els nens i pensant quins malalts me tocarà portar demà i si avui se m'haurà oblidat alguna cosa per fer!..."

I3: "Vas a les consultes de pediatria i un 80% són dones les que acompanyen als nens". "A la Primària va canviant, és una de les coses que he notat més".

I7: "Les dones sempre hem de ser les que hem de fer les mil i una per acoplar l'horari laboral a les necessitats dels membres de la família".

Les més joves:

I5: "El treball que fas de fer-ho, fes-ho per no fer-ho i l'altre finalment ho farà. No s'ha de ser tan patidora".

I9: "El treball domèstic l'han de fer dues persones, el problema és que normalment la dona passa al davant de l'home, això és una equivocació".

I6: "Si els hi dius: fes tal cosa..., et contesten: pesada, sembles la meua mare".

I1: "És millor està un any nedant enmig la merda però sempre esperar a que ell netegi" (*les més grans opinen que no són capaces d'arribar a aquest extrem*).

Continua un gran i llarg debat on observo dues tendències força clares, tendències marcades per la diferència de generacions:

- Les de menys de 30 anys i, d'altra banda, les de més de trenta anys (que també són les que tenen més experiència en la vida de parella). Les primeres veuen i tenen molt clar que la feina domèstica s'ha de compartir, a parts iguals, entre l'home i la dona. No hi ha d'haver concessions. A més a més, asseguren que les seves parelles i els homes de la seva colla d'amics s'ocupen normalment de la feina de la casa. Creuen que les seves mares (no citen els pares) els han educat sense rol de sexes.

- Les d'edat per sobre els 30 anys, aproximadament, també tenen molt clar que la feina de la casa s'ha de compartir, sobretot, si la dona treballa fora de la llar, però creuen que això és molt difícil, quasi impossible, d'aconseguir: és pesat haver-ho de demanar o recordar als homes, no fan la feina domèstica ben feta (almenys com ens agrada a les dones en general), no tenen consciència de les necessitats i atencions que requereixen els fills.

Creuen que les coses són així perquè, des de sempre, el rol de la dona és el de cuidadora de la llar i dels seus membres. Això encara està molt arrelat a la societat i, fins i tot, les mateixes dones reproduïxen, conscient o inconscientment, aquest rol.

Veuen a les més joves com un xic il·luses, mancades d'experiència en aquest tema. Tanmateix, alguna dubta de la veracitat d'aquestes afirmacions:

I6: "Aquests homes que diuen i dieu que fan tanta feina a casa, preparen els biberons..., pregunteu-els-hi quanta quantitat de bibe pren el nen..., moltes vegades no saben contestar!".

Hi ha un consens general en la qüestió que també es pot donar el cas que, tot i no havent sigut educats en la igualtat de sexes, alguns evolucionen, canviant d'actitud, desprenent-se del rol masculista.

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 7

Grup de discussió: Infermers

Número de participants: 8

Durada: 1 hora i 30 minuts

P: Persona que dirigeix el grup

I: Informadors

P: Considereu que la professió d'infermer va lligada a un aspecte vocacional?
Es fa un minut de silenci..., i arrenca un dels més grans del grup i s'hi van incorporant quasi per ordre d'edats:

I1: "Jo recordo que des de fa molt temps que hi havia un ventall de professions masculines, reconegudes socialment, entre elles hi havia la que es deia *sanitari*. Jo recordo que els nens deien que volien ser bombers, policies... i també podies triar ser *sanitari*. La societat, en la seva dinàmica, contemplava la necessitat dels sanitaris masculins, una opció de treball. Quan arribaves als 14 anys et plantejaves què volies ser: bomber, policia, químic, astronauta..., si veus que pels estudis no pots arribar a Medicina, que això costa molt, ho puc dir per experiència personal; llavors hi ha la professió de sanitari, que com els cossos de l'Estat (bombers, policies...) la mateixa societat reconeix com a necessària. Quan anaves a fer la mili et deien que, si et quedaves per fer de sanitari o ATS, viuries com un rei. El practicant juntament amb el capellà, alcalde, mestre i metge formava part de les forces vives d'un poble".

I2: "Crec que la professió d'infermer abans estava més qualificada, perquè eren els *practicants*, la societat tenia més clar i més conegut quin era el paper i la tasca d'aquests professionals. La societat també diferenciava el sanitari masculí del femení i el rol de cadascú".

I1: "Jo probablement que si hagués de decidir ara una professió (*el més gran del grup*) no triaria infermeria. A mi m'interessava aquella feina pròpia del practicant, anaves al dispensari i ho feies tot: punxaves, cosies, embenaves... si era una cosa molt greu trucaves al trauma però sinó estàvem sols, jo, per exemple, vaig estar així molt de temps a la clínica Girona. En aquella època es

deia *Practicante en Medicina y Cirugia*", podíem practicar cirurgia menor i llavors al sortir els ATS això es va perdre. A classe érem uns 30 però que anéssim a estudiar, concretament per aquesta feina, érem 4 o 5, els demés eren més grans i que ja feien altres feines com bombers, policies, etc. Llavors quan anaves a l'hospital Clínic, les infermeres eren 200, la diferència era bestial!. Nosaltres anàvem per fer practicants d'empresa, venien treballadors de Fecsa, bombers, policies, etc."

I3: "Nosaltres érem 30, però abans els estudis eren els mateixos per homes o dones, però, es feien per separat".

I4: "Nosaltres estudiàvem junts homes/dones però l'expectativa i la sortida laboral era molt diferent, parlo dels anys 70, la que vèiem els homes de la que veien les dones".

El més gran diu que als del seu curs mai se'ls hi va ocórrer plantejar-se anar a treballar a una planta normal i un altre de quasi la seva mateixa generació el replica dient que sí, que ell va voler portar malalts de planta.

I2: "Jo vaig estudiar infermeria per carambola. Fins als 15 anys jo volia ser capellà (*explica un dels més grans. Tothom es posa a riure, i els de la seva generació diuen que quasi tots de petits havien sentit aquesta vocació*), no, no, jo ho sentia, me sortia de dins". (*Més endavant, diu que les circumstàncies el varen portar a estudiar infermeria i ara s'hi troba bé, li agrada*).

I5: "Jo crec (*un dels joves*) que en els homes està claríssim que infermeria és una carrera vocacional. En les dones, que ja tenen el rol de cuidar/curar més adjudicat potser és més fàcil que pensin en professions que comporten aquestes tasques però en el cas dels homes hi ha d'haver una vocació expressa, que surt d'un mateix; la societat no t'hi aboca, com podria ser en el cas de les dones/infermeres.

I6: "Per a mi, és vocacional, vaig fer infermeria perquè és el que volia i m'agradava. No vaig mirar ni les sortides laborals, ni les condicions econòmiques..., nosaltres érem un grup que tothom ho sentia així, però dins el meu curs n'hi havia d'altres que sí tenien molt en compte la sortida laboral. Per mi, és la professió més maca i no estic d'acord amb el que ell ha vingut a dir que *ja que no puc ser metge faig infermeria*. Penso que metge és una cosa i infermer una altra, encara que s'interrelacionen i treballen conjuntament".

I5: "Al que me referia jo abans és que el metge/infermer seria com arquitecte/aparellador, carrera curta/carrera llarga, als dos els agrada el món de la construcció, del dibuix però escullen camins més curts/carrera tècnica o més llargs/carrera superior. Jo no volia dir que els infermers fossin metges frustrats".

I7: "Pot passar que, alguns, volent ser metges, han començat per la carrera d'infermeria i, poc després, han passat a medicina".

I8: "Vegem, jo vaig començar un any abans infermeria que medicina, vaig arribar a 5è de medicina i no ho vaig acabar. No vaig voler acabar o les circumstàncies llavors no m'ho permetien. El fer de metge implica una altra manera de fer les coses, d'implicar-t'hi, quasi una altra manera de viure".

I3: "Jo, personalment, vaig escollir la professió d'infermeria pel fet de voler ajudar,, de tenir cura i d'ajudar a persones que tenen carència de salut. Com que els temes de salut m'agradaven molt, vaig pensar que l'àmbit d'infermeria és el que més m'ajudava a poder assolir aquests objectius".

I2: "Jo comparteixo el mateix que ell, és més, crec que és molt vocacional perquè si, per exemple, has acabat d'estudiar infermeria i et poses a treballar i veus que la feina no t'agrada... no crec que t'hi tiris més de dos anys".

I8: "Jo no tinc gaires novetats a afegir al que ja s'ha dit. El meu cas, vaig anar a infermeria per carambola, vaig pensar: vinga, ho provarem, ara ja hi som!. M'ha anat agradant. Jo ja anava amb la idea de fer una carrera tècnica, no m'agradava gaire estudiar i pensava que, en tot cas, sempre podia anar a més, continuar estudiant una carrera superior. Crec que s'ha de tenir vocació, t'ha d'agradar la feina".

(Les opinions sobre aquest tema i el dels aspectes vocacionals es barregen al llarg del debat, per la qual cosa, he intentat col·locar cada opinió al lloc que crec li correspon).

P: Com creieu que es veu la infermeria actualment?

I1: "Es veu molt més bé abans un practicant que no pas ara un infermer. A l'igual passa amb un metge, és molt diferent com es veia al metge abans de com es veu ara; igual com es veu al metge rural o com es veu al metge urbà, d'hospital".

I2: "Actualment, el metge també ha canviat físicament. L'altre dia vaig anar a una planta, hi havia una metgessa que va explicar al malalt i acompanyant, i, per cert, molt ben explicat, tot el que havia de fer al marxar d'alta; i, quan va acabar, salta l'acompanyant i diu: quan vindrà el doctor?".

I7: "La gent veu als metges com una figura d'homes i a la infermeria com la figura de dona. Això està passant encara actualment, sobretot, amb gent gran, més de 50 anys. Per exemple, tu demanes al malalt si necessita alguna cosa i si hi ha una metgessa per allà al voltant i a sobre és jove, doncs, el malalt demana el que sigui a ella, quan ets tu qui li has preguntat què volia".

I5: "Quantes vegades us han dit doctor?"

Moltes, contesten tots.

Es genera un llarg debat on pràcticament tots manifesten la necessitat (apart de gest obligat de bona educació) de presentar-se al malalt i acompanyants: em dic Santi, sóc infermer i estic aquí per cuidar-lo i atendre les seves necessitats. Tot i així, manifesten que molts malalts no acudeixen a ells, busquen la figura femenina, a la infermera. És com si no els hi entra al cap que un home pugui fer aquest tipus de feina.

I3: "Quan tu entres en un box o habitació tu et presentes i veus com les infermeres no tenen necessitat de presentar-se perquè el malalt ja sap qui són i quina és la seva tasca".

I8: "Quan ingressa un malalt a planta i la doctora fa l'ingrés: el visita, li fa preguntes..., quan ella marxa i jo me poso a fer les constants, el malalt me diu: bé, ara explica'm què tinc. Jo li haig de dir: no, miri, jo sóc l'infermer i li haig d'explicar la meva funció, que estic per ajudar al metge i al malalt. Ells me veuen que sóc un home i ,moltes vegades, més gran que, per exemple, la majoria de metgesses i els hi dec lligar més amb la figura del doctor/metge. Me costa fer-lis entendre".

I4: "Però un cop presentats els hi canvia el xip".

I3: "Hi ha els més joves que s'hi adapten ràpid i els més grans els costa més".

I1: "Siguin infermers o infermeres crec que cal una presentació al malalt, així sempre ell o la família saben ubicar-se millor".

I2: "Segons amb quin tipus de malalt treballes, si està desorientat, ja et pots presentar quatre o cinc vegades...".

I5: "A mi m'interessa identificar-me perquè sinó me pregunten de tot, tots els problemes: què té, quan li donareu l'alta..., i jo penso, ui! pari el carro!.

I2: "A la gent gran, la paraula infermer els desorienta. Jo, a vegades, els hi dic: sóc ATS; llavors, s'ubiquen més fàcilment. O bé, els hi haig de dir: sóc el practicant i llavors me diuen: ah!, haver-ho dit abans!".

I1: "En àrees rurals els hi costa encara més, tenen fixat la idea del practicant. Es que abans l'infermer era el zelador. Per molta gent, l'home en el món sanitari o bé és metge o bé és zelador. Jo treballo de fisioterapeuta juntament amb un altre infermer, jo vesteixo amb pijama blanc, ell de carrer, porta corbata i la bata blanca a sobre; doncs, per a la majoria de la gent ell és el metge i jo el zelador".

I6: "Jo, a vegades, per anar més ràpid els hi dic: miri, jo sóc la infermera".

I3: "Per alguna gent som com un recurs, després de ser informats pel metge es dirigeixen a tu i pregunten: *què m'ha dit?*".

I5: "Els metges ara parlen un llenguatge poc entenedor per als malalts. Abans deien: *s'ha ferit*, i tothom sabia què volia dir això. Ara els hi diuen: *ha tingut un ictus* i la gent no sap què és i volen que tu els hi expliquis".

Tots plegats fem la reflexió que el problema principal d'aquest embolic que es fa la gent, és una qüestió d'educació, de les marcades diferències de rol home/dona. Que malgrat els progressos no acaba d'aclarir-se.

Queda clar que aquesta dificultat a l'hora que la gent entengui i accepti la tasca d'infermer passa a tots nivells però, sobretot, a les plantes d'hospitalització i a serveis especials, sobretot, urgències i UCI.

I4: "Jo al servei d' urgències, tot sovint, haig de dir: sóc l'infermer i la meva funció és aquesta, aquesta i aquesta. Sinó la gent no s'ubica".

I7: "Jo m'he trobat, alguna vegada, que me diuen: *ja ha anat a avisar a la infermera?*, i es refereixen a l'auxiliar".

I2: "Jo penso que potser sí hi ha una mica de lio però jo no n'hi trobo tant. La majoria de nosaltres portem la tarja d'identificació penjada i, sobretot, la gent jove ho llegeix i sap qui té al davant. Ara la gent gran desorientada...". Crec que la gent gran no estan tant al cas però jo veig que la gent quan arriba a planta i els familiars no et dic res!... estan molt al lloro i be que saben qui li ha posat allò o qui li ha posat això".

I4: "La meva experiència al servei d'urgències, m' adono que és cert que poca gent porta la tarja d'identificació però he observat que les metgesses, sobretot les més joves, entren al box i amb veu ben alta diuen: *soy la doctora Begoña...* I si ho fa és perquè és una dona metge perquè els homes metges poques vegades s'identifiquen, moltes vegades, ni saluden al malalt, quasi ni el miren a la cara".

En general, no troben cap diferència en el tracte infermer/metge o infermer/metgessa. Tampoc creuen notar diferència de preferència per part del metge a l'hora de dirigir-se cap a l'infermer o cap a la infermera. Potser els metges més grans prefereixen a la infermera/dona.

I5: "Potser el que he observat és que el metge quan prescriu un malalt a l'hora de fer una petició diu: no et preocupis ja l'ompliré jo i hi posaré les etiquetes; quan es tracte d'una infermera espera que sigui ella qui faci aquesta feina".

I3: "El metge amb la infermera/dona s'hi veu més en cor, en canvi, amb un infermer i si el veu un xic gran, no s'hi atreveix tant".

I2: "Històricament sí que hi ha hagut una diferència claríssima. Jo recordo al primer any, a la Universitat de Barcelona, a la inauguració de curs, el director va fer un discurs on presentava a la infermera com a una flor, una flor pel metge; i allà érem homes i dones, clar que moltes més dones que homes. Això abans es notava molt i els empipava tenir un tio. Ara ha canviat molt, ara els homes infermers han aconseguit fer-se respectar més".

I6: "Jo afegiria, en la relació metges/infermers que, sobretot si els metges són joves, notes que treballes més en equip, et pregunta i té en compte la teva opinió sobre qüestions del malalt".

Tothom està d'acord amb aquesta opinió.

I7: "Jo he observat que si ets infermer/noi la gent et situa en serveis determinats: o bé a trauma o bé a serveis especials. Us passa això?".

I4: "Jo el que sí he experimentat és que les infermeres amb més galons o amb més batalles quan et veuen començar t'agafen i et diuen: *ui!, tu, a urgències o a trauma...!*".

I2: "Quan jo vaig anar a treballar a Bellvitge immediatament me varen destinar a sala de guixos o a RX. Més endavant, vaig suggerir que m'agradaria canviar i m'agradaria anar a planta, tothom me deia: *ja t'hi adaptaràs a planta!...?, tu ets un noi, ets en Quim, vols dir que hi estaràs bé?*. Hi vaig anar i des de llavors

estic a hospitalització. Era una cosa estranya que un home tingués inquietud per conèixer la vida de planta".

I4: "Hi ha coses ben estranyes: les comadrones totes són dones, en canvi, els ginecòlegs fins fa poc, tots eren homes".

I6: "Jo crec que el tema dels rols va canviant; cada cop, es veu més normal que hi hagi un home que faci d'auxiliar. Però fa uns anys, jo vaig anar a treballar d'auxiliar a la clínica Girona i era una cosa que... casi un escàndol, vaig pensar: aquí no hi aguantaràs pas. Més que per part dels directius, els problemes me varen venir per part de les meves companyes auxiliars; les infermeres tenien més tolerància i més comprensió, però les auxiliars només deien: *mai hem tingut cap auxiliar/home, com ho farem!?, com és això!?*; jo vaig pensar: ai Déu meu!. Al final tot va anar bé però va ser dur. En un altre lloc, me vaig presentar i vaig sentir tants comentaris que... m'ho vaig passar molt malament!, parlo de l'any 1988. Un cop vaig començar a treballar, al cap de poc tot va anar molt bé. Ara quasi és la cosa més normal, que és com té que ser però abans era com trencar una llança. Quan vaig començar aquí a l'hospital, érem pocs infermers, ens miraven com una cosa exòtica però no vaig tenir cap problema".

I4: "Jo vaig acabar a l'any 1995, vaig preparar el currículum i el vaig portar al director de la clínica Girona i me va dir: *sí, deixa el currículum i ja et trucarem; però t'haig de dir que aquí tenim una filosofia de treball i com que ets un home és molt difícil que et truquem*".

I8: "Jo me vaig presentar a dues clíniques privades de Girona i me vaig oferir per treballar amb el currículum en mà i me varen dir immediatament: *no, no, no et necessitem!*. Me vaig sentir tan malament!, tan frustrat!..."

Tots comenten que han passat per situacions semblants, sobretot els més joves que encara no tenen feina fixa. Creuen que els rols encara estan molt diferenciats i que a tots nivells falta encara canviar el xip.

I2: "Diferències n'hi ha hagut a tot arreu. Jo fa anys vaig treballar a Suïssa i me cridaven per sondar els homes".

I5: "Fa poc, abans d'acabar la carrera, per la temporada d'estiu jo m'oferia a treballar d'auxiliar però rarament me contractaven; en canvi, sí ho feien per zelador".

I7: "Quan sents per la tele que les dones estan discriminades per qüestions de treball, jo penso: cony!, jo m'he sentit discriminat des que he acabat la carrera d'infermeria!".

Diuen no tenir cap problema amb les infermeres pel fet de ser homes. Algun diu que tot el contrari. Diuen que això sí, has de demostrar que saps fer tots els tipus de feina com elles.

I4: "Ens posem a fer llits jo a un costat i ella a l'altre i no hi ha cap problema. A vegades, fem conya, si no fas la gira bé dius: això la monja no m'ho permetria.... O també, et fan la conya dient: *a casa teva ja fas el llit tan bé com aquí?*".

I2: "A vegades, estan més contentes perquè un moment determinat fas la força del zelador".

I3: "Doncs a mi me va agradar el fet que un dia ens vàrem trobar en haver de reduir a un malalt agressiu i les infermeres no varen recórrer a mi com a home (per qüestió de la força masculina), sinó que varen avisar als guàrdies de seguretat. Això és un signe de normalitat, la meva funció és la mateixa que la d'elles".

Comenten que també sorgeixen problemes deguts a les diferències entre cultures, per exemple, els musulmans no els agrada que els toqui cap dona (per a ells la dona no és un ser humà, diu un del grup) i les dones musulmanes els preocupa molt que les visiti un home.

