

La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010)

RESUMEN

Objetivo: comprender la evolución de la identidad profesional de la enfermería en Valparaíso, Chile, en el periodo de 1933 hasta el 2010. **Materiales y métodos:** se trabajó con un diseño cualitativo complementado con análisis documental, apoyado por el software de análisis cualitativo Atlas TI. Se realizaron 17 entrevistas en profundidad a enfermeras que ejercieron la profesión en distintas épocas de la enfermería en Valparaíso, distribuidas en tres periodos que abarcan desde 1933 al 2010. **Resultados:** los datos muestran que la identidad de la enfermería ha ido variando desde un rol caracterizado por una vocación desinteresada de lo económico e interesada en la ayuda al otro de manera incondicional, a una nueva etapa en que perdura una vocación en el servicio aunque, esta vez, desde un servicio más profesionalizado y complejo. **Conclusiones:** esta investigación permite identificar que, al igual que las sociedades modernas, la enfermería está caracterizada por un creciente individualismo y complejización de sus procesos, por la exacerbación de la responsabilidad personal y los múltiples quehaceres de estos/as estimulados por el desarrollo científico y académico de la profesión.

PALABRAS CLAVE

Profesiones en salud, sociología, enfermería, historia de la enfermería, rol profesional (fuente: DeCS, BIREME).

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Chuaqui-Kettlun, J. R.; Bettancourt-Ortega, L. P.; Leal-Román, V. J.; Aguirre-González, C. A. (2014). La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). *Aquichan*. Vol. 14, No. 1, 53-66.

- 1 Doctor en Ciencias Humanas. Profesor Asociado, Universidad de Valparaíso, Chile. jorge.chuaqui@uv.cl
- 2 Enfermera-matrona. Magíster en Enfermería. Docente, Universidad de Valparaíso, Chile. Lorena.bettancourt@uv.cl
- 3 Socióloga. Universidad de Valparaíso, Chile. valentina.leal@uv.cl
- 4 Sociólogo. Universidad de Valparaíso, Chile. carlosaguigo@gmail.com

Recibido: 11 de julio de 2012
Enviado a pares: 26 de agosto de 2012
Aceptado por pares: 17 de septiembre de 2013
Aprobado: 14 de noviembre de 2013

The Professional Identity of Nursing: A Qualitative Analysis of Nursing in Valparaiso (1933-2010)

ABSTRACT

Objective: The study is designed to arrive at an understanding of how the professional identity of nursing in Valparaiso, Chile evolved during the period from 1933 to 2010. **Materials and Methods:** A qualitative design was used, supplemented with documentary analysis supported by Atlas TI qualitative analysis software. Seventeen (17) in-depth interviews were conducted with nurses who were active professionally during different eras of nursing in Valparaiso, which were divided into three periods spanning from 1933 to 2010. **Results:** The data show the identity of nursing has evolved from a role characterized by a selfless vocation in economic terms, coupled with an interest in unconditionally helping others, to a new phase that continues to involve a vocation to serve, but now from the standpoint of more professional and complex service. **Conclusions:** The results show that nursing, like modern societies, is characterized by growing individualism and the complexity of its processes, an intensification of personal responsibility and the multiple tasks of nurses stimulated by scientific and academic development of the profession.

KEY WORDS

Health occupations, sociology, nursing, history of nursing, professional role (source: DeCS, BIREME).

A identidade profissional da enfermagem: uma análise qualitativa da enfermagem em Valparaíso (1933-2010)

RESUMO

Objetivo: compreender a evolução da identidade profissional da enfermagem em Valparaíso (Chile) no período de 1933 a 2010. **Materiais e métodos:** trabalhou-se com um desenho qualitativo complementado com análise documental, apoiado pelo software de análise qualitativa Atlas TI. Realizaram-se 17 entrevistas em profundidade com enfermeiras que exerceram a profissão em diferentes épocas da enfermagem em Valparaíso, distribuídas em três períodos que abrangem de 1933 a 2010. **Resultados:** os dados mostram que a identidade da enfermagem tem variado desde um papel caracterizado por uma vocação desinteressada do econômico e interessada na ajuda ao próximo de maneira incondicional até uma nova etapa em que perdura uma vocação no serviço que, nesse caso, é mais profissionalizado e complexo. **Conclusões:** esta pesquisa permite identificar que, assim como as sociedades modernas, a enfermagem está caracterizada por um crescente individualismo e complexização de seus processos, pela exacerbação da responsabilidade pessoal e dos múltiplos fazeres desses/as estimulados/as pelo desenvolvimento científico e acadêmico da profissão.

PALAVRAS-CHAVE

Ocupações em saúde, sociologia, enfermagem, história da enfermagem, papel profissional (fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

La reforma de salud en Chile y los recientes avances en la gestión del cuidado han derivado en una serie de nuevos desafíos para la enfermería, que se han manifestado en el aumento de responsabilidades en torno a la gestión de recursos humanos y financieros, y en mayores exigencias para planificar, tomar decisiones y ejercer el liderazgo, lo que ha puesto de relieve la necesidad de plantearse el problema de la identidad y el rol de la profesión de enfermería en la actualidad. Estos aspectos podrían tener desavenencias frente a características tradicionales que prevalecen en la profesión.

El estado del arte de las investigaciones que trabajan estos problemas ha dado cuenta de que los valores y las actitudes de la profesión de enfermería y su desarrollo histórico mantienen una prevalencia de una identidad profesional “débil” (1) a pesar de los cambios acontecidos en la profesión en las últimas décadas. Otros autores han identificado que prevalecen una serie de tensiones y conflictos porque se mantiene un sistema de creencias basado en la subordinación y “el ser para otro” que vuelve compleja su interpretación sobre el rol y las expectativas (2), y que junto a otros factores, como la feminización del cuidado y la tendencia al respeto de las institucionalidades vigentes, volvería “invisible” a la profesión. También se ha reflexionado sobre las características tradicionales que ha tenido la profesión en el transcurso del tiempo, tales como la subyugación al poder médico, a la Iglesia y las discriminaciones de género (3), y por último, se ha trabajado el desarrollo teórico de la identidad en enfermería reconociendo una baja autonomía y autodeterminación, una débil apropiación del acervo teórico y poco compromiso gremial, lo que plantea la necesidad urgente de asumir desde la academia un rol más protagónico en los programas de formación que fortalezcan la identidad de los egresados, permitiendo así la vinculación de la enfermería con las ciencias humanas y la existencia de una masa crítica de enfermeras/os para su desarrollo (4). Particularmente, en el caso chileno, desde la investigación en enfermería contemporánea, la reflexión sobre estas problemáticas, como también las indagaciones de corte histórico, han estado relativamente ausentes, prevaleciendo una preocupación por problemáticas organizacionales, profesionales y académico-formativas (5, 6).

Se puede decir que pocos estudios se dedican a la reflexión sobre la evolución histórica de la profesión y su consecuencia en la identidad histórica; sin embargo, estos reconocen que es fun-

damental el estudio de la identidad ya que desde allí se podrían resolver las problemáticas actuales de la disciplina (6). Se observa, además, un carácter “presentista”, donde los problemas que se enfrentan son producto de factores contingentes, dejando el hecho de que los procesos que afectan a la profesión tienen una larga data. Es por ello que en este artículo se busca estudiar a la enfermería desde sus distintos momentos históricos en nuestro país, para identificar cómo los elementos identitarios han ido cambiando, considerando, además, lo importante del desarrollo de las historias disciplinares, ya que estas permiten valorar el trabajo científico en el propio campo de la enfermería, contribuyendo al desarrollo teórico de la disciplina, a la demarcación de las fronteras del dominio intelectual y a la legitimación de los patrones existentes (7).

En este artículo analizaremos la evolución en la identidad de los profesionales de enfermería en tres periodos que van desde 1933 al año 2010, a través de una investigación cualitativa realizada a profesionales de la región de Valparaíso. Para abordar este objetivo comenzaremos refiriéndonos al concepto de profesión, luego al estatus profesional y al concepto de identidad vinculado a dicho estatus.