P: Com veieu el tema de com compaginar la tasca professional amb la tasca domèstica?

I3: -"Jo treballo moltes hores. Á vegades, me passo 14 hores a l'hospital. Pels matins estic a hospitalització i per la tarda faig treball de recerca. A casa meva ara les coses han canviat molt, va ser casar-me i tenir una bessonada, hi ha molta feina però jo puc estar poc a casa. La meva dona s'ho ha de menjar tota sola".

I7: "Es la típica conversa que es té amb les companyes de treball. Jo estic molt a favor de l'alliberació de la dona però..., vosaltres sou conscients que quan pel matí sortiu de l' hospital no podeu dormir: portar els nens a escola, portar la casa, el marit..., és molta sobrecàrrega; i l'alliberació...?".

P: I vosaltres no us hi trobeu que sortint del treball heu de fer alguna feina domèstica?

Riuen quasi tots (posant cares de desconcert i mig avergonyits).

I4: "Jo sí".

I2: "Abans quan jo era petit, la meva mare deia: *nena ves a buscar el pa*. Les mares protegien al nen de tal manera que no volien que féssim cap tasca domèstica, era cosa de nenes!. Encara ara passa. També se sent aquell comentari de: *mira a casa la mama no es feia ni el llit i ara casat fins i tot planxa!*. Jo ara visc molt bé perquè tinc la mainada molt gran i som la meva dona i jo. Però abans, jo treballava molt fora, arribava a casa tard però si hi era a temps banyava a la mainada, els acabava de preparar el sopar... Ara els meus fills s' enrecorden i me diuen: te'n recordes pare quan ens rentaves i jugàvem a la banyera...!. Jo arribava al vespre i la meva dona intentava mantenir als nens desperts perquè poguessin veure el pare. Però era tard i estaven malhumorats de son i un bon dia se'm va encendre la llumeta i vàrem canviar de rotllo: me posava el despertador un quart d'hora abans de l'habitual per ells i per mi, i m'aixecava, els anava a despertar, els hi rascava l'esquena i jugaven un xic. Encara ho recorden"

I1: "Jo penso que també aquí hi entra l'acceptació de la parella. És una professió de moltes guàrdies, treballar molts dissabtes, diumenges, Caps d'Any, Nadals...Llavors, es tracta d'organitzar-ho i dir: aquesta és la meva professió, jo l'he escollida i a partir d'aquí organitzar la teva vida diària amb l'acceptació de la teva parella".

I5: "Suposem que tu treballes les mateixes o més hores que la teva companya o company (hi ha qui puntualitza: *o menys hores*), o treballes tardes depenent de la teva companya... tu...; després cada casa és diferent, perquè mira..., aquí ens trobem 8 persones i difícilment ens trobarem un cas igual. Saps el què vull dir?, poc temps que tens, l'has de compaginar amb la parella, t'has d'afanyar... és complicat".

I6: "Quan treballes caps de setmana, els nens han de sortir amb la mare sola".

I8: "Veiam si esteu d'acord amb mi, jo trobo que a diferència de les infermeres, el nostre rol d'infermer és més assumible. Marquem a l'agenda l'horari, distribuïm les activitats i ho fem tot fàcilment assumible. Jo he detectat, al llarg del temps que porto treballant, que un tant per cent important de companyes de treball agafen un rol inassolible i el porten a terme!. Aquí està la diferència. El mateix horari, les mateixes hores de treball, nosaltres ens ho organitzem amb

temps necessari; en canvi, moltes d'elles quan surten del treball de seguida han d'enganxar amb la feina familiar sense respir. Jo, per exemple, a casa sóc l'encarregat de la compra, me sé tots els preus d'aquí i d'allà però és una tasca que hi puc dedicar tot el temps que calgui. Però es que veig companyes que *viuen sense vida*; fan la jornada laboral de 7-8 hores, més la jornada d'unes 8-9 hores dedicades a la casa i família, més desplaçaments.. i és que les hi queden 4 hores per dormir...!(qui parla un infermer de torn de nits). Viuen la problemàtica dels fills , la de la casa , el pago de la hipoteca, han de cuidar als avis malalts.... Els marits hi són i col·laboren però el pes més gros se'l emporten elles. Penso que això és així perquè elles arrastren el rol que sempre les hi ha donat la societat de cuidadores. Les dones i,si a sobre són infermeres, són les que ho tenen més malament. No sé si coincideix amb això que dic?..."

Tots diuen que hi estan d'acord.

P: Us trobeu amb la situació d'haver de cuidar familiars grans dependents?.
Contesten dient que això és un altre problema però cap d'ells diu clarament que faci aquesta tasca.

I4: "De cinc germans, si entre ells hi ha una noia infermera ja està ben clar a qui li tocarà!..."

I2: "A casa, quan algú reclama una feina d'aquest tipus, la meva dona diu: deixeu a l' Hilari que ell va molt atrafegat!, aneu al metge que és qui us ha de visitar".

I3: "El rol de servitud de la dona està més arrelat, en canvi el rol de l'home, inclòs el de l'infermer, hi ha més excusa".

I5: "Jo, a vegades, penso: on l'alliberament de la dona?... Està clar que no ha d'estar tancada a casa cuidant de la família, sense participar de la vida pública però també crec que no pot viure amb aquesta pressió laboral".

I7: "Nosaltres (*diu un dels joves*) crec que tenim assumit que a casa s'ha de col·laborar: comprar, plegar roba... També hi ha etapes: quan toca canviar panyals...Hi ha gent que ho passa molt malament, per exemple, a l'estiu que no hi ha escola, els pares han de fer invents..."

I6: "A vegades, veus a la feina com algunes infermeres van molt cansades, ja venen cansades de casa, estan distretes, esgotades, poc concentrades. Porten la ressaca no ja només d'aquell dia sinó que és acumulada".

P: Penseu que l'administració hauria de prendre més mesures, de les que ja hi ha, a fi de millorar la conciliació familiar i laboral?.

I7: "És important que hi hagi una guarderia al lloc de treball i que estigui oberta en una franja horària àmplia que abarqui tots els torns".

I3: "Més guarderies municipals".

I6: "Les guarderies municipals et valen més de les 4.000 ptes. que et donen a l'hospital".

I4: "Hi poden haver altres mesures del tipus de compatibilitzar torns. Per exemple, el meu cas, que tant jo com la meva dona treballem aquí a l'hospital, doncs, ens hem tingut de muntar sempre per no coincidir. Un treballa un cap de setmana i l'altre treballa l'altre cap de setmana, a fi de que sempre hi hagi un o altre amb els nens, igual passa amb les vacances. Llavors el que passa és que no et veus mai amb la teva parella, els nens no et veuen mai junts. Els nens viuen una situació rara, diferent a la de quasi tots els altres".

I1: "Una guarderia oberta tots el dies de l'any inclosos els caps de setmana alliberaria a la dona i també a l'home".

I2: "Alliberaria a l'home i a la dona, nosaltres sempre hem treballat tots dos i cap hem fet doble jornada".

Hi ha qui insinua que potser l'empresa només cobriria la guarderia en el cas de les dones. Hi ha exclamacions donant per suposat que possiblement seria així. Jo, molt sorpresa, pregunto que si això pot ser veritat.

I6: "El fet que es pugui pagar la guarderia també als homes només passa a l'hospital Trueta. En tot l'ICS només contempla aquesta mida per a les dones, això, és una sentència del Constitucional; o sigui que ja et pots manifestar... no hi ha res a fer. Aquest tipus de discriminació existeix. A l'any 90 a l'hospital Trueta, arran d'un conflicte col·lectiu que es demanava que també es pagués als interins, homes i dones, llavors la sentència va sortir així".

I8: "Si aquí hi hagués una guarderia normal, segurament que molta gent que demana excedència, permisos sense sou, mitges jornades o etc. ja no tindria necessitat de recórrer a aquestes solucions. A l'empresa li sortiria a compte i tots els demés també".

I4: "Nosaltres seguiríem treballant igual. A l'empresa potser li costaria un xic més però no vol, perquè saben que nosaltres seguim pencant, malgrat totes aquestes penes".

Es comenta que es guanyaria en nivell de qualitat però altres diuen que l'empresa no valora això.

I6: "Segur que es guanyaria en qualitat perquè mireu, jo m'he trobat treballant en una planta i al llarg del matí han passat 3 persones diferents atenent els mateixos malalts (vol dir tres persones en permís de terços de jornada).

I8: "Nosaltres tenim l'etern problema que al tractar amb gent i a sobre malalta no podem prendre mesures de força per intentar que se solucionin els nostres problemes. Els mestres envien els nens cap a casa i així fan pressió per les seves reivindicacions".

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 7

Grup de discussió: Metgesses

Número de participants: 7

Durada: 95 minuts

P: Persona que dirigeix el grup

I: Informadors

P: Penseu que la vocació és un element important o, fins i tot imprescindible, de les professions sanitàries i, concretament, de la medicina?

I1: “Jo sí que puc parlar de vocació de ser metge, doncs, des de l’adolescència que volia ser metge per anar a l’Àfrica, encara ara em queda quelcom de romàntic quan penso en el fet de ser metgessa.”

I2: “Jo en el meu cas, també és per vocació, des de que feia batxillerat veia el metge del meu poble i jo volia ser com ell, volia tenir el reconeixement de la gent com ell tenia...”

I3: “ Jo no vaig tenir ningú que m’influís per a ser metge, sí que vaig veure una professió que combinava el fet de ser humanitària amb la ciència i, per això, la vaig escollir i ara encara penso el mateix”.

I4: “A mi, tampoc em va influir ningú, només tenia un oncle que ho era i no em va influir. Un dia, encara era petita, vaig anar al metge del poble i quan estava a la seva consulta li vaig dir que volia ser metgessa quan fos gran i es va posar a cridar com un boig: no ho facis mai, estàs boja voler ser metgessa!! La gent de fora quan vaig sortir de la consulta se’m van quedar mirant com si vés a saber què m’hagués passat. Quan estava estudiant també pensava en anar a treballar a una ONG per ajudar a la gent i quan estava acabant la residència també ho pensava, però, després no ho he fet .”

I5: “Jo vaig estar valorant totes les professions per a estudiar i ,finalment, vaig escollir-la també sense saber molt bé el que era, no crec que es necessiti vocació per a estudiar la carrera, sí per a treballar, sobretot, amb les condicions en què treballem, moltes hores seguides.. sobretot, s’ha de tenir vocació i ser molt bona persona per a treballar de metge, escoltar als malalts sense perdre mai el capteniment, escoltar a tothom,... el meu pare deia que jo des de petita

ho deia que volia ser metgessa... ara és molt difícil a l'entorn on treballem, tens molts malalts, t'has de barallar per aconseguir de tot, t'has de barallar per aconseguir un TAC o una altra prova, ...”

I6: “Ser metge és una opció de vida, ser metge no és treballar en una professió com una altra, no és treballar unes hores en un banc i després marxar... ets metge les 24 hores del dia.. si tu ets metge després de marxar de l'hospital, a casa, amb la teva família, amb els teus veïns, ... si un treballador normal el dividres plega de la feina i s'oblida de tot.. si et metge continues... si el teu pare es troba malament et telefonen, o el veí... tu ets metge sempre, tota la vida...”

I7: Bé, has de ser molt bona persona; moltes vegades, has de consolar un pacient, li has de dir una mentida perquè la persona no pateixi ... però el que es valora, actualment, no és el metge humanitari sinó, tot el contrari, el que es valora és el científic”.

I2: “Jo, de petita, ho havia pensat però el meu pare (que és metge) no m'ha influenciat, dubtava ,doncs, a mi sempre m'ha fet cosa veure la sang i això m'ho va fer pensar... però la gent em deia ja t'hi acostumaràs i si no agafes una especialitat de cirurgia tampoc és per tant i és veritat ja m'hi estic acostumant...”

I5: “Jo no la vaig escollir per vocació, jo en aquella època era molt ignorant...en aquella època, jo volia estudiar farmàcia, era una de les coses on et podies col·locar, però farmàcia tenia molta bioquímica i a medicina llavors no n'hi havia, s'estudiava només el cicle de Kreps i para de comptar, ara ha canviat molt i s'estudia molta més bioquímica”.

I4: “Jo la professió de ser metge la veig com la de mestre, per ser mestre també s'ha de tenir molta vocació per aguantar a tants nens... el metge i el mestre són professions semblants.. en les que s'ha de tenir vocació, són diferents però s'assemblen, .. la gent et demana consell... et diuen i vostè que faria??... Aquesta feina però està reconeguda encara socialment però està molt mal pagada, estàs moltes hores treballant i no està ben remunerada la feina que fas... tu vas al notari i per una signatura el que et fa pagar.. aquí estàs de guàrdia moltes hores i la feina no està reconeguda econòmicament. Estem moltes hores seguides de guàrdia i no podem descansar al dia després, encara no he lliurat mai després de la guàrdia, ara s'ha guanyat ,però jo encara no he

marxat mai de l'hospital al matí després de la guàrdia...a més, la gent pensa que has de ser així, humanitària i que no pots reposar”.

P: Penseu que aquesta professió té reconeixement a nivell social?

I1: “Reconeixement encara en tenim... però no gaire, segons el lloc, per exemple, quan anem a fer consultes a l'ambulatori,... la gent no vol esperar, es queixa i diu “és que porto moltes hores esperant-me!!” i tu penses” jo porto des de les 9 del matí i són les 4 de la tarda i encara no he dinat!”, i diuen” i jo pago” i jo dic “també jo pago”.... són molt exigents... també ara són molt desconfiats, sobretot, pel fet de ser dones.. i passem visita i et diuen” quan passarà el metge?” i jo dic “jo sóc la metgessa...” ens sentim satisfetes... generalment, sí, bé, a mi depèn del dia que m'ho pregunten....”

I7: “ Ara la medicina ha canviat molt, abans la gent tenia molta més ètica, abans es curaven amb la paraula, ... ara no és així, la gent no vol que els hi organitzis la vida, la teva paraula moltes vegades ja no té el valor que tenia.... Quan emmalalteixes molt sovint és perquè tu has decidit d'emmalaltir i és molt difícil de curar, estem parlant d'algunes malalties, la malaltia no va sola, forma part de la persona, i la persona vol estar malalta..”

P: Penseu que en la pràctica de la medicina i en el món assistencial hi ha diferències de gènere?

I6: “ Jo no he aconseguit ,amb els tres anys que porto, que algú em digui doctora ni quan em presenten al gerent, sempre em presenten com la Maria,... o també és freqüent que el malalt et cridi “nena”..... Al metge és difícil que li diguin “eh nen!! eh maco!!”... a vegades, també et diuen pel nom... bé, és bo una certa confiança però ,a vegades, tanta confiança és dolent... a mi el que em fa gràcia és que els “colegas” et diguin doctora, jo els dic el meu nom és Pilar...o et diuen doctora Teresa..., ells ho diuen com si ...tu també hi has arribat eh!!. Bé, el que també és curiós és que tots els caps de servei són homes,”.

I3: “Jo vaig estar treballant en un hospital a Londres on tot eren dones, el va fundar una dona per misogínia, volia realment ajudar només a les dones en uns moments que hi havia moltes dones amb problemes ginecològics, allà no hi treballava cap home ni es tractava cap home... era molt curiós.”

P: Què penseu de la conciliació familiar? Teniu fàcil compaginar la feina amb les responsabilitats de casa?

El tema de la conciliació del treball remunerat amb les tasques domèstiques genera un seguit de comentaris:

I5: “És molt difícil fer compatible aquesta feina amb la cura de la família realment, doncs, perquè és una feina sense cap horari... jo tinc un horari i és difícil fer compatible la feina amb la cura dels nens, jo tinc dos fills i em resulta molt difícil fer-ho compatible. Realment, les dones som de tot, som treballadores a fora, som mares, esposes, filles..... som com diuen ara unes “superwomens””.

I1: “ Per canviar el problema de les dones s’haurien de canviar els valors socials.. i també professionals, el govern ho ha de fer..”

I6: “ Les dones han de demostrar sempre, han de fer tot el dia un sobreesforç físic i mental ,doncs, sempre han de demostrar que ho poden fer tot, tant o més bé que un home”.

I2: : “El que passa ara és que la gent gran ja confia més amb la gent jove, i alguns ja et demanen i et diuen no, millor aquella doctora que és jove i en sap molt.”

Aquest comentari no es vist amb gaire bons ulls per part de la resta dels grup i manifesten amb expressions facials que no hi estan d’acord.

I4: “Ara ho tenim molt difícil, fa uns anys hi havia països que pel sol fet de tenir fills podies viure només de l’estat, ara estem en èpoques de les vaques flagues. Aquí no hi ha diners i el que passa és que hem passat d’una societat molt patriarcal, tant si el que manava era un home o una dona, molt piramidal i aquí ho tenim difícil, doncs, hem de tenir cura de tothom...Al nord d’Europa ja no és així, hi ha una societat molt productiva, els vells van a un centre i ja les dones ho tenen molt assumit ...aquí quan operen una persona hi ha vint familiars esperant, al nord, només n’hi ha un si és que hi ha algú.”

I1: “Els nostres pares contribueixen encara, a nivell familiar, sobrecarregant a les dones, que si la mare, que si l’oncle.....i ,així, amb la tira d’obligacions. Ara ho tenim molt malament aquí en el nostre país.”

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 7

TRANSCRIPCIÓ DE LES ENTREVISTES

ENTREVISTA NÚM. 1: Director Escola Universitària d'Infermeria

Perfil: Persona d'uns cinquanta anys amb una experiència professional de 25 anys de durada realitzada en àmbit assistencial, de gestió hospitalària i atenció primària. Els darrers 10 anys, està de docent en una Escola Universitària d'Infermeria.

P: Estàs content de ser infermer J.?

R: Jo, personalment molt, sempre.... tant quan estava en el món assistencial, d'uns 17 anys de clínica, com fins ara...diguem-ne que jo sempre m'he sentit molt realitzat, i ha sigut una opció que, naturalment, ara ja amb una perspectiva de 25 anys encara dura, que té dificultats, que té dificultats de desenvolupament professional, però per sintetitzar-ho i sobre tot per concretar la pregunta sí.

P: Creus que el col·lectiu d'infermeria és un col·lectiu prou fort, prou íntegre?

R: Precisament aquí sóc més crític, precisament sóc molt crític...i a veure, que no se m'interpreti malament, perquè és clar tu ets una dona i jo sóc un home i.... Jo crec potser que aquesta crítica, moltes vegades, he pensat que venia donada perquè la dona, per la seva condició clàssica, que no vol dir que tingui que ser forçosament així, naturalment no vull dir que hagi de ser així evidentment jo no ho comparteixo, i és que la dona que és infermera i que treballa com a tal professional i després que normalment en el seu àmbit personal i familiar exerceix també un doble rol paper de portar la casa, és qui d'alguna manera governa la casa, la que porta la cura de la casa, dels fills, a vegades dels pares, doncs lògicament, per a mi, crec que això condiona i que llavors fa que curiosament en un col·lectiu tant ampli de professionals dones, qui estigui d'alguna manera governant el col·lectiu professional siguin homes i que aquest col·lectiu professional que són homes precisament siguin homes prou llestos en el meu entendre i això fa que jo evidentment jo sigui extremadament crític davant d'aquesta situació. Jo crec que com a col·lectiu hauríem d'haver fet molts progressos, i crec que certament n'hem, però per a mi..... en el meu entendre, a veure..... segur que hauríem tingut que agafar altres camins, altres perspectives, altres volades i altres maneres de fer molt més implicats i més transparents en altres sentits i això pel que sigui no ha estat possible, i, en aquest sentit.....la veritat és que jo en sóc crític

P: I a nivell de responsabilitat de la infermera, a nivell de la seva posició dins els organigrames de les institucions o pot ser pel seu paper en gran part delegat d'un altre professional fa que la infermera deixa una mica de banda el

protagonisme o aquesta responsabilitat que la seva professió li pot donar i sembla passar una mica de puntetes.....