Las profesiones, la identidad y el estatus

La literatura ha señalado que las profesiones modernas, y específicamente las de la salud, surgen en el siglo XIX con la Revolución Industrial (8). En este proceso se ha destacado la complejización del campo laboral y su creciente especialización. En el área de la salud, es interesante destacar el papel central que ha tenido el Estado durante gran parte del siglo XX en la definición de políticas públicas para delimitar los roles de profesionales y técnicos, con el propósito de satisfacer la demanda por una salud pública (9).

Las investigaciones en enfermería, desde una perspectiva teórica, han dado pocas pautas sobre cómo estudiar la identidad de la profesión, algunas de ellas han recurrido a la perspectiva sociológica y en este artículo lo haremos del mismo modo.

La bibliografía en la sociología de las profesiones ha enfatizado los siguientes rasgos de las mismas:

- Las actividades que desarrollan son esenciales para asegurar la vida y el bienestar de la sociedad.

- Ponen énfasis en el servicio rendido, o “espíritu de servicio”. El profesional antepone los intereses de los usuarios a toda otra consideración.
- Son regidas por códigos de ética en que se establecen las normas que deben seguir los miembros de la profesión en el desempeño de sus actividades.
- Requieren de un largo periodo de estudios altamente especializados que se basan fundamentalmente en un conjunto sistemático de conocimientos teóricos. Esta preparación se obtiene en universidades u otras instituciones de enseñanza superior.
- Tienen derecho exclusivo, o monopolio, de ofrecer servicios en determinadas esferas de actividades.
- Son autónomas. Las profesiones tienen el derecho a fijar sus propios objetivos, de organizar sus actividades y regirse por medio de reglas propias, formuladas por los miembros de la profesión respectiva. Cada profesional es autónomo.
- Tienen una cultura propia —los valores, las normas, los símbolos y el lenguaje característicos de cada profesión—, que si bien está inserta en la cultura amplia de la comunidad nacional, constituye una especie de “subcultura” dentro de ella. Este hecho produce un alto grado de identificación del individuo con su profesión, junto con un fuerte sentimiento de solidaridad con los miembros de ella.
- Gozan de elevado prestigio, superior al de la mayoría de las otras ocupaciones.
- Obtienen remuneración económica relativamente buena en relación con otras ocupaciones no profesionales, a menudo en combinación con un régimen especial de honorarios, asignaciones, condiciones de trabajo, etc. (10).

Si examinamos el cuadro anterior, la enfermería cumpliría con todas las condiciones, excepto algunas limitaciones en cuanto a su autonomía. Sin embargo, esta caracterización tradicional se refiere a las denominadas “profesiones liberales” y, por tanto, se ha señalado que esta descripción no da cuenta de las relaciones de poder existentes entre las mismas ocupaciones, las que evolucionan junto con la sociedad. Para analizar este problema, los autores proponen utilizar la idea de *situs*, que englobaría un conjunto de actividades en un área de la sociedad. Algunas de estas áreas serían: salud, construcción, jurídica, etc., y habría una profesión dominante en cada *situs*: por ejemplo: médicos, arquitectos, etc. En

este sentido, la profesión dominante del *situs* sería la que tendría la autoridad institucional, definiendo las tareas y prerrogativas del resto de las ocupaciones dentro del *situs*. Por tanto, se propone reservar el término de *profesión* solo para las profesiones dominantes de cada *situs*, siendo las otras que colaboran *ocupaciones complementarias*. En nuestro caso, es pertinente señalar que la profesión médica sería el *situs* del campo de la salud y que la enfermería sería una ocupación complementaria (11).

Si bien podemos considerar que esta asimetría de poder entre los médicos y las enfermeras sigue vigente, con el desarrollo histórico de la enfermería y con el debate en torno al concepto de profesión y ocupación, nos parece cuestionable uno de los criterios con el cual se ha construido este modelo teórico, basado especialmente en la profesión médica. En este nuevo contexto sociohistórico el profesional manifiesta variaciones, ocupando nuevos campos en un complejo sistema de salud público-privado, por ejemplo, en administración y alta dirección pública.