R: Aquest és un problema preocupant, però sobre tot des de que estic en el món docent sempre he intentat perquè m'ha semblat que aquí com a lloc d'on, evidentment, vindran les noves generacions hi ha un tema, que en el meu entendre hauria de canviar. Jo crec que el col·lectiu és molt dispers que hi ha gent que prové de molts nivells formatius, de molts interessos.... Crec que nosaltres hem de ser com a professió autònoma i com a autònoma la infermera ha de tenir responsabilitat, ha de treballar en equip, amb d'altres professional, perquè tothom hi dona un valor afegit. I si això ho fes tothom bé donaria un valor en positiu perquè així es poden atendre millor a les persones que precisament jo crec que és l'objectiu col·lectiu de tots els professionals sanitaris. Eh..... a veure, recentment, amb el nou nomenament de la nova consellera de sanitat eh.....jo li he dit personalment i públicament el dia que va venir a presentar els objectius que els docents teníem com una espècie de frustració perquè nosaltres ens he semblava que preparaven a una sèrie de professionals amb uns determinats recursos i competències i quan lamentablement el sistema sanitari aquest no les "aprofitava" a les infermeres totalment, lo qual ens provoca una sensació de dificultat no, de dificultat...ja que penses amb il·lusió que estàs preparant a unes persones amb una determinada línia i després hi ha com un xoc perquè aquestes persones se integren en el món laboral o en l'estructura del sistema de salut i en el meu entendre moltes adopten aquell paper de rol dependent, es vinculen i tenen responsabilitats però hi ha molta gent que s'acomoda degut a que el sistema de salut, en el meu entendre, facilita l'acomodació. Això fa no hi hagi progrés professional i per mi això és una dificultat i crec que el paper de la infermera s'hauria de difondre. Jo crec que... per exemple alguns professor de l'escola hem tingut a vegades un debat formal però més col·loquial sobre si caldria preparar a l'alumna sabent el que realment es necessita el sistema sanitari en relació amb la professió infermera. Que marquem uns determinats nivells perquè sinó és això és com una caixa de frustracions...no?. I en el meu entendre això seria molt convenient saber-ho sobre tot cara el futur, tractar aquest tema i justament ara que estem davant canvis formatius perquè si estem creant unes expectatives, unes determinades il·lusions i després el sistema només vol "practicons", en el sentit no totalment pejoratiu de la paraula, doncs pot ser ens estem equivocant.

P: J., quan dius que quan l'estudiant obté el títol de diplomada i s'incorpora al món laboral sembla que el sistema ja li va bé aquesta pràctica de responsabilitat diluïda, en què fonamentes aquesta afirmació, què vols dir?

R: A veure!....evidentment això no te arguments contundents..... hi ha llocs que passarà més que en altres.....jo crec que és una mica una doble situació. És a dir, per una banda el sistema sanitari, possiblement, no acaba de definir i de concretar les responsabilitats professionals, i per una altra banda, en aquest sistema d'una certa indefinició sempre hi ha aquell professional que és una mica més avançat i el que és més acomodat. El que és avançat es, evident, que també es pot col·locar en primera línia i fer moltes coses, ser innovador, tractar molt bé a la persona, treballar en equip i ser un professional que tingui molt ben integrat el rol autònom, però per altra banda també trobem que hi ha un nombre de persones, per altra banda, que aquest paper no el té concretat o fins i tot pot ser no exigint pel sistema sanitari. És a dir a una infermera se li

hauria de dir escolti vostè el seu àmbit competencial és aquest i ha de fer això en un cent per cent, amb eficàcia i ben fet....no?... però és clar, diguem-ne que si no hi ha una necessitat implícita de rendir masses comptes llavors és molt fàcil, ja que la condició humana és buscar una postura més còmode, sense tant compromís, passar una mica per l'ombra.....

P: I aquestes raons més de context creu podrien tenir més a veure o alguna cosa a veure amb el fet de que una part important de la tasca ve donada per altres professionals, per exemple pel col·lectiu metge?

R: Bé....penso que sí.....però penso que no és definitiu. En els meus anys d'experiència clínica compartint espais amb metges i infermeres i altres professionals, jo he viscut situacions en les que he pogut constatar que els metges quan una infermera és professional, en el sentit professional de la paraula, se li te aquest reconeixement i allò que pot dir la infermera en un moment determinat allò senta càtedra, és una opinió sobre un judici clínic i no és mai qüestionat. Però per compte també he vist metges que el que volen es tapar a diferents infermeres que el que volen es progressar i els hi posen, diguem-ne, determinats pals a les rodes de la seva consideració professional. Jo crec que és una situació mixta que es dona en funció de múltiples circumstàncies però per a mi si una infermera tingués molt clar el seu rol, el seu paper, la seva autoafirmació de la professió, amb un col·lectiu darrera seria diferent. Però és clar si la situació és d'una clara l'ambigüitat com es dona en determinats llocs llavors trobem una manca de desenvolupament professional, en canvi hi ha altres llocs on la situació és normalitzada.

P: Hi veus alguna relació entre aquesta ambigüitat professional i el fet de ser dona. Sabem que la professió va ser exclusiva de dones fins gairebé a mitjans del segle passat i que poc a poc s'hi ha anat introduint l'home, hi veus alguna relació?

R: És possible.....és possible, és possible,....perquè a veure fins fa pocs anys.. les estructures de gènere eren molt clares i per lo tant el col·lectiu mèdic era, en un percentatge altíssim, masculí i el col·lectiu d'infermeria era, en un percentatge altíssim, femení i segueix sent-ho però aquesta situació està canviant. A veure....tinc un amic, per cert metge que el seu fill està estudiant medicina i l'any passat la facultat amb la nota més alta de Catalunya que és la del Clínic de Barcelona el 70% eren dones i el trenta per cent eren homes, això entre els estudiants de primer de medicina. Això ens està situant en un escenari totalment novedós, i que això d'aquí uns anys voldrà dir i que ara ja ho veiem en algunes especialitats com ara en l'àmbit de l'Atenció Primària de la salut i inclòs especialitats més clíniques, més diguem-ne que fins ara tenien el metges homes canviaran i seran dones les que les faran, ja que el percentatge 70, 30 marca una tendència radical, encara que pot ser amb d'altres facultats pugui ser 50, 50, o 60, 40 però el cas és que la professió mèdica s'està feminitzant. Per lo tant jo crec que hi haurà un futur diferent en aquest sentit.....

P: Creus que l'evolució de la medicina ha fet evolucionar a la infermeria o tanmateix la tecnologia, la veus com un element desenvolupador de la professió?. També m'agradaria saber el teu punt de vista referent a la opinió bastant generalitzada de que l'home infermer tendeix, d'una manera natural, a situar-se en els llocs d'infermeria més tecnificats, més especialitzats i alhora més allunyats de l'assistència directe. Què en penses d'aquesta distribució en el sí dels llocs de treballs infermers?

R: Jo crec que el que m'estàs preguntant jo també ho comparteixo amb un percentatge bastant alt. Jo crec que el progrés professional de la infermeria ha vingut per molts motius, però per una part pe l'avenç tecnològic. El que no sabria fixar és en quin percentatge però hi estic d'acord amb aquesta afirmació però no la podria concretar massa això. Si que la segona part de la pregunta, diria que la meva experiència personal i professional m'ha portat moltes vegades a veure que hi ha molts infermeres homes que han anat a serveis més tècnics i segur que això és cert. I per què?...doncs possiblement perquè en general a l'home la tecnologia li agrada, inclòs a vegades és qüestió d'habilitats....també que és més manetes en determinats aparells tecnològics.....També hi ha però també certes conductes de gènere que hagin fet que els homes infermers s'hagin trobat malament en cobrir certes determinades necessitat especialment quan estàs en un àmbit assistencial més d'atenció directe com tu em deies, en una unitat d'hospitalització, en un servei d'urgències, en un servei a on hi ha més persones. Evidentment si la pregunta me la faig a mi, a mi no m'ha representat cap problema i precisament he treballat en aquest àmbit més assistencial que tecnològic malgrat també els meus inicis també van estar en un cap d'aquest però mai he tingut mai problema però això és una qüestió personal i no significativa.

P: Les infermeres, pel fet de que la professió ha estat durant molts anys exclusiva de dones i de que socialment es te assumit el paper de dona cuidadora, creus que poden arribar a generar biaixos de gènere envers als infermers a l'hora de compartir tasques assistencials directes?

R: A veure, és possible...és possible clar aquí una mica el que preval és la meva experiència personal. Jo no he tingut mai cap dificultat o per lo menys jo no l'he percebuda el fet de treballar en companyes i la veritat és que he treballat molt temps sol amb companyes i només poques vegades en situació de 50 per 50, de companys i companyes. Més aviat sempre he estat en aquesta inferioritat. A mi em sembla que no he tingut mai aquest biaix i em sembla que hagi deixat de fer una cosa perquè tingués un rol més femení o més masculí. Jo diria mai m'he sentit exclòit, ni mai m'he autoexclòit però és clar això seria molt a partir de la meva experiència personal.....no sé.

P: Què en penses... que l'usuari li agrada més que el cuidi una dona o un home?

R: Jo diria que l'usuari te un gran conflicte i jo trobo, evidentment, eh....eh....que abans que les organitzacions identifiquessin els seus treballadors d'una manera més organitzada....jo sempre en els meus uniformes he portat que sóc infermer, perquè sempre a causa d'associar a l'home el rol de metge molts usuaris se m'han dirigit com si jo fos el metge i naturalment jo sempre he dit que no era el metge que era l'infermer. I sempre m'he identificat en les bates i en els uniformes com a tal. A veure, jo, personalment, també us haig de dir que no he tingut cap percepció ni positiva ni negativa, en el sentit de que mai ningú m'ha dit escolti vostè no....o....m'han fet alguns comentaris o he notat jo alguna expressió en ningú sentit ni positiu, ni negatiu. Jo diria que els hi ha semblat bé i que no hi ha hagut discriminació en aquest sentit, o al menys des de la meva modesta experiència. No ho puc analitzar genèricament.

P: Per què creus que la professió infermera, malgrat estar composta en els darrers anys per cada vegada més homes, segueix essent una professió encara molt feminitzada?

R: Jo crec que per això hauríem de regular una mica bastants segles endarrera en els que, evidentment, la dona ha tingut, i ara faig servir una expressió que no sé si és del tot correcte, un paper tradicional d'atendre als febles de la seva estructura familiar, la que fos...no?... i, per lo tant, sempre se n'ha cuidat dels infants evidentment per la seva funció reproductora que te incorporada i dels ancians, ja que la gent moria més jove i no hi havia l'esperança de vida d'aquests moments. Jo crec que aquesta situació s'ha perpetuat en els segles i per lo tant ha fet que això fos així, per lo tant a la condició del cuidar vinculada al gènere femení. Ara bé, jo recordo que en el primer congrés d'infermeria catalana de l'any 1982, ciutat de Girona i 1500 infermeres, la última taula anava..... el tema de la taula era si la infermera és una professió femenina, i jo era l'únic ponent masculí, i en aquell any ja vaig defensar bastant els mateixos postulats que estic parlant amb tu, és a dir, jo crec que majoritàriament és una professió femenina i que els homes si han incorporat més tard, però no hi veig cap problema amb aquesta incorporació d'homes. És cert que a Catalunya el percentatge d'incorporació és inferior als d'altres comunitats autònomes del nostre país però en tot cas jo crec que és així i no li veig cap dificultat. Jo crec que també la dona ha format part de la infermeria perquè en altres moments formatius, evidentment era quasi la sortida natural. Per sort aquest tema al socialitzar-se els estudis superiors universitaris avui dia la dona pot ser ingeniera i pot anar a la lluna, si em permeteu.....Però clar en l'època del franquisme, segons les dades, només podien fer de mestres i d'infermeres. I només hi havien "escuelas normales de magisterio" i una escola d'ATS. És clar, diguem que evidentment que hi havia dones que els hi hagués agradat llicenciar-se, llicenciar-se en dret, i estudiar carreres de lletres, però eren molt minoritàries, eren molt minoritàries.

P: Creus que la dona té unes condicions o qualitats especials o naturals per fer d'infermera?

R: És evident que en la infermeria la dona, no sé si fa millor la feina, però és evident que s'ha de tenir una determinada sensibilitat, unes determinades actituds davant la persona humana que jo diria que li fan estar còmoda i que la persona malalta també se sent bé cuidat per una dona però jo tampoc crec que se senti malament cuidat per un home si tot ho fa amb professionalitat i correctament, amb respecte preservant la intimitat de les persones, per lo tant no li veig una dificultat important ara jo crec que sí, que la dona se sent còmode i que evidentment té unes capacitats i uns atributs històricament reflectits o genèticament sustentats però "vaja" jo no he vist un conflicte important en aquest sentit...

P: I diries que la infermeria com a col·lectiu es sent reconegut per aquesta feina que la fa i la fa bé?

R: No, jo diria que no se sent reconegut i encara està molt d'ajuda, en tots els sentits. El col·lectiu infermer ha progressat, evidentment fa 25 anys que està en la universitat. Com a professor universitari haig de defensar que ens queda molt camí.... i ens queda molt camí en que el tots hi hem de posar molts esforços, i jo sempre he postulat una mica una argumentació basada en la feina micro. Si que abans deia que les organitzacions han de posar condicions a l'organització, han de marcar competències, però es clar també crec que hi ha el treball diari, el treball quotidià, el treball de les set hores ben fet per aquella persona que vol fer la seva feina correcte i per lo tant a partir d'aquí doncs també en irem guanyant camí,.....ens irem guanyant camí. Si

pretenem que tots el canvis i les solucions ens vinguin de fora això ho veig molt difícil. Jo lamentablement he sigut infermer i usuari i per lo tant en alguns moments de la meva vida he tingut d'estar visquent problemes de salut importants i realment m'he trobat amb infermeres molt potents no!, molt bones i jo crec que el pacient reconeix aquest bon professional que li dona suport i que l'ajuda a cobrir unes necessitats que té alterades i que veu que aquella persona realment li està fent una ajuda important per poder-se guarir, però el que passa que evidentment a la infermera encara socialment es veu molt com a dependent d'una altra professió que és la mèdica. No queda massa clar el seu rol autònom, bueno jo crec realment que els usuaris tenen una mica de confusió. Diuen infermera a qualsevol persona que porti una bata blanca o rosa, vull dir que no... que hi ha una mica de confusió en aquest sentit i que tots hauríem de fer qüestions per aclarir quina és la nostra feina, si ens presentéssim, si diguéssim que som la persona que el cuidarà aquella tarda, aquella nit, aquell matí...jo crec que guanyaríem espais de clarificació i professionalització. Però és clar....és que hi ha infermeres que no es volen presentar perquè clar si són infermeres d'aquelles que jo deia abans, que són infermeres d'aquelles que s'acomoden i que per lo tant es limiten a prendre la pressió i a donar dues pastilles.....Home! jo crec que per prendre la pressió i donar dos pastilles no cal tenir actitud d'infermera, ho pot fer una altra professional, no una persona del carrer, naturalment, però una altra tipus de professional. La infermera hi té que donar molt més valor afegit, molt més valor professional que només fer aquestes dues activitats, que en fa moltes més, això per descomptat, jo només ho trec com.....

P: I les institucions, com creus que veuen a la infermeria, sobre tot en quant al reconeixement col·lectiu?

R: Aquest és un tema que moltes vegades m'ha preocupat, perquè jo crec que les institucions veuen a la infermeria com una mà d'obra i no la veuen com un professional i per aquí aquest és un tema conflictiu que moltes vegades he parlat en determinades directores d'infermeria i amb alguns gerents....no?. A veure, jo crec que hauríem d'aconseguir de que no es veiés com mà d'obra sinó que es veiés com a professional. Si superéssim una mica aquesta situació jo crec que aniríem més bé no?. El problema, evidentment, és que en aquests moments hi ha molta demanda assistencial. Hi ha una situació de molta rotació en els hospitals, d'uns hospitals amb unes persones molts grans, alguns hospitals amb unes complexitats tecnològiques molt importants, i per lo tant es clar, jo diria que tota aquesta qüestió s'hauria, realment, de redefinir. Jo sempre he sigut molt partidari, pot ser perquè he sigut una persona que li ha agradat sempre de tenir les coses clares i organitzades, crec que les ambigüitats no ens porten a res no?... i per lo tant això que entre tots ho farem tot i que tots som molt amics.... però si algun dia hi ha un conflicte legal o hi ha un problema de responsabilitats no anirem pas bé. Jo crec que les organitzacions sanitàries hauríem de potenciar més a les infermeres i naturalment exigir-les més, es a dir no es tracta només de que es potenciïn en coses que s'han de potenciar com ara el reconeixement social, la retribució, facilitats de convivència en l'entorn familiar i professional. A veure, per contra evidentment, aquestes professionals tenen de ser això en lletres grans no ens lletra petita, ha de ser amb lletres grans. Jo sempre he pensat que no sempre hem d'estar demanant i no donant sinó que s'ha de demanar i donar. Per lo tant si aconseguíssim això en el meu entendre hi aniríem més bé.

P: Consideres que el fet que la infermeria sigui preferentment de dones hagi pogut influir en el reconeixement de la seva professió, en el seu desenvolupament i en el reafirmament individual i social de la mateixa . I també m'agradaria que parléssim del per què determinades professions que tenen una titulació, en quant a anys d'estudi, similar tenen una altra consideració social que no té la infermeria, malgrat, a vegades, com és el cas de magisteri, també estigui formada per un col·lectiu preferentment de dones?

R: A veure, jo crec... tornem a estar amb el mateix...fa una mica de mal dir que ho digui un home no?...però ja ho sustentaré. Jo crec que és cert, el fet que estigui constituïda per dones té a veure. El que és evident és que la dona, evidentment, és més dòcil, no tant reivindicativa i tota una sèrie de condicionants que te assumit aquest doble rol que possiblement està esperant que siguin les tres de la tarda perquè a un quart de quatre pot ser ha de posar una rentadora i a un quart de cinc ha de recollir els nens i després ha d'anar a visitar a la seva mare perquè té un problema. És una realitat social i potser sigui aquest un element que hagi afectat al desenvolupament professional però posant una mica l'exemple que tu em deies, posant els mestres que també és un col·lectiu molt assimilable en estudis i en feminització tampoc està gaire bé. En aquests moments els reconeixement i els prestigi dels mestres també crec que s'hauria de potenciar molt més no?. I per lo tant també els sento i els escolto i conec molt bé aquest nivell docent i també tenen dificultat. Però, per exemple, si tornen a portar una mica a l'entorn sanitari veig per exemple que col·lectius com les llevadores o els fisioterapeutes o els dietistes, sembla que per comparació amb les infermeres tenen més prestigi. Ho diuen en veu alta jo sóc fisioterapeuta, jo soc llevadora, mentre que sembla que les infermeres quan manifesten quina professió fan a vegades ho fan en la boca petita i no ho acabo d'entendre. I aquest és un tema que jo personalment hi dono moltes voltes.

P: Anem a parlar una mica de valors, quins valors creus que la societat hi veu en la professió infermera?

R: Home jo diria que la societat veu que és una professió de servei, que per lo tant les infermeres treballen a totes les hores i a tots els dies de l'any a torns naturalment, no sempre sinó seria insuportable. Veuen que hi ha altres valors com aquests una mica vinculats a aquests aspectes una mica feminitzants de dir l'amabilitat, la delicadesa, el tracte. Jo crec que la societat ho veu i ho reconeix....i segurament, naturalment són certes. Hi ha moltes dones, moltes infermeres dones que aporten aquests determinats valors. Per contra jo crec, que encara la societat segueix veient la infermera com l'ajudant del metge i per lo tant en medis de comunicació on hauria de tenir més influència, com ara la televisió, moltes vegades en determinats programes sempre l'han subordinat a aquest col·lectiu. No l'han projectat d'una manera que els col·lectius docents i altres col·lectius , com una professió que ha de tenir un rol independent i de col·laboració naturalment i de treball en equip amb els altres. Jo veig sempre aquest missatge de depenent de i per lo tant la societat també ho veu així. També crec que la societat està molt confosa no? i abans ho deia no? associa qualsevol persona que va amb bata amb la infermera i a vegades no ho és. Pot ser una administrativa, una dietista, pot ser una altra professió, i que totes són importants i dignes, però en tot cas aquest tema és de confusió. I possiblement algú hauria d'haver fet unes campanyes per explicar una mica què és el que fa la infermera. Aquest també és un tema que fa molt temps que li dono voltes. Jo

crec que la Generalitat , per exemple, fa un any i mig, va fer una campanya donant molt de cos al contingut dels mestres que abans deia que no estan gaire ben vistos socialment potser pels conflictes de la nostra societat actualment, i que d'alguna manera va fer que una aposta per dir que el mestre és el professional expert de la docència de l'ensenyament n0? i per lo tant li va donar un determinat valor. No se si hauria de ser la Generalitat, els col·legis professionals, tot i que no està en contradicció amb el treball diari micro i ben fet del que hem parlat abans, però jo crec que també s'hauria d'explicar el rol modern de la infermera del segle XXI. I ja ho he dit que no se qui hauria de fer-ho però crec que s'hauria de fer per clarificar les coses.