El debate hoy se centra en otros fenómenos: la “pérdida gradual e irreversible de la autonomía profesional, el deterioro de las condiciones de trabajo, el asalariamiento, la nueva división del trabajo, así como la incorporación de otros profesionales al equipo de salud, etc.” En este sentido, para Machado el poder y el saber médico están siendo cuestionados y, en cierta forma, el poder está siendo repartido entre las enfermeras y otros profesionales (12).

Por lo anterior, si bien hay que tener en cuenta que la diferenciación entre profesiones y ocupaciones complementarias apunta a un hecho real e histórico en cuanto a la existencia de asimetrías en las relaciones de poder entre las profesiones —muchas veces desatendida por la propia Enfermería—, consideraremos que esta debe ser conceptualizada más bien como una “profesión complementaria” que evolucionó desde una “ocupación complementaria”. En este sentido, es posible entender el lento proceso de profesionalización de la Enfermería, su incorporación al sistema de educación superior, su mayor legitimidad en cuanto a su acción profesional cada vez más autónoma y a una continuidad en dependencia hacia la profesión médica, en términos de la dominación de *situs*.

Ahora bien, veamos el problema en términos de roles y estatus. En general, si se considera a los individuos ubicados en posiciones estructurales, emplearemos el concepto de *rol social*

y para referirnos a la posición del individuo en una situación que forma parte de situaciones complementarias, el concepto *estatus social*. La interacción de un sujeto transcurre en contextos complejos, esto significa que son más de dos las situaciones complementarias, o sea, el estatus del sujeto expresa un complejo de conductas de los otros hacia él. Ello significa que a un estatus correspondería no uno sino diversos roles (un rol-set)" (13). Esta complejidad del rol-set se evidencia en el carácter multifacético de la gestión del cuidado en enfermería. En el plano simbólico, el rol representaría los deberes, y el estatus los derechos y las limitaciones correspondientes a la posición.

El estatus profesional de enfermería puede ser ocupado por las distintas personas que lo adquieran, a través de la educación superior; la configuración de este depende de los sistemas u organizaciones y del cargo que se ocupe en las mismas. Ello involucrará distintos rol-set asociados a dichos estatus. Sin embargo, hay aspectos que se mantienen en el tiempo, como el prestigio asociado a la profesión de enfermería, formas culturales asociadas al estatus profesional, y los valores y las creencias profesionales típicas de una subcultura. Hay otros que varían, como las remuneraciones según el cargo.

Respecto a la *identidad profesional* hay un doble aspecto: cuánto se identifica una persona en particular con el estatus profesional y, por otra parte, cuál es el tipo y la intensidad de la identificación con el estatus profesional más frecuente. La identidad se entiende como un proceso de construcción en el que los individuos se van definiendo a sí mismos en estrecha relación simbólica con los otros (14). Las características del grupo, entonces, son compartidas y comunes a todos quienes ejerzan la actividad y evolucionarán en el tiempo conforme ciertos factores. La identidad está compuesta por dos dimensiones: una objetiva y otra subjetiva (15). La primera de ellas se refiere a la posición concreta que se ocupa en una organización social, estatus profesional y un rol-set asignado. La segunda dimensión se refiere al sentido que los actores le entregan a sus relaciones sociales dentro del sistema. Así, la identidad se configura en una transacción biográfica y relacional en el ejercicio del rol donde la persona, a partir de su experiencia cotidiana de vida, construye el sentido de su existencia personal y social, y gestiona su identidad ante sí y ante los demás. A su vez, actúa según lo esperado o lo exigido socialmente, siendo así sujeto de su identidad y actor de un rol, lo que contiene aspectos simbólicos tales como la búsqueda de reconocimiento o el temor a la sanción (16).