P: J., parlem de vocació. Creus que la professió d'infermeria és una professió vocacional, que s'ha de tenir vocació per fer aquesta feina?

R: A veure, segurament,no sé si exactament s'ha de tenir vocació però s'ha de tenir molt clar, primer que serà una professió de servei, i segon, que serà una professió que sempre estarà en contacte amb persones....i per lo tant, diguem-ne que quan fem una mica les jornades pels estudiants, les jornades de portes obertes o quan algú m'ha demanat o m'ha convidés que expliqués la professió d'infermeria sempre m'agrada donar aquest missatge. A veure! al tanto que et poses, si tu vols fer aquesta professió hauràs de contemplar aquestes vertents. I per lo tant, a veure, t'ha d'agradar. No sé com podríem definir el concepte vocació però jo crec que una part important hi te que ser, no sé quin percentatge. Jo per exemple, vaig ser infermer diguem-ne tard, doncs vaig estar influenciat d'alguna manera per la meva mare, que d'alguna manera no era, en absolut, una infermera professional però diguem que havia fet molt bé el rol de cuidar sobre tot els avis de casa. Quan jo, més o menys, vaig descobrir algunes coses en relació a tenir cura de les persones i a tenir un interès per aquest món sanitari evidentment ella em va fer veure aquestes qüestions, i que per lo tant em va dir tingues present això i lo altre. I per lo tant aquest component vocacional abans quedava molt clar que tenia que ser així. Ara no sé si avui, en el segle XXI, el desenvolupament de totes les professions haurà d'anar associat a aquest segell d'educació. No sé si es pot construir això, però en tot cas fins ara hi era, i jo crec que en un tant per cent elevat la infermeria és vocacional.

P: I la vocació seria un element que et fa mantenir en la professió d'infermera a banda d'altres condicionants com ara l'econòmic, d'independència, etc.?

R: Jo crec que sí, que fa que et mantinguis fent d'infermer. També és evident que les infermeres rebent un reforç positiu que fa o ajuda a mantenir-nos i ens carrega les piles per mantenir aquests aspectes professionals, vocacionals, de manteniment de la professionalitat que jo crec que es manté al llarg dels anys eh!. I que el feed-back de les persones ajuda a mantenir aquests paràmetres vocacionals.

P: Malgrat totes les dificultats que s'han expressat al llarg de la conversa de diferències de gèneres, d'un entorn laboral gens fàcil, etc., tornaries a estudiar infermeria si poguessis tornar a escollir una nova opció professional?

R: A veure..... jo soc molt inquiet i a mi sempre m'ha agradat molt el món de les lletres, de la geografia, de la història i la veritat és que aquest seria un cap que m'agradaria molt explorar i no el descarto d'estudiar pot ser quan sigui més gran i si tinc salut i el meu cervell m'ho permet d'engrescar-me en una cosa d'aquestes. Evidentment jo em sento totalment motivat. Tinc 25 anys de professió i pot ser no amb tota contundència tornaria a escollir infermeria però

si en un percentatge molt alt ho veig clar, però és clar en el moment en que has de triar és un entorn molt diferent.

Per deixar la resposta més clara diria que en un 75% diria que si i deixaria un 25% a altres possibilitats per explorar.

P: Recomanaries a algú fer infermeria?

R: Jo totalment...jo tinc moltes consultes en aquest sentit. A vegades han vingut famílies a aquí, que jo no conec de res, i m'han vingut els pares i mares a dir escolti això d'infermeres com va i quines sortides professionals tenen. Al llarg d'aquests sis anys a la direcció la veritat és que m'he trobat amb coses molt curioses, en quant a sorprenents. Companys d'altres facultats, que tenen fills i especialment filles que diuen escolta la meua filla està "emperrada" a estudiar infermeria, com ho veus. Jo sempre els he animat, Per descomptat que sempre he intentat ser honest en el sentit de dir aquests trets que han quedat reflectats en l'entrevista i home a veure! t'estàs posant en una professió de servei, una professió dura, una professió d'atendre moltes vegades amb persones malaltes, treballar en equip.... jo evidentment sempre he engrescat a que la gent si animés. A veure!... la meua valoració general és positiva no és negativa, el que passa és que jo sóc crític en mi mateix i crec que cal ser-ho davant d'un plantejament professional i he vist tot el que hem anat comentat.

Molt bé J. moltíssimes gràcies per dedicar-me aquest temps i per la teua amabilitat, quan tingui la informació passada te la faré arribar per a que la llegeixis i em donis el teu vist i plau.

ENTREVISTA NÚM. 2: Directora infermeria hospital de nivell 2

Perfil: Infermera de 53 anys. Més de vint anys de graduació. Més de quinze anys en el món de la gestió hospitalària.

P: M.D., està contenta de ser infermera?

R: Sí de totes totes, és una professió que en el seu moment la vaig escollir per vocació i que, a més de vint anys d'haver acabat els estudis, i malgrat la seva duresa tornaria a fer...És una feina que m'ha donat moltes satisfaccions i de la que he après també molt, sobre tot en els darrers anys de la meua vida en els que m'he dedicat a la gestió.

P: I de pertànyer al col·lectiu infermer, què em pensa del nostre col·lectiu?. Creu que hem sabut trobar el lloc dins el context de la societat?

R: Crec que realment el problema no està en la societat mateixa sinó en el nostre col·lectiu, i per concretar més jo diria que el problema està en nosaltres mateixes i realment és una qüestió que no hi ser trobar la solució. Les infermeres no ens creiem el paper tant important que tenim en la societat. La nostra professió és de serveis, d'estar no només per la persona malalta sinó que la nostra feina va molt més enllà ja que hem de vetllar per que les persones sanes conservin la seva salut i no emmalalteixin. Però nosaltres mateixes ens autolimitem, no volem aquesta responsabilitat que ens pertoca i llavors tenim una gran tendència a ser les ajudants dels metges i aquests paper ja ens va bé.

Per altra banda el fet de que siguem la majoria dones fa que seguim a la feina el mateix patró cultural que tenim a casa. Quan estem a la feina pensem que és

el que haurem de fer a casa quan hi arribem. Aquest pes tant important de ser el pallar de la nostra casa en quan a prendre la iniciativa, tenir en compte la cura dels pares.....Hem de pensar que som un col·lectiu molt important i números, que tenim una gran força mediàtica però per la condició de dones, tenim tantes responsabilitats que ens esperen fora de la feina que no tenim temps per dedicar-nos plenament a la formació o a tenir una visió reflexiva de la nostra professió com poden tenir els homes o altres professionals. Per lo tant, per tornar a agafar el fil de la pregunta crec que com col·lectiu estem en una situació molt semblant a fa uns anys. Si miro endarrera poques coses han canviat en aquest sentit.

P: Com creu que la societat veu a la infermera?

R: Crec que la veu totalment dependent del metge, és una professió d'ajudant d'una altra que és la que recepta i la que cura. Això es veu molt en els hospitals d'aguts principalment. Desconec com deu ser en l'Atenció Primària, un món que certament desconec més però del que penso que això no deu ser tant així. El que sí puc dir és que en l'Atenció sociosanitària que la conec prou bé i en l'atenció pal·liativa és on el paper de la infermera es entès més bé per part de l'usuari ja que veu a la infermera en primera línia. És la persona que atén a totes les necessitats, és la soluciona els problemes. En l'atenció hospitalària el pacient, en el seu entorn de immediates i de procés agut, el que s'emporta el protagonisme de les atencions és el metge. La infermera és la que fa la part tècnica, la especialista en moltes coses però la professionals que fa de pont entre el malalt i el metge. La infermera sovint sembla que aquest paper ja li va bé. Sempre, malgrat la manca de temps, són les activitats delegades, tècniques (TA, sondatge,) les que són prioritzades, en canvi ningú pensa en una bona acollida. A Urgències, per exemple tant metges com infermeres parlen amb la boca plena del triatge que no és més que una classificació. Jo l'entenc com una manera de prioritzar l'atenció però per descomptat que s'ha de fer un bon pla d'acollida de recepció i més en una situació d'urgència,....i a hospitalització també, per descomptat, o sinó com podem treballar?.....

P: Creu doncs que la infermera se sent bé amb la seva professió, amb la seva responsabilitat?

R: En trets generals, crec que no però com ja he dit abans pesa el fet de tenir una responsabilitat fora de casa. Això fa que uns dona infermera s'acabi agafant la feina com una rutina de tal hora a tal altra perquè per a elles hi quelcom molt més important a casa i és la família, estar amb els seus, portar a terme el rol de cuidadora, de vigilant de l'equilibri familiar que sempre hem portat a terme. És una mica aquella expressió que sovint hem escoltat i que també hem dit: "...aquesta feina o tal altra m'interessa o em permet compaginar una feina a fora amb les responsabilitats....." i sempre estem igual.

P: Llavors pensa que el fet de ser un col·lectiu majoritàriament femení ha influït en el desenvolupament de la professió?

R: Sí, sí totalment. Hem passat el nostre paper domèstic al mitjà laboral. Les nostres prioritats en són unes altres.

P: Creu que les dones tenen quelcom d'especial que les fa millor cuidadores que els homes?

R: No, en absolut, he conegut i conec infermeres que més valdria que es dediquessin a una altra cosa i en canvi hi ha molt homes infermers que són perfectes, que sabem arribar a l'usuari i fan una molt bona feina. Per exemple, quan jo estava de directora a l'hospital de Granollers hi havia un infermer, en

Fèlix, un noi jove, de les noves generacions d'infermeria, que em va demanar treballar en la unitat d'infermeria de maternitat. Les mateixes infermeres i la supervisora em van dir que com podia suggerir que un home infermer treballés en un lloc tant típic de dones i entre usuàries dones. Jo els hi vaig dir que li feia molta il·lusió i que no hi veia cap problema. La veritat és que va funcionar molt bé i que les mateixes puèrperes estaven encantades amb ell i en cap moment es va manifestar cap malestar. Pot ser perquè les senyores, també joves, estan acostumades a anar al tocòleg, ginecòleg, que també són del sexe masculí..... Crec que pot ser abans, en les generacions que ara portem més de vint anys d'infermeria pot ser que aquest perfil es donés més....

P: Creu que quan l'home infermer treballa en un lloc d'assistència directe amb altres professional principalment dones, creu que es dona algun tipus de tracte diferent a l'hora de donar per suposat que és més adient per realitzar tasques determinades?

R: Sí, ho crec i a més ho he pogut constatar varies vegades. Les dones, majoritàries en la nostra professió, fan una transposició dels rols que es veuen a casa. Des de sempre la nostra societat ens ha ensenyat que la dona s'ha d'encarregar de les feines domèstiques, tenir cura dels dependents i l'home té el paper del bricolatge. A la feina també hi ha aquesta tendència. S'associa home a força física i a habilitats més tècniques i solen adjudicar als nostres companys, en l'àmbit professional, tasques com ara mobilitzar malalts, coses que pesen, aparells que no acaben de funcionar, etc. És molt similar al que passa als auxiliars d'infermeria, que en aquest hospital se'ls hi diu zeladors, també tenen unes tasques exclusives lligades amb la seva condició masculina i si no els tenim en aquells moment, la feina s'espera a que arribi, o si el seu lloc l'ocupa una dona nosaltres mateixes les discriminem perquè teòricament no aporten el "beneficis" que té l'home.

P: Què en pensa de l'opinió prou generalitzada sobre que l'home infermer té una certa tendència a ocupar llocs, dins l'estructura d'infermeria, llunyans de l'assistència directe i més orientats a serveis tecnificats, més específics?

R: Crec que és una evidència que es donava totalment fa uns anys, però també crec que les noves generacions no tenen tanta tendència a tenir aquest comportament. malgrat la gran part dels homes infermeres estiguin a radiologia, cures intensives, urgències, serveis de diàlisi, etc. També crec que avui en dia sí que es segueix la tendència, que ja havien vist nosaltres en els nostres temps, de que els homes tenen una certa afinitat o gust per la gestió. Hi ha molt homes que els hi agrada, que s'hi dediquen i, de fet, penso que pot ser tenen una determinada manera de fer que els fa més analítics, ràpids a l'hora d'analitzar una situació i buscar solucions.

P: M D., pensa que a l'usuari li agrada més que el cuidi un infermer que una infermera?

R: Crec que li agrada més que el cuidi una infermera per allò que dèiem que està molt arraigat en la nostra cultura el rol de la infermera. L'estereotip que la població en té ne nosaltres, torno a repetir, és de persona ajudant d'una altra i dona, Però també crec que si el professional es presenta i deixa clares les seves funcions i el que es pot esperar d'ell, la gent tampoc hi posa masses pegues.

P: Creu que les infermeres tenen el mateix nivell de reconeixement que altres professionals amb titulació acadèmica similar?

R: No...., no...és clar...i...i...és un tema que tampoc he entès mai. Per exemple moltes vegades penso amb els mestres, i especialment, en les mestres. Ja que és un col·lectiu molt similar al nostre, amb titulació similar i dominat per les dones. En canvi, la població els té en més reconeixement jo crec que perquè a la formació i educació sempre se li ha vist alguna cosa especial, se li ha donat una especialització de professió, de finalitat, que no ha tingut la infermera. Com ja he dit abans és en molt àmbits una professió de servei que queda amagada pel protagonisme o poder d'una altra que ha estat el metge. En aquest sentit els mestres no han tingut competidors. Tot això passa per no tenir les coses ben enteses, ni les infermeres, ni els professionals de la medicina. Sempre hi ha hagut una malentesa guerra de poder entre aquests dos col·lectius, moltes vegades personalitzada en les direccions, bàsicament, del hospitals, bàsicament, que sembla que només sigui de la competència de les direccions.

P: Creu que el fet de treballar durant molts anys amb metges homes ha pogut influir en el desenvolupament de la professió o en aquest sentiment de disconformitat que tenen les infermeres? I també m'agradaria que parléssim de com veu la incorporació de la metgessa en l'entorn sanitari, com creu que pot influir en les relacions d'equip amb les infermeres?

R: Bé et contestaria que sí, sí, totalment.... a la primera pregunta. Totes recordem, quan estudiàvem, aquella imatge que teníem d'aquells caps de serveis grans, plens d'autoritat i poder, que els veiem tan magistrals i llunyans. En aquells moments la submissió era tant normal.... i així ens ho ensenyàvem, formava part de la nostra formació i manera de comportar-se pròpia de la infermera. Però ara tampoc ha canviat tant. Jo recordo haver-me trobat amb problemes com ara la queixa repetida de les infermeres davant l'assignació de tasques per part del metges que no els hi corresponen i que no els hi permeten fer altres tasques pròpies o si més no igual d'importantes,..... o demandes autoritàries i sense gaire sentit pràctic per l'evolució del malalt com ara el passi de visita, la realització d'una cura d'una ferida d'una determinada manera..... I lo curiós del cas és que quan preguntes i promociones l'argumentació del perquè s'actua d'una determinada manera, ja que la infermeria crec que ha de ser la mestressa de la unitat d'infermeria, et trobes que et diuen: "jo no vull problemes amb aquest, o amb l'altre....mira! sóc jo la que hi he de treballar cada dia i vull estar-hi bé". O comentaris del tipus: " Oh jo no hi tinc cap problema amb el Dr. tal ja que ja sé com portar-lo, no tinc cap problema per manejar-lo, si al final fas els que vols....". Tots aquests comentaris reflecteixen clarament lo professionals que ens sentim, lo poc que ens fem valer, i el pes que té la opinió del metge davant de la infermera . Per això prioritzem lo delegat perquè hi ha un metge al que tenim que donar comptes, al que volem agradar i al que no volem tenir problemes, malgrat això suposi afogar la nostra veu. Aquest és un problema molt greu, que sé que vosaltres com a docent hi feu una feina molt bona a l'escola però quan les noves generacions s'integren en el mitjà laboral és un model que es va reproduint. Es maneja el professional metge de la mateixa manera que es solventen els problemes de la vida privada, i això que tenim unes pràctiques i criteris basats el l'evidència, però no ens serveixen de res, o de ben poc. Hi ha molts pocs professionals que sàpiguen posar-se en el seu lloc, i fer valer la seva vàlua, normalment pesa més mantenir una relació cordial, d'amiguisme, abans de tenir una discussió professionalment sustentada que pugui generar el risc d'un mala relació.

En quant a la segona pregunta, veig que la incorporació de la dona en la medicina i en el món laboral s'haurà de seguir de molt a prop ja que omplirà moltes pàgines. Crec que la relació entre infermera i metgessa també marcarà història ja que si la infermera en relació amb el metge té una relació de submissió i moltes vegades no gosa dir el que pensa o el que troba malament, el que sí que jo he pogut constatar moltes vegades és que la infermera s'atreveix a contrastar coses amb les metgesses perquè la relació d'igual a igual és més fàcilment entesa. Però.....el problema sorgeix quan les noves generacions de metgesses, estic parlant de residents, volen mantenir aquest rol de dominació del metge sobre la infermera i llavors el model que he constatat varies vegades, que utilitza la metgessa és el d'imposició, i això portarà molts problemes. Mira...m'agradaria explicar-te un cas que em va passar la setmana passada però que al llarg de la meua vida de gestió n'he viscut molts. Una resident del servei de cures intensives em va portar per escrit una queixa formal d'una infermera del servei per insubordinació. Sembla ser que la infermera, vint anys més gran que la metgessa, i una de les persones més antigues del servei li va dir que no estava d'acord amb el tractament que portava el pacient. La metgessa va trobar monstruós que: "... una infermera que podia ser la meua mare gosi contradir una ordre mèdica i explicitar que no hi estava d'acord...". La infermera està per fer, sense discutir, el que el metge digui, i res més!!!!

Saps?.....la única solució que hi veig és el treball en equip. Crec que és la única manera que llimar aquestes actituds plenes de poc respecte professional.

P: M.D., en quant als valors que creu que la societat hi veu en la infermera?

R: Crec que el valor que hi veu està molt sesgat, crec que només una part dels usuaris saben veure el valor de ser infermera. Abans quan vaig començar aquest camí semblava que infermera era igual a sacrifici, semblava que anessis a fer uns vots quasi bé religiosos, de servir al altres, però d'una manera quasi bé sense professionalitat. Ara això ha canviat molt però, com deia abans, hi ha molts pocs usuaris que s'adonen compte.

P: Ja sé que quan ha contestat la primera pregunta ja m'ha dit que per a vostè la infermeria és quelcom vocacional. Em podria explicar quelcom més de la seva decisió de fer d'infermera? Realment creu que hi ha d'haver-hi vocació?

R: Jo crec que sí. La infermeria és una professió de servei, en la que la interrelació i interconnexió amb les persones és constant i forma part de la nostra feina i la clau de l'èxit de la mateixa..... Llavors crec que ser infermera, igual que altres professions que tenen el mateix caire de contacte amb persones amb situacions difícils hi ha d'haver-hi quelcom diferent, que et fa tenir la iniciativa per agafar aquest camí professional, molt dur, per cert, que té unes connotacions d'horari, de conciliació de la vida familiar, etc.

P: Llavors diria que la vocació és un element, una cosa que fa possible seguir fent, dia darrera dia aquesta feina?

R: Sí.... crec que nosaltres mateixes ens hem d'alimentar per anar poguent donar allò pel que ens hem format. Molta gent pensa que la motivació ha de venir de fora, des de dalt, des de la gent que et mana, i la veritat és que cadascun ens hem de carregar piles i crec que a banda hi ha quelcom que ens fa aquest reforç.