Ahora bien, nos adentraremos a identificar cómo estos elementos son vivenciados y representados por individuos en un contexto determinado, el cual está implicado en una historia cambiante que los va constituyendo.

Materiales y métodos

Esta investigación es de tipo descriptivo, exploratorio, de diseño cualitativo, que combinó además revisión de documentos de valor histórico emanados del Colegio Regional de la Orden y de la Escuela de Enfermería más antigua de la región.

Un grupo de 17 enfermeras y enfermeros participaron como entrevistadas/os en este estudio, ellas/os fueron elegidos intencionalmente, considerándose que hubieran estudiado o trabajado en Valparaíso en distintos periodos clasificados, a saber: *Primer periodo*, inicio de la formación en la Escuela de Enfermería Carlos van Buren y la integración de esta institución a la Universidad de Chile, Sede Valparaíso, respectivamente (1933-1968); se entrevistaron cinco enfermeras de las áreas académica, comunitaria, gremial y clínica. En el *segundo periodo*, que inicia con la reforma universitaria y finaliza con el término de la dictadura militar (1968-1990), se entrevistaron seis enfermeras/os de las áreas académica, clínica, gremial y de gestión. El *tercer periodo* data del proceso de transición a la democracia definido por la profesionalización de la disciplina y el protagonismo que le infiere a la profesión el reconocimiento en el artículo 113 del código sanitario (1990-2010); se entrevistaron seis enfermeras/os de las áreas clínica, de gestión y académica. Esta periodización buscó captar la mayor cantidad de voces posibles en los distintos ámbitos en que se desarrolla la enfermería.

Las entrevistas en profundidad se realizaron entre los años 2010 y 2011, en la ciudad de Valparaíso, en el lugar que se acomodara a los participantes, tuvieron una duración promedio de una hora y se realizaron con el consentimiento de los participantes. En las entrevistas en profundidad (17) se logró ahondar en los sentidos que los actores dan a sus prácticas y permitió acercarnos a las interpretaciones de sus experiencias. La entrevista contempló los siguientes ejes: formación inicial, iniciación laboral, trabajos, funciones, visiones sobre la enfermería en general y autodefinición. El análisis que se utilizó fue de contenido cualitativo en la definición de Ruiz (18). Se utilizó el software de análisis cualitativo ATLAS TI mediante el cual se procedió a reducir la información a través de categorías basadas en los datos, las cuales se agrupa-

ron en temáticas generales por medio de la creación de familias de datos. A partir de esas familias se procedió a interpretar los contenidos y a describirlos, identificando los núcleos centrales y considerando el contexto histórico.

Esta investigación resguardó los aspectos éticos, el Instituto de Sociología de nuestra Universidad aprobó las entrevistas realizadas y revisó el consentimiento informado. Las identidades fueron resguardadas.

Resultados

En nuestra investigación de la evolución de la identidad de las/os enfermeras/os en el periodo 1933-2010 los resultados muestran que esta ha ido variando desde un rol caracterizado por una vocación desinteresada por lo económico e interesada en la ayuda al otro de manera incondicional, una vocación de servicio en el ámbito de la enfermería, para pasar finalmente a una relación más profesionalizante y compleja.

Primer periodo (1933-1968): La emergencia del sistema público de salud y la enfermería

El primer periodo de la enfermería en Valparaíso se vincula al fortalecimiento de las políticas públicas en salud, donde se observa el paso de una política asistencial y caritativa a cargo de la Iglesia y los grupos enriquecidos del país, a una política general de salud, liderada por el Estado, que busca la universalidad.