P: M.D., tornaria a estudiar infermeria si tingués la possibilitat de tornar a escollir?

R: Sí, definitivament sí. Estic contenta del que he fet, d'allà on soc i de tot el que anat recollint fins ara tant de l'usuari, com dels companys com de les institucions.

P: Si algú vingués ara i li digués miri M^a D. vull fer infermeria, què li sembla, què em recomana. Què li diria?

(L'entrevistadariu obertament abans de contestar)

R: Mira Carme, li diria que sí, que és una professió dura, però que omple molt i que aporta moltes coses importants per obtenir la maduresa com a persona.

Moltíssimes gràcies. Li agraeixo la seva amabilitat i disponibilitat de rebre'm i quan tingui l'entrevista passada li faré arribar per a que pugui llegir-la i fer les modificacions que calguin per a què expressi el que vostè ha volgut dir.

ENTREVISTA NÚM. 3: Director Gerent hospital de segon nivell

Perfil: Persona d'uns quaranta anys amb una experiència professional de 10 anys en el món de la gestió hospitalària. Llicenciat en farmàcia.

P: Vostè fa anys que està en llocs de responsabilitat dins de l'estructura hospitalària. Això, suposo, que li ha permès conèixer de ben a prop als col·lectius que treballen en les institucions hospitalàries. Què en pensa particularment del col·lectiu mèdic i del d'infermeria?

R: Sí, sí...la veritat és que la meva professió, ja abans de dedicar-me a la gestió, m'ha portat a treballar amb els dos. Pot ser un més que l'altre. El de medicina és important però també el de les infermeres. Tots dos són complicats...un d'una manera i l'altra per altres causes.....

P: Quins trets diferencials hi veu o diria que existeixen entre els dos col·lectius?

R: De fet, hi ha una realitat, i ara parlo des del punt de vista de gestor, que...que...caracteritza a cadascun dels col·lectius. Els metges són els que porten l'activitat als hospitals. Quan un pacient ve a l'hospital és per...per...buscar un acte mèdic, normalment...pot ser un diagnòstic, un tractament, una prova complementària...però sempre la prescriu un metge, sense els metges no hi ha activitat i molt menys pagada. Sí, que és possible que els usuaris vinguin a fer una cura o a buscar un servei d'una dietista o d'una infermera especialista en colostomies, etc.... però així es dona poques vegades si ho comparem amb les vegades que l'activitat està generada per un metge. Es clar que això també ha passat factura al sistema i sobre tot al públic perquè els facultatius estan acostumats a fer els que els hi dona la gana. I...no m'entengui malament...De fet, el que vull dir és que hi ha problemes d'optimitzar el temps de treball del personal mèdic perquè tots tenen consolidada la consulta privada, especialment a Girona i demanar segons quin horari laboral és realment difícil. Miri!...ara mateix hi ha una greu problemàtica arreu de l'Estat Espanyol i també a casa nostra, a Catalunya. Manquen especialistes en anestèsia i en pediatria. En els primers seria possible trobar-hi una solució al problema si podessin fer un horari que avarques la tarda però com que tothom té altres coses i el poder que durant tant anys han tingut de decisió, bé i que ara també tenen dins el sistema sanitari els fa intocables. Si

no els hi respectes el que volen encara et posen més traves i els problemes es tripliquen. Només ha de mirar qui dirigeix les institucions i el poder sanitari a arreu són els metges. Realment persones com jo, amb la meva disciplina és gairebé anecdòtic.

P: Per què creu que tenen aquest poder o aquesta percepció de poder. Pensa que se l'han agafada ells mateixos als llarg dels anys o que els hi ha donat la societat?

R: És certament cert que la societat és la que ha originat i transmès aquesta consciència de classe. Ja com jo volia estudiar molta gent de la meva família i propera a ella em deien que si estudiaria medicina i jo tenia clar el que volia ser. També es veia la farmàcia com quelcom molt proper però també dependent de la medicina. La salut de la gent depèn dels metges, del seu saber i això és una cosa que pesa molt. Tenir la vida de la gent a les mans és un fet que dóna poder, consideració.

P: I que em pensa del col·lectiu d'infermeria?. Creu que ha sabut trobar el lloc dins el context de la societat?

R: Crec que el problema està en el col·lectiu mateix. Les infermeres tenen un gran paper social, però no s'acaben de creure. Tota la vida de professional que escolto els problemes de reconeixement que diuen que tenen. Crec realment que això és tant simple com saber quin és el teu paper, què necessites per portar-lo a terme. Sembla que a vegades no es sàpiga fins a on arriben les responsabilitats de cadascun dels professionals de la salut. Moltes vegades, en reunions de treball sorgeix el problema de les càrregues d'infermeria i de l'excés de treball que es porta a terme en els hospitals. És evident que cada vegada hi ha més pressió. Els usuaris volen venir a l'hospital, que se'ls hi faci els que sigui, el que necessitin i poder anar a casa. La gent no vol sentir-se desarrelat del seu context, ja que és un lloc segur i còmode del que no volen prescindir a cap preu. Això porta que s'hagin de buscar noves estratègies d'atenció que anul·len l'hospitalització convencional i que busquen, de totes, totes, l'atenció immediata i a mida. És clar, això incideix més en la infermeria que en el metge. Aquest també haurà de treballar més però la que té més feina o al menys amb més puntes és la infermera. Cada vegada hi ha malalts amb menys temps d'estada a l'hospital i més fotuts. La infermera però per comptes de saber prioritzat la feina i saber que la seva feina, la que li demana la institució, és una de determinada i no una altra, segueix volent mantenir les tasques que no són de la seva responsabilitat però que sempre ha estat fent per una mena de voluntarisme que jo mai he entès. Llavors el que passa és que no es té temps de fer les coses que es demanen i això provoca insatisfacció, perquè a la infermeria hi ha molt bons professionals, que tracten i cuiden molt bé als pacients.....

Li puc garantir que els usuaris estan molt contents de la feina de la infermeria d'aquest hospital i de tots els que conec. Són unes professionals que s'impliquen en la feina i que tenen cura de molts aspectes de l'atenció, però, és clar això vol dir temps i el que se'ls hi demana és saber distribuir-lo acuradament. Jo crec que elles mateixes s'autolimitem, no volen la responsabilitat de posar en el seu lloc a cada professional i és clar jo crec que tampoc pertoca a les institucions fer-ho perquè això forma part del dia a dia, de les responsabilitats i competències de cada professional. Cadascun s'ha de creure quin és el seu paper, el seu rol i l'ha de saber defensar. Jo crec que hi ha professionals de la infermeria que ja els hi va bé ser les ajudants dels

metges , però penso que aquesta actitud no genera bones perspectives per la professió.

P: Com creu que la societat veu a la infermera?

R: Penso que hi ha visions molt diferents. Les persones que estan en llocs on la infermera és més autònoma com ara els geriàtrics o els pal·liatius...o inclòs l'atenció primària tenen molt clar quin és el paper d'aquest professional. També penso que s'han fet moltes accions per part del govern i de la Conselleria de Sanitat per donar a conèixer la feina i les competències d'aquests professionals. També els col·legis professionals sempre hi ha jugat un paper important i reconegut, però tampoc pensem que la societat coneix tant al fil la tipologia dels professionals sanitaris. Els usuaris de la sanitat, en un percentatge alt són reincidents en quan a l'atenció sanitària però hi ha una gran banda de la població que el contacte és esporàdic, ocasional,....molt i molt minsa. Les infermeres dels hospitals tenen més problemes per ser reconegudes perquè pot ser és veuen molt més dependents del metge, ja que hi ha moltes coses que depenen d'ells, com per exemple la informació i és clar el pacient valora molt que li expliquin les coses i identifica de seguida qui pren les decisions.

P: Pensa que el fet de ser un col·lectiu majoritàriament femení ha influït en el desenvolupament de la professió?

R: Sí, sí lamentablement és una realitat històrica que ha influït en la professió. Personalment desconec les dades reals de la presència de l'home en la professió però per la meva experiència no crec que hagi seguit una tendència remarcablement ascendent. I....també haig de dir que per companys infermers que tinc i amb els que he tingut contacte, tampoc és una professió fàcil per la feminitat ja que també tinc entès que tenen o han tingut dificultats tant a nivell dels propis malalts com de les seves companyes.

P: Creu que les dones tenen quelcom d'especial que les fa millor cuidadores que els homes?

R: No, bé no ho sé. D'entrada crec que la professionalització dóna les mateixes oportunitats a tothom però també és cert que les dones tenen unes característiques que els homes no tenim tant.

P: A quines característiques es refereix?

R: Bé....una dona té més paciència i cura a l'hora de dir les coses, Quan els malalts estan fora de la seva llar estan preocupats i en un estat d'inseguretat especial que els fa més vulnerables. El tracte més proper, tendre i atent solventa bona part del desconfort que genera l'hospital.

P: Tornem a reagafar el tema de la presència de l'home a la infermeria i li volia preguntar: creu que l'home infermer treballa més a gust, més identificat en un lloc allunyat de l'assistència directe o considera que és més adient per a realitzar tasques determinades?

R: Sí, ho crec i a més ho he pogut constatar amb la meva experiència personal i professional. Seria algo semblant al que passa en els hospitals amb els zeladors, que són figures que s'associen amb la força física i cregui que he tingut "verdaderes" dificultats quan a les empreses on he treballat han començat a treballar dones zeladores. Els problemes amb les infermeres han estat nombrosos ja que, malgrat es reconegui que aquestes cuiden millor els detalls, no tenen la força que se'ls demana. Ningú s'enrecorda de que existeixen mitjans mecànics per a mobilitzar els malalts el que volen és un zelador no una zeladora. És el mateix que passa amb el servei de manteniment

sempre, a arreu, he conegut responsables i treballadors homes mai una dona fent de reparadora, d'electricista, o del que sigui.....

Els homes infermers també tenen tendència a posicionar-se o en la gestió o en llocs més tècnics. Ni ha pocs a hospitalització, però també penso que les noves generacions canviïn aquesta tendència, ja que, com li he dit, crec fermament amb la professionalització no amb el sexe de les persones.

P: Pensa que a l'usuari li agrada més que el cuidi un infermer que una infermera?

R: Crec que li agrada més que el cuidi una infermera perquè és el que estan acostumats. De fet, estadísticament té un percentatge altíssim que sigui una dona que el cuidi i això és així.

P: Creu que les infermeres tenen el mateix nivell de reconeixement que altres professionals amb titulació acadèmica similar?

R: No....., no...és clar...i...i...és un tema que tampoc he entès. Però penso que segur que ha de tenir algo a veure amb aquella conscienciació de professió que manca a la infermeria. Crec que si estàs d'acord o en desacord amb una cosa la defensaràs i no tinc clar que hagi estat així en aquest col·lectiu i... Que no s'entengui malament.....però penso que pot ser perquè el cuidar és una cosa molt arrelada a la dona, al menys en la nostra societat, i...la dona també hi està acostumada. Durant molts anys s'ha vist bé que les dones estudiessin infermeria o magisteri...ara les coses van canviant però la infermeria és una feina bastant ben pagada i el tema del sou complementari que aporta la dona a la llar també és un factor important a tenir en compte.....

P: Creu que el fet de treballar durant molts anys amb metges homes ha pogut influir en el desenvolupament de la professió o en aquest sentiment de disconformitat que tenen les infermeres? I també m'agradaria que parléssim de com veu la incorporació de la metgessa en l'entorn sanitari, com creu que pot influir en les relacions d'equip amb les infermeres?

R: Bé....contestaria que sí a la primera pregunta. Els metges han estat una majoria durant moltíssims anys i encara ho són en el món hospitalari. Les infermeres al ser majoritàriament dones ha agafat aquesta tendència de servilisme i aquí s'han equivocat. També s'ha de tenir en compte que durant molts anys el futur dels estudis d'infermeria ha estat en mans de metges i això pot ser ha fet que no s'hagi agafat la orientació volguda per les infermeres sinó la que volien els metges i aquests, més que ningú, la veien com una ajudant. De fet la formació que es donava, tinc entès que era així.

La incorporació de la dona a la medicina ha de ser bona ja que torno a dir que crec amb la professionalització i a més la dona incorpora tot un seguit de qualitats, com he dit abans que faran la professió més propera. La infermeria hauria d'aprofitar aquesta presència de la dona en una professió molt propera, per encarrilar la seva professió i pot ser saber prendre estratègies que fins ara no s'havia plantejat o no les havia pogut o volgut portar a terme...no sé.....

P: En quant als valors, quins creu que la societat hi veu en la infermera?

R: Penso que el de l'accessibilitat seria el més punyent, entre moltes coses perquè la infermera, sobre tot la de l'hospital es passa moltes hores amb el malalt i ella és la que fa de pont de la informació. També l'amabilitat, confidencialitat, professionalitat, etc.....

P: Realment creu que hi ha d'haver-hi vocació per fer d'infermera?

R: Jo crec que sí. La infermeria és una professió de servei, en la que la interrelació i interconnexió amb les persones és constant i forma part de la feina

i la clau de l'èxit de la mateixa..... Llavors crec que ser infermera, igual que altres professions que tenen el mateix caire de contacte amb persones amb situacions difícils hi ha d'haver-hi quelcom diferent, que et fa tenir la iniciativa per agafar aquest camí professional, molt dur, per cert, que te unes connotacions d'horari, de conciliació de la vida familiar, etc.

P: Llavors diria que la vocació és un element, una cosa que fa possible seguir fent, dia darrera dia aquesta feina?

R: Sí...és podria dir així. El dia a dia de qualsevol professió és dur i sempre hi ha un element, que no veig perquè no se li pot dir vocació que realment ha de mantenir-te en actiu, en el sentit ampli de la paraula. També n'hi ha d'altres com ara la superació personal, el reconeixement de les persones amb qui treballes, etc...

P: Si ara vingués un seu fill o una seva filla i li digués mira pare vull fer infermeria, què li diria?

(L'entrevistat expressa una gran rialla)

R: Mira li diria que sí, que si és el que vol fer endavant. Les coses s'han de fer per convicció si és possible però també haig de dir que li diria que ho mesurés bé i li faria veure les dificultats d'horaris, disponibilitat, sacrifici, etc.

Moltíssimes gràcies. Li agraeixo la disponibilitat de rebre'm i quan tingui l'entrevista passada li faré arribar per a que pugui llegir-la i fer les modificacions que calguin per a què expressi el que vostè ha volgut dir.

ENTREVISTA NÚM. 4: Membre Junta de Govern Col·legi Oficial Diplomats Infermeria

Perfil: Persona de quaranta-cinc anys amb una experiència professional de més de 20 anys realitzada en l'àmbit assistencial. Fa uns 10 anys que està implicada en el col·legi professional de diplomats d'infermeria.

P: Està contenta de ser infermera?

R: Sí, rotundament sí.....*(L'entrevistada explicita l'afirmació amb un gest fet amb el cap assentint la seva afirmació)*. En el meu cas és el que vaig escollir en el seu moment. La veritat és que quan era adolescent...i....i....va arribar el moment d'escollir el que volia fer...els meus pares volien que fes una carrera curta que pogués dur a terme a prop de casa. Jo sempre havia viscut, fins aquell moment en un poble i anar a estudiar fora de casa era una mica gran per a mi...però també pels meus pares. I això que la meva germana ja m'havia obert camí perquè ella que és més "guerrera" que jo ja havia plantat cara a les pors dels meus pares i s'havia anat a Barcelona a estudiar...però jo...jo sempre he volgut no disgustar als meus pares i això em va portar a inclinar-me per uns estudis que també m'agradaven però que pot ser hagués escollit fer periodisme o dret....sempre m'ha agradat la part de lletres....però també em sentia a prop a la gent i fer d'infermera, en aquell moment era una cosa ben vista per les noies. Semblava que ja estava bé arribar fins aquell nivell i pels meus pares, que sempre han estat treballadors ja els hi era joiós tenir una filla infermera.....i així van anar les coses....però sí...haig de dir que m'agrada el que he fet i el que faig.....no crec que m'hagi equivocat a l'escollir.....però també haig de dir que

ara pot ser argumentaria als meus pares la necessitat de fer alguna cosa diferent de la infermeria...pot ser per aquell "cuquet" que et queda quan mires les coses amb molta més perspectiva....quan ha passat el temps i quan les experiències viscudes, malgrat hagin estat positives, et marquen un camí més difícil que el que han seguit altres referents...altres coneguts.....

P: Si no li molesta em podria dir què va estudiar la seva germana?

R: Va començar amb filologia catalana però no ho va acabar i...al final, va fer magisteri. Com pots veure...complim amb l'esquema tradicional que s'acostumava a seguir abans. Les noies o tiràvem cap a fer d'infermera o a fer de mestre.....totes les noies de la colla...és clar que tampoc érem tantes però una bona part va seguir el mateix model que nosaltres...i en conec molts casos.....*(Sembla que es posa nerviosa i que no sap com acabar la resposta, intento esperar el mínim espai per formular la pregunta següent. Abans de fer-ho em demana que la tracti de tu i no de vostè)*

P: Creus que el col·lectiu d'infermeria és un col·lectiu prou potent, fort?

R: No...uuh...no.....que va.....no...de "ninguna" manera.

P: Per què creus que això és així?

R: Doncs perquè "soms" majoritàriament dones....sí...sí...n'estic totalment convençuda. De fet, tota la vida...."bueno" des de més gran que ho he vist així de clar però des de que estic ficada en el món col·legial ho veig encara més. Les infermeres tenim un paper a casa i a la feina i que no és gaire diferent. A casa ens "cuidem" dels fills, dels pares...més tard....i de tot el que vol dir portar una casa i la família. Has de prendre les decisions, pensar en tot...en anar a comprar, què faràs per dinar...si la nevera està buida i que es posaran de roba els nens.....si s'han d'anar a matricular o a fer qualsevol cosa....I això tenint a casa un home que és bo, que se'n preocupa dels fills i que col·labora a la seva manera. Perquè...és clar....els homes estan acostumats a col·laborar a casa i fora d'ella i nosaltres hem estat sempre tant tontes que els hi hem deixat fer. Anem de bòlit per arribar a tots els llocs i ells tenen temps de fer-ho tot sense presses.....

A la feina ens han passat iens passa el mateix. Sempre hem d'estar per a tot. Els metges sembla que puguin despistar-se de tot....oblidar-se de prescriure una medicació, d'informar a uns familiars...o de demanar una prova complementària....No hi ha problema...la infermera...o sigui.....nosaltres ja ho solucionarem. L'irem a cridar...a buscar...el convencerem perquè faci allò que ha de fer, o també l'ajudarem a fer-ho o...fins i tot...ho farem per a ell, posant en perill la nostra competència professional o aguantant el "xaparron" que sovint et claven els familiars o altres professionals.....en fi no crec que tinguem remei.....Som dones i tenim la tendència de solucionar-ho tot a qualsevol preu. Realment moltes vegades crec que no ens estimem lo suficient.

P: Quan dius que a nivell de col·legi també es veu que la infermeria no és un col·lectiu prou íntegre, a què et refereixes, o pot ser no he entès bé el matís que has volgut aportar?

R: Mira, en el col·legi som molts milers de col·legiats i la participació en les assemblees informatives, pressupostàries....és tant petita que t'arribes a preguntar...."bueno" realment què estem fent....realment serveis "d'algo" treballar i dedicar menys temps a la família i anar de bòlid pel nostre col·lectiu....doncs moltes vegades penso que no...i....i...realment no soc jo l'única que ho penso...moltes vegadesés un tema que en parlem sovint i que ens preocupa. La gent només apareix o vol saber del col·legi quan hi ha diners

pel mig o quan hi ha temes morbosos....escabrosos....que són els que avui en dia tenen interès.....El demés no interessa. La gent busca en el col·legi formació gratuïta i poca cosa més i...és clar millor que no s'hagués de pagar res o sigui la col·legiació hauria de ser gratuïta....és realment al·lucinant.....

P: Però a vosaltres, com a representants col·legials no us han arribat formalment queixes o reivindicacions o demandes de que es defensi la infermeria, o tant sols la inquietud de tenir un paper més rellevant dins les professions sanitàries?

R: Mira!...és veritat que tota la gent que estem en el col·legi tenim una tasca professional a banda....vinculada en l'àmbit assistencial, de gestió, docent...i això ens permet palpar la situació real de la professió a peu de canó. Però també és veritat que el que es veu és que la infermeria pateix una gran sobrecàrrega laboral en un món laboral que està canviant a marxes forçades i que exigeix cada vegada més, "apreta" cada vegada més....Cada vegada s'ha d'omplir més paperassa, cada vegada els malalts i els acompanyants són més exigents i els metges segueixen amb la seva situació de privilegi que fa molt de mal a la infermeria. Ostres! Fa mal quan veus que sempre viatgen a congressos amb la família i amb la butxaca plena...quan tu has d'anar amb una part pagada si és que un laboratori el vol pagar "algo" i has d'estar dues setmanes tornant els dies als teus companys o companyes perquè l'empresa no t'ha pogut donar cap dia. O....o....per exemple quan has de fet l'horari a "raja tabla" "mentres" ells se'n van cap a casa seva, a la consulta privada o al bar a llegir "la Vanguardia" mentre tu estàs treballant a sac per a fer totes les tasques que t'encomanen. Però, malgrat tot això la infermeria va fent, va callant, no perd el respecte per ningú i no s'implica amb res.....

P: I per què penses que passa això?

R: Jo...jo...crec que és perquè som dones i tenim moltes preocupacions a banda de la feina. Moltes vegades, a mi em passa, estic treballant a l'hospital o aquí mateix i penso quan arribis a casa has de fer una rentadora...o el nen està malalt o va malament de matemàtiques com t'ho faràs per fer-li repassar la lliçó abans del control.....o la mare ha d'anar al metge tal dia...o tal altre, a veure com em puc arreglar el dia per anar a acompanyar-la....o el dia de Nadal em toca treballar o el dia de Reis...com o qui em podrà canviar la guàrdia..... Tot això porta a un nivell de saturació que arriba un moment que la persona es desgasta i no vol implicar-se en res. Fa les hores que toca...intentant fer-les bé i cap a casa.....no es vol implicar amb la feina, amb l'empresa o amb els òrgans col·legials.

P: Creus que la posició de la infermeria dins els organigrames de les institucions o el seu paper, en gran part, delegat d'un altre professional fa que la infermera es senti poc protagonista o poc reconeguda?

R: Home.....jo crec que sí. Mira!.....no sé com dir-ho...però...penso....que la infermeria és un grup molt poc reconegut a nivell de les institucions. És sempre el metges o...el col·lectiu de metges els que tenen la paella pel mànec.....en tots els sentits. Ja quan jo estudiava veia que les infermeres que en aquell temps jo les veia grans i molt expertes els tractaven com uns deus i jo, amb la meva joventut pensava.....mare meva! Però què és això?....quin escàndol!..Com pots veure no hi estava d'acord i no entenia perquè passava allò. Teòricament ells són uns professionals com nosaltres, que fan una determinada feina i nosaltres una altra. Totes dues feines i tots hauríem d'estar igual reconeguts....però el passar dels anys et diu que estàs molt equivocada i

qui mana avui en dia...i....sempre són els “calers” i és prou evident que els metges són els que porten els “calers” a les empreses i també en generen molts en les indústries farmacèutiques i, de fet.....a vegades aquestes peles tornen indirectament a la institució perquè els laboratoris paguen molts congressos i estades que la institució hauria de pagar si no ho fessin ell. A més, tothom sap que també compren coses per les mateixes institucions, sempre hi ha algun petit aparell cedit per algun laboratori. És clar!.....tot plegat porta molts beneficis. Això no passa amb la infermeria. Sempre se'ns diu que la nostra despesa és molt gran, que gastem molt, però és clar...tot el que gastem...o, una bona part, és el metge el que ho gasta.

P: Què creus que pensen les institucions de la infermeria? Mira!...Aquest és un altre tema que m'agrada tractar, perquè des de la meva posició col·legial veus que els polítics tots parlen molt bé de la infermeria. Sembla que tots ens tenen en compte...però només de portes en fora ja que quan has de fer alguna cosa no és fàcil que et vinguin a participar en un acte públic, a vegades t'envien persones connectades amb ells però de segona o tercera línia. Quan els mitjans de comunicació parlen de la infermeria en parlen molt bé.....però llavors ningú “s'enrecorda”. Això no passa amb els metges que com que tenen un estatus diferent ells mateixos s'envolten de gent important i els seus actes a tots nivells....em refereixo a nivell oficial,....a nivell de col·legis...associacions....són molt més mediàtics i tenen més poder de convocatòria que nosaltres mateixos. Però..., a veure,....sembla que em torno anar de tema.....m'has preguntat per les institucions..eh que si? (Assenteixo amb el cap). Doncs.....jo crec que aquest prestigi dels metges que ve, com et deia abans, de molt lluny fa que les persones que manen, a les àrees bàsiques i als hospitals, pensin més en aquest col·lectiu.

Saben molt bé que els infermeres no pararan la seva activitat per a fer vaga i en canvi els metges sí que ho han fet moltes vegades i sempre s'han sortit amb la seva. La societat està molt sensibilitzada amb la figura mèdica: és el que cura, el que resol els problemes.....encara que pràcticament...o millor dit, en la pràctica sigui la infermera el que fa el que diu el metges...en el sentit de solventar els problemes més immediats del pacient. Les institucions tenen el mateix model que la societat per funcionar. El punt central de tot és el metge, i jo diria que el metge home ja que les...metgesses...per la meva experiència també tenen els seus problemes amb els seus companys. Crida molt l'atenció que quan entres en la sala de sessions a vegades sents com els metges tracten de doctores a les metgesses i aquestes semblen estar totalment integrades però al cap d'un moment veus que els hi fan passar les altes, curses les interconsultes i acaben essent les “minyonetes” dels seus col·legues.....i això és així...jo ho he vist tantes vegades. Ah! I una altra cosa que també és ben curiosa és que hi ha algunes metgesses, sobre tot en l'època de residència, sobre tot les “erres” grans són les que a vegades “piquen” més. Ja em diràs tu si ho tenen bé les institucions per a no considerar a les infermeres.....i nosaltres, malgrat algunes ho veiem i ens revelem...la gran majoria ja els hi va bé així. I jo ho entenc.....perquè arriba un moment que com que tothom “apreta” el que vols és passar la jornada laboral i mira “postes de sol i caps de setmana” i avall que fa baixada.....

P: Diries que la infermera en té prou amb les responsabilitats que actualment exerceix o que en voldria altres que pot ser li permetessin anar més enllà?

R: Mira!.....hi ha molta variabilitat. En el col·legi i en el món assistencial...veus gent que realment veus que demana més responsabilitat i que és conscient que de la manera que es treballa a vegades fa por tenir-ne perquè no et dóna temps de fer les coses amb el nivell de qualitat que t'agrada aplicar...però és clar que també hi ha infermeres que no en volen de responsabilitat i que si el metge no els hi diu el que han de fer passen amb el mínim possible. Crec que la gent, i així ens ho diuen a nivell col·legial la gent està cremada.....i no és pas una cosa només de les persones que ja tenim una edat....que som de mitjana edat...sinó que la gent jove, que acaben de sortir de l'escola ja venen amb una actitud prou preocupant. A nivell del col·legi professional ens passa bastant el mateix...no trobes gent jove que et pugui rellevar...aquesta mainada més que mai els hi agrada fer una feina que no comporti haver de renunciar a moltes coses familiars i de lleure a les que nosaltres van haver de renunciar quan començaven....i....què a gust ho vam fer! De totes maneres,...si hagués de donar una opinió general diria que la infermeria no vol més responsabilitats, ja sap les que té. El que calen són més mostres de reconeixement institucional i polític.

P: Hi veus alguna relació entre aquesta ambigüitat professional i el fet de ser dona. Sabem que la professió va ser exclusiva de dones fins gairebé a mitjans del segle passat i que poc a poc s'hi ha anat introduint l'home, hi veus alguna relació?

R: Sí, sí, n'estic convençuda d'això.....(*l'entrevistada es posa a riure*). El fet de que la professió d'infermera hagi estat sempre de dones ha fet que no haguem tingut tanta força social com si hi hagués sigut d'homes. Mira per la meua experiència en el col·legi et puc dir que a vegades quan hem de fer algun contacte amb algú d'alguna institució o hem de solventar una situació que a vegades es fa difícil.....vull dir que.....a vegades s'ha d'insistir molt...sempre fem la broma de que se'n ocupi en.....que és un dels homes de l'equip. Jo no crec que sigui casualitat que moltes de les coses que ell resolt a nosaltres ens consta molt més. Sí.....sí.....ens costa molt més que se'ns tingui en compte.....Tot això ha influït en la nostra professió perquè durant molts i molts anys els metges han dominat al infermeria, no en el sentit més físic, sinó intel·lectual. Els estudis d'infermeria han estat regulats....i de fet encara hi estan, per la medicina. A vegades, durant temporades històriques sembla que hàgim tingut una ma negra damunt de nosaltres que no ens ha deixat prosperar. Però...és clar...el que també s'ha de dir és que no tota la infermeria és igual. Em refereixo a que hi ha dones infermeres que s'han sabut espavilar i han pogut situar-se millor dins l'àmbit laboral,....però el que és curiós és que tots els homes infermers s'han espavilat. Si ara mateix miréssim qui ocupa els llocs de gestió i sobretot els de direcció dels col·legis professionals en el territori nacional veuríem que gairebé tots són homes.....i no és que ho facin gairebé que diguem.....Oh! això no.....no hauria d'haver dit....., no? (*es torna a posar a riure i em demana que seguim amb la conversa formulant una altra pregunta*).

P: Creus que l'evolució de la medicina ha fet evolucionar a la infermeria o tanmateix la tecnologia, la veus com un element que ha ajudat a desenvolupar la professió?

R: Crec que el progrés professional de la infermeria ha vingut per molts motius, però per una part pe l'avenç tecnològic. Això sí que no li podem treure el mèrit a la medicina perquè la infermeria hem estat un zero a l'esquerra a l'hora de fer

recerca i tampoc hem pogut incidir en el tema de recursos per a portar nosaltres soles tecnologies prou potents per a desenvolupar la professió.

El que és prou clar és que la tecnologia, des del segle passat i encara ens falta molt per veure, ha patit una gran explosió. Jo mateixa recordo quan estudiava i quan vaig començar a treballar i renoi!...com han canviat les coses. Vaig estar treballant a cures intensives de Sant Pau i ho dominava tot, però quan hi vaig tornar-hi l'any passat perquè hi tenia una tieta ingressada, no m'hauria vist en cor de tornar-hi a treballar. Reconeixies les màquines perquè et donaven pistes del perquè servien i al veure-les funcionar acabaves d'entendre o intuir la seva utilitat...però és clar...posant-hi a treballar...quin mal de panxa.....i lo dolent és que tampoc a passat tant...o a mi, no m'ho sembla.

Penses que l'home infermer tendeix a situar-se en llocs d'infermeria més tecnificats, més especialitzats i alhora més allunyats de l'assistència directa?

Si....si....oh hi tant! Sense cap mena de dubte. A veure! Ja n'hi ha d'infermers que estan cuidant malalts a primera línia però...és clar si compares veus...t'adones que la majoria estan o a primària o si treballen en els hospitals ho fan a urgències, raigs,llocs així. De totes maneres també s'ha de dir que la culpa tampoc és tota d'ells perquè els malalts també es porten l'oli i a vegades no els agrada que els renti o els hi faci el que sigui un home i es clar també els pobres infermers s'ho passen malament.....però és que aquí hi ha un altre tema. El tema és el de les pròpies companyes de treball. Jo me'n recordo que vaig treballar amb un auxiliar de clínica home que les va passar ben magres. I no només per les malaltes que els hi costava veure un home que els hi posava la cunya...sinó per les infermeres i auxiliars. Pobre noi semblava que no sabés fer res bé. Recordo que moltes vegades ni li deien per fer les coses, només el cridaven per aixecar malalts, fer recados o rasurar els malalts.....

P: Però penses que tenen qualitats que els apropen més als llocs tècnics?

R: A veure, és possible...és possible...no ho sé. Home! Els homes són més manetes. Els hi va més això de la tècnica, la informàtica. Tenir cura dels malalts i depèn d'on és dur, pel que ja he dit abans...

P: Què en penses... que l'usuari li agrada més que el cuidi una dona o un home?

R: Jo diria que l'usuari cada vegada està més acostumat a que hi hagi homes en llocs on abans no n'havien. Però,.... ho veus en l'assistència del dia a dia que encara es busca la dona per atendre els temes de salut. Suposo que tindrà a veure amb que les dones sempre hem estat les cuidadores de tothom. Crec que l'home encara està lluny de tenir indentificada la feina de cuidar. També penso que tampoc li interessa. On no?.....la infermeria és una professió molt mal pagada i realment aquest és un tema que s'haurà d'anar arreglant perquè és clar que cada vegada hi ha més dones separades que viuen amb els fills i això implica que els sous han d'estar més a l'alçada o no es podrà viure de la manera que fem....o que s'està acostumat a fer.

P: Llavors creus que la professió infermera segueix essent una professió encara molt feminitzada perquè a l'home no l'interessa fer aquesta feina?

R: Sí....sí. Mira!...jo penso que hi ha dues raons. Una és perquè cuidar és cosa de dones (*l'entrevistada es posa a riure i transmet la sensació d'incomoditat*) com aquell anunci de la TV..... i perquè, com acabo de dir, no és una feina que porti molts guanys i prestigi. Jo crec...i no vull que pensis que sóc feminista....mai ho he set. Els homes els hi agrada que els tinguin en consideració...bé a tothom li agrada, però sembla que les dones estem

acostumades a amollar-nos més a tot. Els homes infermers, gairebé tots,....a vegades tenen un aire de saviesa,...de distinció que si no el tenen ells mateixos se'l marquen.....No ho sé com dir-ho però jo hi veig una clara diferència.

P: Creus que la dona té unes condicions o qualitats especials o naturals per fer d'infermera?

R: És evident que per cuidar s'ha de tenir una determinada sensibilitat davant la persona i s'han de coordinar moltes coses i potser la dona té aquesta visió més global, més de lligar les coses. Però teòricament els dos haurien de fer bé la feina ja que estudien per saber-ho fer. La capacitat de transmetre que se sap cuidar i que l'usuari es senti ben cuidat.....ai!...això és una altra cosa....i aquí sí que crec que les dones superen als homes....

P: I diries que la infermeria com a col·lectiu es sent reconegut per aquesta feina que la fa i la fa bé?

R: No, jo diria que no se sent reconegut.....però crec que aquí la culpa....és nostra. Penso.....bueno,....estic convençuda que també fem molt poques coses per solucionar-ho. Des del col·legis s'han fet moltes propostes per reivindicar la feina que fem. com saps....hem participat en el Llibre Blanc, i saps quin interès hem trobat per part dels col·legiats?.....doncs zero! Mira a la gent no l'interessa més que anar passant i tenir una feina fixa. Aquest sí que és un tema que mou muntanyes!. Quan hi ha problemes de places....llavors sí que tens gent que et fa consultes...o quan hi ha problemes legals de denúncies....llavors com que amb la col·legiació es paga una assegurança de responsabilitat...llavors la gent, per força, pensa amb el col·legi. Si no és així caps de setmana i postes de sol...que diuen... Hi ha molt poc interès. Les infermeres no es mouen per aconseguir més reconeixement....ara per més sou...potser sí que farien algo.

P: I les institucions, com creus que veuen a la infermeria, sobre tot en quant al reconeixement col·lectiu?

R: Aquest és un tema que també no té desperdici. Jo crec que les institucions la veuen com una mà d'obra i, a més, barata. Els hospitals i, qualsevol punt d'atenció, la infermera és imprescindible però no vol dir que estigui considerada. Algú ha de fer la feina, i aquesta s'ha de fer de manera continuada. Mira com, en molts llocs, hi ha auxiliars d'infermeria per un tubo....i hi ha moltes empreses privades que els tècnics punxen...cosa que no es pot fer. Aquest també és un tema que el col·legi hem defensat a morir, però que tampoc ha tingut cap recolzament per part del col·lectiu. Jo penso que la gent no volem problemes ni gaires responsabilitats...ja t'ho diré jo.....Això li va molt bé a les empreses perquè és un col·lectiu que no porta problemes.....

P: Consideres que el fet que la infermeria sigui preferentment de dones hagi pogut influir en el reconeixement de la seva professió, en el seu desenvolupament i en el reafirmament individual i social de la mateixa?

R: A veure, jo crec... que sí...la situació en la que estem no hi haguéssim arribat mai si haguéssim sigut homes. Als homes no se'ls paga d'aquesta manera i tenen un pes social diferent. Als mestres els hi ha passat un procés similar però l'educació potser no es veu una feina tant exclusiva de la dona.....o ho han sabut fer-ho més bé que nosaltres....a nivell social em refereixo.

P: Anem a parlar una mica de valors, quins valors creus que la societat hi veu en la professió infermera?

R: Home jo diria que la societat veu que és una professió de servei, perquè les infermeres treballen tots els dies de l'any les 24 hores del dia i amb gent amb problemes. Això ja comporta, per sí mateix, una sèrie de valors com ara la

paciència, la dedicació, l'amabilitat, la delicadesa, el tracte..... qualitats molt lligades a les dones. Però, també penso que, encara, la societat segueix veient la infermera com l'ajudant del metge. Aquest és el que decideix i la infermera executa el que el metge diu. La bata és la bata!

P: Parlem de vocació. Creus que la professió d'infermeria és una professió vocacional, que s'ha de tenir vocació per fer aquesta feina?

R: Home! Jo no sé si s'ha de dir vocació però jo crec que sí. De fet jo vaig estudiar per vocació i quan hem parlat d'aquest tema, que ha sortit moltes vegades, la majoria dels professionals expressen que tenen vocació. De fet...és una feina molt dura i si potser, quan érem joves, hi van anar-hi a fer infermeria potser més per inclinació dels pares o de la societat...que per nosaltres mateixes....penso que hi ha d'haver-hi algo que ens faci seguir fent la feina...perquè les dificultats en són moltes i anar a treballar cada dia, en un entorn on la pressió és molt gran...realment costa. Ja hi ha professionals que deixen de fer infermeria, però no pas gaires. Bàsicament la gent ho deixa un temps mentre la mainada són petits...llavors hi torna. La pressió monetària és important.....

P: Malgrat totes les dificultats que s'han expressat al llarg de la conversa de diferències de gèneres, d'un entorn laboral gens fàcil, etc., tornaries a estudiar infermeria si poguessis tornar a escollir una nova opció professional?

R: A veure..... no ho tinc clar. Crec que sí....però no ho sé. Penso que hi ha feines també molt gratificants que et proporcionen més qualitat de vida....i la mateixa satisfacció. Tens festa quan la tenen la majoria de la gent....els nadals a casa, flexibilitat per atendre els nens.....és una altra cosa.

P: Recomanaries a algú fer infermeria?

R: Sí, és clar...però amb reserves. Intentaria donar bé la informació que li permetés valorar el que té de bo i de dolent, per a què no es trobi, més aviat del que cal, amb una insatisfacció laboral....que la portes arrastrant tota la vida. Molta gent d'infermeria està en aquesta situació...però, es clar! És el que dèiem abans...es necessita el sou per a viure!

Bé amb aquesta pregunta hauríem finalitzat l'entrevista. Moltes gràcies. Dir-te que quan tingui la informació passada te la faré arribar per a que la llegeixis i em donis el teu vist i plau.

ENTREVISTA NÚM. 5: Responsable d'Infermeria d'un centre d'atenció primària

Perfil: Persona de cinquanta anys amb una experiència professional de 30 anys de durada realitzada gairebé sempre en l'àmbit assistencial de l'atenció primària, els 7 darrers anys s'ha dedicat a la gestió d'infermeria.

P: Estàs contenta de ser infermera?

R: Sí, en termes generals sí, encara que..... que té dificultats, de reconeixement i desenvolupament professional, però penso que he de respondre la pregunta amb un sí.