El periodo coincide con la creación de las primeras escuelas de enfermería en Chile y en la ciudad de Valparaíso. La disciplina se define por su carácter técnico, su vocación de servicio y su subordinación a la autoridad del médico. Fue fundamental el aporte de Agustín Edwards⁵ en traer enfermeras de Inglaterra para la atención de los hospitales, quien junto al médico Alejandro del Río crearon la Escuela de Enfermería de Beneficencia en 1919 (19), la cual utilizó el modelo Nigthingale. Posteriormente, el benefactor Carlos van Buren formó la Escuela de Enfermería con el objeto de surtir de enfermeras al hospital San Juan de Dios en Valparaíso. La Escuela “Carlos van Buren” buscaba una similitud con la formación de las enfermeras inglesas. Esta escuela, construida en

el mismo recinto del hospital, comienza a impartir sus primeros cursos en 1933. Se determinó que esta “prepararía enfermeras para la atención de los pacientes en el hospital y para asistencia preventiva en el hogar” (19). La directora de la Escuela de Enfermería también sería una interna más y sus funciones serían ejercidas con gran autoridad y control sobre sus alumnas para “modelar a sus estudiantes” (19).

Núcleos figurativos de la formación en enfermería: fuertes exigencias morales

Para las enfermeras que estudiaron en este periodo una de las características destacadas de la Escuela Carlos van Buren fue la rigurosa *selección* a la que eran sometidas las postulantes, la cual marcaba unos lineamientos especiales: se exigía provenir de una familia bien constituida, ser estudiante con buenas calificaciones y haber tenido características de liderazgo y de acción social, las que eran observadas en su participación en la escuela o en voluntariados generalmente religiosos. Otra característica importante era la *rigidez* de la formación, el sistema en la Escuela era de internado, que se caracterizaba por la enseñanza estricta y el control de la vida de las estudiantes en un complejo proceso de formación, en el que tanto ellas como sus maestras, llamadas “instructoras”, eran internas. Las estudiantes desarrollaban su vida, estudiaban y ejercían prácticas en el mismo lugar. De ello podemos interpretar una cierta relación de dependencia con la autoridad formativa, lo que deriva en una disminución del área de influencia en la vida privada. Observemos una cita de una entrevistada:

El régimen era de internado relativamente estricto, donde las profesoras o instructoras, que se llamaban en ese tiempo, algunas vivían ahí y nosotras teníamos piezas individuales cada una, en un edificio que se había hecho especialmente para ser Escuela de Enfermería. Un edificio sólido, que en realidad había sido a la imagen y semejanza de los edificios que había visto el administrador del hospital van Buren, con el doctor de la Fuente que fue el primer director. Entonces ellos que habían tenido conocimiento de la preparación de las enfermeras en Inglaterra, [...] conocieron lo que era toda la trayectoria de la Florencia Nightingale, que es nuestra patrona prácticamente (E 2).

Este control también se plasmaba en la presentación física de las estudiantes: estas debían destacarse por su impecabilidad. Al parecer la Escuela van Buren, más allá de enseñar una disciplina o de buscar suplir una necesidad en un Hospital, buscaba imponer y crear *un nuevo tipo de profesional hospitalario* basado en la

⁵ La primera directora enfermera hasta el año 1946 fue Margaret Bowie, quien fue traída por Agustín Edwards desde Inglaterra, ella prestó servicios en la Primera Guerra y era especializada en enfermedades infecto-contagiosas.

imagen de formalidad, limpieza y control, cercano a los modelos militares y religiosos, de los cuales había emergido la propia enfermería en sus orígenes, especialmente británicos. En este punto es posible relacionar una identificación de estos aspectos y la constitución de una identidad-imagen fuerte.

... ahí nos llevaban en una micro que tenía la Escuela, [...] íbamos de uniforme [...] llegábamos allá nos exigían capa, el uniforme tenía que ser impecable porque nos revisaban, nos medían, eran muy estrictos en eso del uniforme y por su puesto el pelo, o sea todo, teníamos que andar de punta en blanco, impecables, nos exigían el comportamiento, la conducta, o sea eran bien estrictos, nosotros teníamos que ser, nos decían de repente monjas porque eran muy estrictos (E 4).

A pesar de estas exigencias, la percepción de las estudiantes sobre su formación es positiva, ellas consideran que recibieron una educación de excelencia, que se diferenciaba de la calidad de otras escuelas.