P: Creus que el col·lectiu d'infermeria és un col·lectiu prou fort?

R: Crec que no. Som un col·lectiu molt poc cohesionat i ho veus en qualsevol cosa que passa. Jo no sé si va lligat a que som més dones que homes, però sovint et trobes que qualsevol cosa que passa, la gent es critica entre uns i els altres. Això no es veu, gairebé mai, entre els metges...i fins i tot entre les metgesses que cada vegada més en tenim a primària. A vegades, les sents que fan algun comentari,...però no és comparable amb els de la infermeria.

P: I a nivell de responsabilitat de la infermera, a nivell de la seva posició dins els organigrames de les institucions o pot ser pel seu paper en gran part delegat d'un altre professional fa que la infermera deixa una mica de banda el protagonisme?

R: Jo és que penso que la infermera sap quines responsabilitats té i ja les porta a terme. A l'atenció primària les infermeres tenen molt ben definides les seves tasques hi crec que tenen molta autonomia de decisió i per fet la seva feina amb molt de marge.... de fet tenen la seva consulta pròpia. Fan la feina domiciliària de la manera que pensen que l'han de fer....jo crec que potser hi hagin més dificultats en els hospitals però a primària, en el dia a dia, no.

P: Llavors penses que el col·lectiu metge respecte la feina de la infermera i té en compte el treball en equip?

R: Bé....penso que sí.....però penso que no és definitiu, perquè és veritat que, segons quin metge o metgessa, et marca unes clares diferències amb la infermera que treballa, però també cal dir que com que tenim la feina molt ben separada els punts de trobada són els necessaris...els que han de ser. Però hi ha molts metges que consideren a la infermera molt i que treballen en equip.

P: Creus que el fet de ser dona hagi pogut influir en la professió en general, en el seu desenvolupament, consideració...?

R: És possible.....és possible, és possible,....perquè a veure...és un fet real que la infermeria no tenim la consideració que ens correspon i jo no diria que per part dels metges i metgesses sinó per part de la societat en general. Però jo també penso que això és degut a que penso que la societat en general no es coneix massa. Mira, aquí ho veiem molt, i jo que porto molts anys a primària ho he anat veient com ha canviat al llarg de temps. Les infermeres, abans de la reforma de primària, fèiem quatre cures i quatre receptes i para de comptar. La gent crec que encara ens considerava menys. Només se'n recordaven de nosaltres quan tardàvem massa en fer les receptes. Amb la reforma això ha canviat molt. Ara els pacients ens coneixen i saben quina feina fem i quina fa el metge. Una cosa molt diferent, i que és certa, és que no tothom coneix la feina i les diferències d'alguns professionals de la salut. Nosaltres tenim una població molt fidelitzada..... però és una població de gent gran. Les persones d'edat mitjana i jove, jo diria potser millor, l'adolescent, són les que, en general, no venen gaire i no ens coneixen.

P: Creus que l'evolució de la medicina ha fet evolucionar a la infermeria o la tecnologia, la veus com un element desenvolupador de la professió?

R: Jo crec que sí. A veure, no té res a veure quan jo vaig estudiar la tecnologia que hi havia i que a mi ja em semblava extraordinària amb la que hi ha actualment. A més, també és clar que l'evolució científica ha marcat unes determinades maneres de fer..... que també han influït en la professió. Jo crec que són coses molt bones per a la infermeria i també lògiques ja que una part de la nostra feina és delegada als metges i és lògic pensar que si la medicina

evoluciona també ho han de fer aquells que treballen amb els professionals de la medicina.

P: Les infermeres, pel fet de que la professió ha estat durant molts anys exclusiva de dones i de que socialment es té assumit el paper de dona cuidadora, creus que poden arribar a generar biaixos de gènere envers als infermers a l'hora de compartir tasques assistencials directes?

R: Home crec que sí, que podria ser que es donés aquest cas. És clar en l'atenció primària això queda molt difós sobretot en les àrees reformades. Aquí les tasques queden molt ben definides i es porten a terme amb independència. Precisament aquesta autonomia o parcel·lació de la feina, ja que cada infermer o infermera té el seu lloc físic, el seu espai individual, no hi ha lloc per a expressar l'existència de prejudicis entre els dos sexes. Jo.....penso que, abans, amb la figura del practicant hi havia una diferència molt marcada entre infermers i infermeres o practicants i infermeres, ara això ha minvat molt.

P: Què en penses... que l'usuari li agrada més que el cuidi una dona o un home?

R: Penso que....que....encara s'està acostumat a que la persona que cuida sigui la dona, i nosaltres ho notem molt amb els usuaris grans que tenim, que són la gran majoria. Llavors també s'hi acostumen i acabant trobant-ho lo més normal del món,...però primer ho troben estrany. Em recordo que quan va començar un infermer a treballar amb nosaltres, els usuaris es pensaven que era el metge i ell comentava que així se li adreçaven una part d'ells, però una vegada aclarit el dubte, és evident que els hi agrada, li tenen confiança i el coneixen pel nom. Això sí que diria que els usuaris tenen més tendència a adreçar-se pel nom als infermers homes que a les dones, a les que, molt sovint, les anomenen infermeres en genèric. De totes maneres és una qüestió difícil.....

P: Per què creus que la professió infermera, malgrat estar composta en els darrers anys per cada vegada més homes, segueix essent una professió encara molt feminitzada?

R: Crec que al ser una professió de dones, i fa tants anys que és així, és una tendència jo diria que gairebé "natural" que tenim les dones. De fet l'estereotip de la nostra infantesa o joventut era o mestra o infermera...crec que és una cosa que s'arrastra de fa tants anys que ja s'ha quedat així. A més, penso que els homes tampoc els hi afavoreix una feina d'aquestes característiques. Ja sé...i tots sabem que els sous de la infermeria no són cap meravella, però si els homes....una vegada han decidit estudiar....els hi surt més a compte estudiar una altra carrera que la d'infermeria. Tant pel sou com per les dificultats d'horaris i...bé, dificultats en general. Ara bé, si la persona té ganes o té molt clar que vol ser infermer llavors no hi ha res a dir!.

P: Creus que la dona té unes condicions o qualitats especials o naturals per fer d'infermera?

R: Per una part sí i per l'altra no. Mira jo crec que el sexe no fa diferent a les dones. Les dones tenen la mateixa capacitat d'estudiar que els homes, són capaces de fer els estudis que els hi doni la gana, si hi ha capacitat per fer-ho...és clar. A casa meva en tinc un exemple de cada classe....Però, també penso que les dones la societat ens ha marcat, ens ha fet diferents en quant a qualitats i habilitats que hem desenvolupat, potser per les necessitats que sempre ens han penjat....a lo millor és el resultat d'una adaptació al que la societat sempre ens ha demanat. Llavors penso que les dones tenim uns

aspectes més desenvolupats que ens permeten fer la feina amb un valor afegit que potser no es dona tant en els homes. De totes maneres, hi ha homes que també el tenen i hi ha molt bons professionals d'infermeria que fan la feina amb una professionalitat i una correcció que no notaries la diferència de la dona o que inclòs la dona infermera no té o no fa. Però normalment tenim tendència a saber connectar més amb els pacients, a tenir més paciència i més complicitat.

P: I diries que la infermeria, com a col·lectiu, es sent reconegut per aquesta feina que la fa i la fa bé?

R: Jo crec que majoritàriament sí. Veig que aquí les infermeres estan, en general contentes, amb la feina que fan i els usuaris, potser pel fet de fer domicilis, són gent agraïda i que són conscients de l'ajuda que els hi dona les infermeres. Com a col·lectiu crec que tenim molt que desitjar. La veritat és que no sabem i ens consta moure'ns. Soms un col·lectiu professional que reivindiquem poc, la nostra feina és més interna que altres col·lectius i no ens agrada sortir al carrer i protestar. D'aquesta manera ens hem perdut moltes coses i hem deixat passar molts trens...però no tenim remei!

P: I per què penses que passa això?

R: Les infermeres ens agrada la feina que fem. No podem estar d'acord amb la política o les organitzacions, amb les decisions que es prenen però, estem bé en el lloc de treball i amb la feina que fem, precisament perquè l'usuari, a nivell individual, ja reconeix la nostra feina. El reconeixement institucional, com a col·lectiu, arriba un moment que els anys de l'esquena t'ensenyen que no n'has de fer cas. El que realment importa és que has d'estar bé amb els companys més directes i el que realment importa és la teva família...lo demás...és secundari, es paper mullat. Això potser sona molt dur i es pot pensar que porta a desinhibir-te de tot, però el que importa és fer la feina ben feta quan portes els pacients i a partir d'aquí carretera i manta. Per això penso que som un col·lectiu molt desunit. Hem de fer masses coses: la feina, la feina de casa, els estudis dels nens, formació per a la carrera professional!!!. Masses coses.....

P: I les institucions, com creus que veuen a la infermeria?

R: Com una mà d'obra,... no diria que barata perquè tampoc ho som tant però si poguessin ja l'abaratirien més o ens substituirien per personal més barat i que féssim coses semblants. Oh!...ha quedat molt malament el que dit...i no m'agradaria que se'm mal interpretés. Avui en dia el que es veu és que predomina la pela i res més. A les infermeres no se'ns té gaire en compte

P: Consideres que el fet que la infermeria sigui preferentment de dones hagi pogut influir en el reconeixement de la seva professió i en el seu desenvolupament social i professional de la mateixa?

R: Penso que sí,...de fet, n'estic segura. Les dones sempre han tingut una consideració diferent dels homes. Sempre hi ha hagut feines d'homes i feines de dones. Recordo que quan vaig estudiar ser infermera també era cosa de dones i medicina d'homes. Ara aquest tema de la medicina ja va canviant. De fet, en l'atenció primària hi ha, cada vegada més, metgesses de família, a banda de les pediatres. I la veritat és que saben fer més equip que els homes. No sé,...sembla que realment es tingui més en compte a les infermeres i nosaltres també ens sentim a gust amb elles perquè tenen tendència a establir bona relació amb nosaltres. Potser per l'afinitat que hi hauria d'haver pel fet de ser totes dones. Els homes tenen una manera de fer que els diferencia de les dones i ho tinc que dir així perquè els usuaris també, a vegades ho manifesten. De fet, els usuaris estan més contents amb les metgesses que amb els metges,

perquè diuen que els tracten més bé en quant que estan molt més pendents de les coses, dels seus gustos, de la problemàtica familiar, de parella,...i coses així.

P: Quins valors creus que la societat hi veu en la professió infermera?

R: L'accessibilitat, la disponibilitat, la capacitat d'ensenyar, la paciència, etc. Crec que els usuaris saben molt bé què fa la infermera, què li pot oferir i també que és el professional del que s'ha de refiar sempre ja que està sempre al seu servei. Això no passa amb el metge amb el que el contacte metge-pacient és encara més minsa.

P: Creus que la professió d'infermeria és una professió vocacional, que s'ha de tenir vocació per fer aquesta feina?

R: Caram!...jo penso que sí. Sempre ho he pensat perquè fer aquesta feina sense tenir vocació de fer-la se'm fa realment difícil. És una feina...molt sacrificada, de molta responsabilitat. Aquí, a primària, tenim molt de contacte amb els pacients, amb la família i amb l'entorn d'aquesta. Això, fa que quan es viuen situacions difícils, de malaltia greu, de situació de sociopaties,...acabes empatitzant molt amb les persones afectades i t'arriben a afectar els seus problemes i els seus maldecaps, perquè també són una mica teus.

P: I la vocació seria un element que et fa mantenir en la professió d'infermera?

R: Hi tant que sí....sense cap mena de dubte!. Penso que si no hi ha vocació una persona acaba fent malament la seva feina. Tothom, més o menys, escollim el que volem ser i, llavors, més tard, quan ens incorporem a l'àmbit laboral, la duresa del dia a dia porta, inevitablement, a un cansament. D'aquest te'n pots refer si t'agrada la feina que fas...i...llavors amb un descans físic ja em fas prou. Però quan has perdut l'encant per la feina...quan, ja no hi ha vocació la duresa de les condicions laborals fan que t'acabis d'esgotar i avorreixis la professió.

P: Tornaries a estudiar infermeria si poguessis tornar a escollir una nova opció professional?

R: Dons, no ho sé. Potser hauria de dir que a vegades penso que no i de fet, els meus fills quan van estar en l'edat de decidir què volien estudiar jo pensava: Oh! senyor! Que no vulguin fer infermeria!...de fet, ja m'ho van preguntar i jo els hi vaig dir que era un professió molt bonica però que alhora implicava molt sacrifici per a ells mateixos i per la gent que, tard o d'hora, formarien part de la seva família. Jo suposo que això va ser suficient o contundent per a prendre una decisió, perquè, des d'aquell dia, mai més em van preguntar res més. Però, també és veritat que m'ha portat moltes satisfaccions i he fet la feina que m'ha agradat i que m'agrada. Una vegada vaig acabar d'estudiar vaig tenir clar que lo meu era l'atenció primària,...a mi,...mai m'ha agradat l'hospital, el trobo molt impersonal, i vaig tenir la sort de poder-m'hi ficar i quedar-me. O sigui que no ho sé...però el que sí tinc clar és que em portaria un bon problema haver-ho de decidir.

P: Recomanaries a algú fer infermeria?

R: Si el veiés convençut i em vingués a preguntar el parer crec que li diria que sí...li recomanaria però sempre que veiés que té les coses molt clares perquè o sinó no és una bona opció per a provar sort.

Gràcies per dedicar-me aquest temps. Quan disposi de la informació per escrit, te la faré arribar per a que la llegeixis i em donis el teu vist i plau.

Tesi doctoral: La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals

Annex 8

Artefactes etnogràfics documentals: LLIBRE BLANC de les professions sanitàries a Catalunya (Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya), i “La professió d’infermeria. Principis i línies estratègiques” (Consell Assessor d’Infermeria, Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya).

Extracció de dades literals relacionades amb la professió d’infermeria del *LLIBRE BLANC de les professions sanitàries a Catalunya (2003)*.

1- Presentació del document

El *Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya* (LBPS) té com objectiu la formulació d’un conjunt de propostes elaborades a partir d’una anàlisi de la realitat del sistema sanitari català i orientades a donar resposta als reptes de futur amb una perspectiva de mitjà i llarg termini.

En el procés d’elaboració del *Llibre blanc* han intervingut tots els agents implicats, tant els ciutadans i els professionals com les organitzacions i associacions. Aquest procés participatiu l’ha gestionat l’Òrgan Tècnic per a l’Elaboració del Llibre Blanc (Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya), que l’ha facilitat posant a disposició de tots els interessats instruments i mètodes diversos a través d’activitats presencials i virtuals.

En el nostre país, en el marc de la Llei d’ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), les polítiques sanitàries s’han desenvolupat a través de l’establiment de prioritats de salut i serveis per donar resposta a les necessitats de salut de la població. Partint de l’anàlisi de la situació actual, calia abordar els problemes relatius a les professions sanitàries per millorar la qualitat i la satisfacció de les necessitats i expectatives dels ciutadans més que per proposar reformes destinades exclusivament als professionals.

El LBPS és l’instrument estratègic que ha d’orientar la presa de decisions pel que fa al desenvolupament futur de les professions sanitàries: la planificació, la formació i la gestió dels professionals. El LBPS ha de facilitar, i ha de promoure iniciatives i actuacions dirigides a garantir la coherència entre les necessitats socials i la competència professional, que contribueixin a dotar el sistema de professionals que, des del punt de vista qualitatiu i quantitatiu, puguin donar resposta a les necessitats dels ciutadans a criteris d’eficiència, eficàcia i qualitat.

El document compte amb 9 apartats: La Introducció; El Llibre blanc de les professions sanitàries a Catalunya: un procés transparent i participatiu; L'entorn; Els professionals de la salut a Catalunya; La percepció ciutadana; La percepció dels professionals; Punts crítics i línies d'avenç; Les competències i el contracte social. Eixos estratègics i, finalment el de les Consideracions finals.

2- Extracció de dades literals

L'extracció de dades literals relacionades amb la professió d'infermeria (consideració, gènere) s'ha realitzat seguint l'ordre dels apartats del document i creiem oportú mantenir aquesta estructura per la seva presentació.

2.1. Introducció

En aquest primer apartat es parla de “La **capacitació i competència** dels professionals que desenvolupen funcions en els **serveis assistencials**” (pàg.11) com un dels principis fonamentals per aconseguir el desenvolupament integrat dels recursos humans.

S'afirma que pel desenvolupament dels serveis de salut i dels recursos humans “El subsistema de formació ha de considerar la contribució del **sistema docent** i la contribució dels **sistema assistencial**; el subsistema del desenvolupament i gestió dels recursos humans, amb la cooperació dels responsables de les organitzacions proveïdores i de les **associacions professionals**, ha de preveure l'eficiència i la qualitat en la prestació dels serveis, és a dir, en la distribució del treball en les organitzacions” (pàg.11).

En quant a l'adequació dels recursos es comenta “Els serveis assistencials estan ben desenvolupats i els recursos, en general, són suficients i tenen una gran capacitat; hi ha, però, problemes d'adequació quantitativa i qualitativa a les noves necessitats. Podem dir, doncs, que la funció de desenvolupament i gestió dels recursos humans és crítica, i que cal millorar la gestió de professionals en tots els seus vessants: desenvolupament professional, oportunitats formatives i reconeixement intern i social” (pàg. 12).

En el següent paràgraf es fa una descripció dels problemes que tenen els professionals de la salut en l'escenari assistencial: “Les professions sanitàries s'han caracteritzat pel **compromís i l'esperit de servei**. Sovint l'entorn del treball és viscut en les organitzacions com un espai en que el control limita la discrecionalitat professional i la burocràcia arracona la responsabilitat, la rutina, la inventiva, l'estrès, la satisfacció. Els professionals perceben que el seu **estatus professional s'està erosionant**, que no tenen autoritat per prendre decisions, que la seva ètica professional està menystinguda per uns principis economicistes que els obliguen a prendre decisions ètiques més enllà de les seves capacitats professionals i que els increments dels costos que ells han de controlar es deuen a conductes socials fomentades pels polítics” (pàg. 12-13).

En un altra paràgraf s'evidencia una situació molt superficial de la relació professional - usuari en la que que no s'aprofunditza en l'etiologia global de la problemàtica: “El ciutadà espera del sistema sanitari la capacitat de fer front a qualsevol malaltia, de **resoldre la major part dels problemes** sense limitacions

de coneixements ni de recursos. Això comporta una certa **insatisfacció tant de la societat com dels professionals sanitaris**. La relació professional-pacient es ressent del fet que **el ciutadà perd la confiança en el professional**: el ciutadà vol estar més ben informat, vol que el professional li reti compte, i demana més transparència i més garantia de qualitat. Cal superar **la manca de coincidència entre el sistema de valors del ciutadà i el sistema de valors del professional**. En definitiva cal harmonitzar **els valors del coneixement especialitzat i els valors del coneixement global i humanístic de la persona**” (pàg. 13).

2.2. L'entorn

“En el **model sanitari català el ciutadà se situa en el centre del sistema, és l'objectiu prioritari de les actuacions**. El ciutadà ha de percebre com a trets definidors del sistema sanitari el **bon tracte personal, l'atenció personalitzada, l'adequació de la informació rebuda** i, en definitiva, el respecte a la dignitat de la persona i a la llibertat individual, així com la idea que la salut és un dret i un deure individual i col·lectiu” (pàg. 25).

Pel que fa referència als recursos humans del sistema sanitari català cal ressaltar que: **“L'anàlisi quantitativa i qualitativa dels col·lectius de professionals sanitaris a Catalunya topa, com en la gran majoria de països del nostre entorn, amb el problema de comporta el fet de no disposar de dades fiables**. Les dades existents es limiten principalment a les que proporciona la col·legiació, i se'n desconeix la correspondència respecte als llocs de treball disponibles en el conjunt dels centres i serveis del sistema sanitari. (...) Aquesta situació palesa la necessitat que els mecanismes per a l'obtenció d'informació fiable i continuada s'articulin a partir de la creació d'un sistema d'informació que sigui dinàmic i estigui permanentment actualitzat i la necessitat que els professionals sanitaris i els llocs de treball dels sistema disposin d'instruments i mecanismes de recerca i avaluació sociològica permanent” (pàg. 27).