Visiones asociadas a la enfermería: el servicio para otro enfermo

El núcleo central de las enfermeras de este periodo sobre su función es el *cuidar a los pacientes y enfermos*, pero también un concepto bastante frecuente es *ayudar a una persona desvalida*. Es decir, esta visión general sobre la enfermería se vincula con las acciones de amparar y socorrer, por tanto, el otro se percibe desvalido, en malas condiciones; por ello, el sentido de la enfermería es mejorar el estado de vida de los más necesitados. Desde allí prevalece una visión de servicio, de práctica humanitaria propia de una actividad desinteresada que nos habla también de una práctica más curativa que preventiva. Según una enfermera: “La misión, yo creo que una sola palabra, ayudar [...] esa es la esencia, ayudar a cubrir las necesidades al que no lo puede hacer por sí mismo, eso es lo que yo entregué, es ayuda...” (E 5).

Esta práctica humanitaria se plasma en la vocación, la entrega al paciente como eje del rol, lo que genera una preocupación por desarrollar elementos de empatía, buen trato y autoconocimiento, en tanto permiten entender al otro.

Autodefinición: la enfermera dueña y señora en la época de oro

Las enfermeras de este periodo se autodefinen de modo positivo, se sienten necesarias para su contexto; algunas expresiones

destacan que fue la época de oro de la profesión. Se observan a sí mismas como la “señora”, la “jefa del hogar”; junto con ello prevalecía cierta distinción con respecto a los otros profesionales, los documentos consultados identifican a la enfermera como “la salvadora”, profesión que tiene mucha *relevancia para el país*: “actividad indispensable en toda la nación y pueblo” (20). Las expresiones dan cuenta de una valoración profunda del propio oficio, no se duda de su importancia. Esta idea identificará a la enfermería como una *salvación* para la realidad de la salud de ese entonces, y esa visión será avalada por las expresiones de los médicos de ese momento, los que incluso tenían un marcado sesgo de género en sus afirmaciones:

Los sacrificios de los facultativos no darán ciertamente los benéficos resultados que deberían obtenerse si aquellos no cuentan con ayudantes o enfermeras suficientemente preparadas [...] siempre se ha creído y no sin razón que la mujer era la llamada a velar al lado del lecho del enfermo y a contribuir con su paciencia, su abnegación y su suavidad al éxito de las prescripciones médicas, ¿quién mejor que el Ángel del hogar, con su sensibilidad exquisita, con su caudal inagotable sabrá encontrar el consuelo de los dolores humanos? A la mujer le corresponde más propiamente y por muchos títulos consagrarse a esa noble y humanitaria profesión de enfermera (19).

En la cita anterior se destaca el carácter de “ayudante” de la enfermera con respecto al médico, y se acentúa la idea de que esta es una profesión propia de mujeres: ellas serían las llamadas a cuidar y consolar “por naturaleza”, privilegiando un rol subordinado, incluso reconocido y reafirmado por estas, que si bien no se perciben como “ayudantes”, avalan su posición desde una definición limitada. Las enfermeras consultadas describen su disciplina en términos de un espacio concreto que es el cuidado y lo que este implica: salas, recursos, pacientes, etc. Así, la autonomía de la profesión se ejercía dentro de las posibilidades de acción en dependencia del médico, en similitud a lo que ocurre en el hogar desde una visión tradicional y conservadora: ella-mujer administra los recursos de la casa y él-hombre provee. En ese sentido, la enfermera se siente dueña y señora, pero de un espacio, sin entrometerse en lo que hace el que toma las decisiones importantes respecto a la salud. A continuación observemos una cita:

Ella [la enfermera] prácticamente tiene una enorme autonomía para su cuidado ella es digamos la dueña de casa, es lo mismo que yo aquí en mi casa, soy yo la que sé dónde están los platos, cuándo hay que recibir la leche o cuánto hay que pagarle a la

persona que trae el diario, etc. Yo soy la que administro todo eso ¿no? Que es la parte de gestión prácticamente (E 2).

En síntesis, podemos señalar que las enfermeras de este periodo valoran en gran medida su práctica, la cual se caracteriza por la ayuda al otro y la claridad de su función, en subordinación al médico.