“S'identifica, però, una clara **tendència a la feminització en les professions sanitàries, que s'accentua en les generacions més joves**. Pel que fa a l'edat, els professionals sanitaris es troben majoritàriament **per sota dels 50 anys**”(pàg. 28).

S'ha de tenir en compte que dins les professions sanitàries s'inclouen els següents professionals, enumerats seguint el mateix ordre del document,: metges, farmacèutics, odontòlegs, psicòlegs clínics, biòlegs (sanitaris), infermeres, llevadores, dietistes i nutricionistes, fisioterapeutes, òptics i optometristes, podòlegs, protètics dentals i auxiliars d'infermeria.

Extracte taula: Professionals sanitaris col·legiats a Catalunya per 1.000 habitants

Professionals	Ràtio
Metges	4,63
Farmacèutics	1,26
Odontòlegs	0,48
Psicòlegs clínics	-

Biòlegs (sanitaris)	0,08
Infermeres	5,09
Llevadores	1,62
Dietistes i nutricionistes	0,03
Fisioterapeutes	0,53
Òptics i optometristes	0,21
Podòlegs	0,12
Protètics dentals	0,15
Auxiliars d'infermeria	2,14

Font: Col·legis professionals, any 2001

Quan s'argumenten en el text les dades de ratios de professionals sanitaris amb les d'altres països europeus només s'utilitza la de metges, no n'apareix cap més, malgrat s'annexi una taula amb 16 països i les ratios corresponents als metges, infermeres i odontòlegs: "La ràtio de professionals per mil habitants a Catalunya és similar a les d'Itàlia i França, si bé caldria considerar altres aspectes, com ara les funcions i tasques desenvolupades pels diferents col·lectius en els països respectius, per poder-ne fer valoracions. Tanmateix, en termes quantitius es considera que un país industrialitzat amb una mitjana de menys de 2 **metges** per cada mil habitants té una situació de penúria pel que fa al personal mèdic, i que una densitat superior al 3,5 és indicadora d'un excés" (pàg. 29). En el cas d'infermeria no sabem com s'hauria de valorar o amb quin país es podria comparar.

Quant a les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) no hi ha cap menció específica al col·lectiu infermer malgrat que compta amb el major nombre de professionals implicats en l'atenció directa del pacient: "Les **TIC** tindran cada cop més **influència** en el sector sanitari i sobre diversos camps relacionats amb les **professions sanitàries**:

- En la **planificació de les necessitats dels diferents tipus de professionals**, en la mesura que transformin els models organitzatius assistencials i es modifiquin quantitativament i qualitativament l'activitat clínica, docent i investigadora, en un nou context que afavorirà la integració vertical i horitzontal dels processos assistencials.
- En la **formació dels professionals**, en què incidiran sobretot en les **metodologies d'ensenyament i aprenentatge**, així com en els processos de **certificació i recertificació professional** periòdica.
- En els **processos de comunicació** entre els professionals sanitaris i els ciutadans i en l'accés dels ciutadans a la informació sobre els temes relacionats amb la salut"(pàg. 31-32).

2.3. Els professionals de la salut a Catalunya

En aquest apartat hi ha un paràgraf que parla de la relació entre el sistema educatiu i el sanitari, concretament de l'estructuració de les carreres professionals

per a garantir millores en el funcionament dels serveis sanitaris. No es planteja cap altre objectiu adreçat directament als professionals: “Per establir un pla de recursos humans en l'àmbit de la salut cal preveure la **coordinació** necessària **entre el sistema educatiu i el sanitari**. La **motivació** i el paper de les **oportunitats formatives**, així com l'**estructuració de les carreres professionals**, són els elements clau dels quals depèn que el procés planificador arribi a aconseguir **millores** visibles en el **funcionament dels serveis sanitaris**” (pàg. 35).

La formació, segons les argumentacions del document, ha de garantir la incorporació, al mercat laboral, de professionals tècnicament ben formats: “A més, d'una banda, les administracions i organitzacions professionals no disposen de mecanismes d'anàlisi continuada i metodològicament correcte de l'evolució de problemes i, d'altra, caldria **orientar el sistema educatiu actual**, centrat en els **processos**, cap als **resultats**, per donar una resposta adequada a les necessitats i a les demandes actuals (...). Alhora, ens cal emprar entorns més diversificats que els actuals (hospitals, centres d'atenció primària i altres centres de recursos assistencials) i obrir un debat sobre la necessitat i la conveniència que el procés de formació dels professionals sanitaris estableixi **simulacions i laboratoris d'habilitats clíniques**” (pàg. 37).

El següent paràgraf aporta orientacions metodològiques i curriculars en les que no s'evidencia la presència del gènere: “L'ensenyament basat en la resolució de problemes, la tutoria precoç i contínua dels alumnes, el treball en grup, la docència basada en l'evidència (BEME), la introducció decidida de l'**aprenentatge teòric i pràctic de l'atenció primària**, la integració curricular dels **ensenyaments bàsics i clínics**, són elements de **progrés conceptual i tècnic** encara pendents, i caldrà generar un impuls polític i legislatiu decidit per iniciar aquest nou camí” (pàg. 38).

2.4. La percepció ciutadana

Aquest dos paràgrafs il·lustren comentaris, ja aportats pels informadors del projecte, i que tenen a veure amb la causalitat del posicionament, cada vegada més ferm, de l'usuari de la sanitat: “Els valors socioeconòmics i culturals condicionen la visió de la salut i la malaltia i la manera com la societat s'organitza davant les necessitats de salut. Els **valors** predominants s'emmarquen en un **entorn hedonista** en què el dolor, la malaltia i la mort costen d'acceptar. En l'estat del benestar, l'atenció a la salut es considera un dels pilars fonamentals: el ciutadà **espera del sistema sanitari la capacitat d'afrontar i resoldre** la major part dels problemes de salut **sense limitacions de coneixements ni de recursos**”. “les noves generacions estaran més ben informats (...), seran més responsables de vetllar per la seva pròpia salut, i, per tant, tindran expectatives més reals, però també seran més exigents i crítics” (pàg. 46).

A continuació es relacionen varis fragments del document en els es posa de manifest que quan es parla de professions sanitàries es pensa en la medicina i en el metge, en particular: “La utilització de les noves tecnologies marcarà un canvi

en les relacions, si bé es considera que la tecnologia no pot reemplaçar el que és **essencial en la relació amb el metge: el contacte personal i directe**”(pàg. 46).

“ Es percep el triangle constituït pels professionals, les institucions i els ciutadans, i s’identifiquen els rols i àmbits de responsabilitat que els són propis dins les organitzacions: el metge, curar; el gestor, gestionar eficientment, i el ciutadà, satisfer les seves demandes i expectatives” (pàg. 46).

“El ciutadans reconeixen el treball en equip i les **relacions de poder** que es donen entre **els diferents professionals**, i ho valoren positivament” (pàg. 47). “S’atorga als metges un **rol central** en el procés d’assistència sanitària, perquè fan el **diagnòstic i estableixen el tractament**, activitats que els pacients valoren molt. D’altra banda, s’atribueix als **professionals d’infermeria el rol de cuidadors** i de **suport als metges**. A més, com que aquestes professionals es consideren **més accessibles**, sovint canalitzen les demandes del pacient, sobretot en l’àmbit hospitalari” (pàg. 47). “En el futur, el ciutadà hauria de ser conscient dels seus drets i deures, i hauria d’assumir la seva quota de responsabilitat com a consumidor de serveis sanitaris; el **professional** hauria detenir més present la **transcendència econòmica de les decisions clíniques**, i el gestor hauria de tenir en compte que hi ha certs valors que no es poden mesurar exclusivament en termes d’eficiència” (pàg. 47). Està clar que pel context en que es troba la paraula “el professional” a qui se li atorga la facultat de “les decisions clíniques” s’està tornant a fer referència al metge. La mateixa situació però d’una manera totalment explícita la trobem en: “Hi ha la percepció que els professionals sanitaris (**metges, especialment**) es troben atrapats entre la prestació de serveis sanitaris que n’espera la societat i els bons estàndards de pràctica clínica i eficiència que exigeix l’organització sanitària, i que aquesta situació de conflicte els genera **angoixa i frustració**” (pàg. 47).

Els valors que la societat veu en el marc de l’atenció són la confiança i la qualitat tècnica. Et tracte també és un element que aportaven els informadors de la investigació: “L’usuari opina que **qualitat tècnica i relació humana** són ingredients clau per a una relació sanitària satisfactòria. Les relacions entre ciutadans i professionals s’han de fonamentar en la **confiança** i els estàndards de **bona pràctica**. La manca de tracte personalitzat i d’informació, suplida moltes vegades per l’ús indiscriminat de l’alta tecnologia, l’ús del tuteig inadequat, la falta de respecte per la intimitat, la manca de temps i de seguiment, l’engany del pacient, són vistos pels ciutadans com elements que distorsionen la relació.

S’accepta que la relació sanitària és una **relació desigual** en que una de les parts posseeix uns **coneixements específics**. S’apunta, però, que el fet de reconèixer que també els pacients són experts és la clau d’una **relació satisfactòria metge-pacient**: el metge té - hauria de tenir - coneixements sobre tècniques de diagnòstic, tractaments i prevenció, i el pacient té els coneixements sobre la pròpia experiència davant la malaltia, sobre les circumstàncies socials, conductes, actituds i preferències. El que es proposa i es debat és un canvi entre la relació metge-pacient en termes de participació mútua. Es considera desitjable que la relació tendeixi a ser més simètrica: el malalt ha d’aprendre del metge i el metge del malalt. D’aquesta manera, el **metge** s’allunya de la **posició piramidal** que ha ocupat **tradicionalment**” (pàg. 48) En aquest paràgraf s’anul·la completament el treball de la infermeria. El metge agafa tot el protagonisme de les professions

sanitàries. A més, es planteja un a visió del metge com una persona que només disposa de coneixements i es prescindeix del fet que és una persona socialitzada que també té experiències davant la malaltia, circumstàncies socials, actituds, etc.

“A més d’una elevada competència tècnica, les qualitats que els ciutadans esperen trobar en els professionals sanitaris, especialment metges i infermeres, són de tipus **relacional** alhora que **actitudinal**. S’emfatitzen de manera especial un conjunt de qualitats directament relacionades amb una actitud receptiva i un **tracte** i una **comunicació adequats**” (pàg. 49).

2.5. La percepció dels professionals

La densitat de metges per habitant que té Espanya s’argumenta per l’excessiva producció dels anys setanta i la primera meitat dels vuitanta. Respecte a la infermeria, la disminució de professionals desperta la necessitat d’esbrinar la causalitat i les estratègies d’intervenció però el plantejament que s’explicita sembla estar mancat de la diversitat etiològica d’aquesta realitat: “Pel que fa als professionals d’infermeria, sembla que **se’n formen pocs** i es constata el descens en la demanda de places en les escoles, cosa que obliga a reflexionar sobre el model competencial i els àmbits d’especialització d’aquests professionals” (pàg. 53).

“El sistema sanitari espanyol no pateix greus desequilibris (de professionals), excepte una borsa envellida de metges subocupats” (pàg. 53).

En tot el document es parla constantment de les competències professionals i de la responsabilitat. Caldria veure perquè si els professionals tenen molt clar les seves competències i la formació universitària garanteix l’assoliment de les mateixes la professió infermera no dona un pas endavant tant en el desenvolupament professional com en el reconeixement personal.

Una referència al *burn out* dels professionals sanitaris, i concretament o, millor dit, exclusivament sembla de la infermeria, la trobem només en el paràgraf: “Per afrontar el *burn out* que afecta als professionals de forma significativa caldrà posar en marxa estratègies de **potenciació de l’autonomia professional**” (pàg. 56).

2.6. Punts crítics i línies d’avenç

“La **valoració social de les professions sanitàries** ha sofert una **transformació** en els darrers anys. Cal definir el contracte social entre els agents implicats (institucions, professionals, ciutadans i polítics), la qual cosa comportarà que es demani compte de les actuacions individuals i col·lectives amb més exigència” (pàg. 60).

“Els objectius i continguts dels currículums de les professions sanitàries no s’adeqüen prou a les necessitats, expectatives i demandes actuals” (pàg. 60).

“En la formació de pregrau, els objectius, l’organització i els continguts curriculars no són efectius per aconseguir el tipus de professional que es necessita” (pàg. 61).

“No estan prou definides les responsabilitats institucionals pel que fa a la garantia de la competència professional” (pàg. 62).

“les competències exclusives i compartides dels diferents grups professionals no estan clarament definides” (pàg. 63). La delimitació protocol·litzada de les competències i responsabilitats dels diferents grups professionals davant les actuacions assistencials, docents i de recerca hauria de ser una prioritat del sistema sanitari.

“Els professionals sanitaris es troben immersos en un context d’erosió de l’autoestima i de la motivació” (pàg. 63).

“Els professionals sanitaris estan sotmesos a tensions laborals i professionals que sovint són causa de desmotivació” (pàg. 63).

“Les organitzacions vinculen d’una manera excessivament rígida les titulacions als llocs de treball” (pàg. 64). Les organitzacions haurien de definir les competències necessàries per desenvolupar un lloc de treball determinat i seleccionar el professional idoni tenint en compte la seva expertesa i sense dependre exclusivament de la titulació.

2.7. Les competències i el contracte social. Eixos estratègics

Quant al repte d’evitar els desajustaments en la disponibilitat de professionals sorgeixen propostes orientades als professionals de la medicina i als de la infermeria. Cal remarcar que en tot el text només es parla de metges no de metgessa.

“*Metges*: Sembla adequat restringir el ritme actual d’entrada d’alumnes en les facultats de Medicina durant els propers vuit a deu anys i, posteriorment, iniciar un ritme expansiu que permeti el recanvi generacional del col·lectiu que arribarà a l’edat de jubilació.

S’han de preservar les capacitats nuclears d’una formació més global, en el context d’una evolució creixent cap a l’especialització.

Cal analitzar els desequilibris puntuals en la dotació de determinades especialitats medicoquirúrgiques, com a conseqüència de canvis tecnològics, competencials i organitzatius. Reconversió d’especialitats excedents cap a les deficitàries” (pàg. 77-78).

“*Infermeres*: En el col·lectiu s’observa una davallada en la demanda dels estudis i un envelliment dels professionals en actiu, així com un fenomen emergent d’emigració cap a països de l’entorn, fets que fan preveure que a mitjà termini es pot produir un dèficit d’aquests professionals, amb una especial incidència en àmbits com el sociosanitari, la salut mental, l’atenció a crònics, l’atenció domiciliària i els col·lectius vulnerables” (pàg. 79).

Cal articular mesures correctives que flexibilitzin les condicions d’exercici professional i els sistemes de reclutament i promoció de la professió, per tal d’incentivar la permanència dels professionals en el sistema i la demanda d’estudis d’infermeria.

Com a conclusió, cal dir que la lectura del document aporta un enfoc molt orientat al pacient. El document, quan tracta de les professions sanitàries, en parla d'una manera tant general que no acaba concretant aspectes específics importants de moltes d'elles. Els hi dóna un caire molt mercantilista aplicant una vessant orientada a la producció dels professionals. Només en una ocasió queda palesa l'existència d'una problemàtica professional descrita en tres vessants: el desenvolupament professional, la formació i el reconeixement intern i extern, així com el sentiment "d'erosió" especialment del professional dels metges. Quan es parla de professionals de la medicina s'adrecen al col·lectiu en masculí, de fet no surt mai el terme metgessa, i segueix essent el professional entorn del qual gira tot.

No es percep ganes de fer una anàlisi que vagi més enllà, que tingui en compte a les persones que hi ha darrera dels professionals. Pensem que si la infermeria no canvia la seva percepció pot ser serà una professió a extingir o al menys a quedar arraconada per l'aparició d'altres professionals que desenvolupin unes competències més adequades a les demandes de la productivitat de les institucions.

No hi ha aportacions concretes per part dels centres formatius ni dels col·legis professionals sobre les percepcions els seus col·legiats. Ambdues entitats, van ser convidades de primera línia en el procés d'elaboració del Llibre i sobte que, en algun lloc, no hi aparegui explícitament el problema del desgast professional, de la insatisfacció, del burn out professional que pateixen elles professions sanitàries.

Es parla molt de la capacitació i de les competències, elements que surten constantment al llarg del document però que només transmeten la vessant productiva del professional.

Extracció de dades literals relacionades amb la professió d'infermeria del document "*La professió d'infermeria. Principis i línies estratègiques*" (2004).

1- Presentació del document

Aquest document, summament reduït en extensió, reflecteix el posicionament del Consell Assessor d'Infermeria davant els nous reptes que el sistema sanitari planteja. Un dels objectius que es va fixar el Consell des de que es va crear, l'any 1997, com a òrgan consultiu del servei Català de la Salut, ens públic adscrit al Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, va ser donar a conèixer quins haurien de ser els principis fonamentals de la professió i proposar estratègies per desenvolupar-los.

El document compte amb tres apartats: Introducció, Els principis fonamentals de la professió i Proposta de línies estratègiques per al desenvolupament de la infermeria.

2- Extracció de dades literals

2.1. Introducció

“Donar a conèixer quins haurien de ser **els principis fonamentals de la professió** i proposar estratègies pel **desenvolupament de la infermeria**”

2.2. Els principis fonamentals de la professió

“La pràctica de la infermeria comporta el desenvolupament de les activitats de cures que responen al rol autònom de la infermera i d'aquelles activitats de **col·laboració** interrelacionades amb les actuacions d'altres professionals que integren l'equip multidisciplinari de la salut. Els **dos rols són importants** i configuren el paper essencial de la infermeria en l'exercici de la seva pràctica professional”.

“Les cures es fonamenten en **valors humanístics i coneixements científics**”.

2.3. Proposta de línies estratègiques per al desenvolupament de la infermeria.

- “Adoptar un model conceptual en cures d'infermeria i **assumir les competències** professionals”.
- “**Desenvolupar el rol autònom de la infermeria i la presa de decisions i responsabilitat**”.
- “Utilitzar el procés de cures d'infermeria com a **metodologia de treball**”.
- “Incorporar les **evidències científiques** a la pràctica d'infermeria”.
- “**Promoure la recerca en infermeria per demostrar el valor, l'efectivitat i l'eficiència** de les cures”.
- “**Millorar la pràctica** incorporant-hi els **resultats de recerca**”.
- “**Desenvolupar la carrera professional** potenciant la vessant clínica de treball de la infermera, fonamentat en les **competències professionals**”.
- “**Difondre les competències** de la Profesió d'Infermeria aprovades pel Consell Català d'Especialistes en Ciències de la Salut i reconegudes pel Comissionat per a Universitats i Recerca del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya i pel Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya així com **totes aquelles aportacions que puguin contribuir al desenvolupament professional de la infermeria**”.
- “**Potenciar mesures de revaloració de la imatge professional** vetllant pels aspectes relacionats amb el tracte, la informació i la comunicació amb la persona, la família i la comunitat”.
- “Assolir l'excel·lència en els diferents nivells de formació: vetllar per la formació pre-grau, impulsar el **desenvolupament del segon i tercer cicle d'infermeria**, potenciar la formació contínua, de post-grau i **especialització**”.
- “Exercir el **lideratge** en les diferents àrees de **competència professional**”.
- “**Promoure la participació de les infermeres en tots els àmbits sanitaris i sociosaniatris**, planificació, recerca i presa de decisions”.

Les conclusions que se'n treuen de la lectura d'aquest document és que s'evidencia, una vegada més, la constant necessitat d'explicar què és la infermeria, i que fa en el món assistencial. També queda palès la intenció de consolidar la professió en aspectes tant importants com ara la formació, la

promoció, la recerca i el progrés professional de la mateixa mitjançant la incorporació de metodologia científica en la seva praxi diària. Aspectes com el lideratge, l'encoratjament a conquerir els terrenys en els que pot competir com a professional competent i el constant reclam cap a la importància del rol autònom i la dualitat professionals constitueixen un altre missatge adreçat a despertar el sentiment d'identitat professional dels mateixos professionals, a vegades prou adormit .