Segundo periodo (1968-1990): la vocación, el servicio público y los cambios sociales

Este periodo de la historia de la enfermería se enmarca en un contexto de importantes cambios sociales y políticos ocurridos en el país. Comienza con el gobierno del presidente Eduardo Frei Montalva, en el que se desarrolló el programa de promoción popular, enfocado al fortalecimiento de lo social, donde fueron creadas una serie de organizaciones que buscaban mejorar los niveles de vida de la población. Al finalizar este gobierno muchas de esas reformas continúan con el de Salvador Allende, acompañadas de una serie de nuevas propuestas que pretendían ser la vía al socialismo. Sin embargo, la dictadura militar terminó con un largo proceso de institucionalización de las crecientes demandas sociales e introdujo violentamente una nueva fisonomía del país. En este proceso es que se cruzan las experiencias de enfermeras/os, claramente es un periodo de importantes cambios y de diversas significaciones.

En el caso de la enfermería es importante la relación que hubo entre el proceso de ampliación de los beneficios sociales básicos de la población y la demanda por mayores profesionales en el sistema público. En el caso de Valparaíso se introdujo la formación común entre dos disciplinas antiguamente diferenciadas: la enfermería y la obstetricia. Producto de esa experiencia egresan enfermeras-matronas que posteriormente, en la década de los noventa, se vuelven a separar en la región (20).

Otra característica de esta etapa tiene que ver con el aspecto económico, relacionado con los bajos salarios que recibían los profesionales. Por esto es recurrente observar que los enfermeros/as de este periodo se ven a sí mismos como profesionales de vocación, interesados en mostrar su profesionalismo por sobre su ganancia y recibiendo otro tipo de reconocimientos, como la satisfacción del médico o el agradecimiento de las personas.

Núcleos de la enfermería: continuidad del sacrificio, autoexigencia y liderazgo

La profesión continúa siendo definida como un *servicio a la sociedad*; ser enfermero, primero que todo, era ser alguien interesado en ayudar al otro. Ahora bien, su experiencia los lleva a contrastar con lo que ocurre hoy en la disciplina, si bien existe un reconocimiento al avance en términos de importantes mejoras económicas, este es percibido como negativo ya que ha implicado la pérdida de ejes fundamentales en la profesión como la vocación de servicio, los valores de entrega al otro y, especialmente, la “dehumanización” en que ha caído la profesión, lo que se ha convertido en el principal problema para estos enfermeros/as. “Ganábamos muy poco, muy poco, nos nutríamos del amor y el cariño de los enfermos y de la gente; trabajábamos muchas horas gratis al sistema [...] muchas horas de capacitación, nosotros por nuestra parte en nuestros tiempos libres” (E 8).

Los profesionales se entregaron al cuidado del otro a través de turnos extensos que generaban un desgaste físico, el cual no tenía mucha retribución. A su vez, la cantidad de responsabilidades asumidas afectó a sus propias familias, en particular el cuidado de los hijos. Sin embargo, estas dificultades en el oficio son representadas como insoslayables, son naturalizadas, comprendidas como parte de la esencia del ser enfermero/a. Se asumen como mandato, mas no críticamente o con una intención transformadora, y en ocasiones se lleva como una carga personal y una evocación culposa. En palabras de una enfermera:

creo que di más de lo que a veces prefería mi familia en algunas ocasiones, más de algunas ocasiones yo creo que fui más enfermera que mamá [...] y eso también duele, el aspecto familia porque iba a buscar a mis hijos a las 6:30, me traía tarde y mi hijo estaba hasta las 6, 7 de la tarde en el jardín. Entonces son costos, uno es súper exigente quiere ser la súper enfermera, la súper mama, la súper esposa, y eso también como persona te trae un costo (E10).

A su vez este sacrificio, con alto grado de responsabilidad y de autoexigencia, se relaciona con la especialización del proceso de enfermería y la lenta incorporación de nuevas tecnologías de salud. Esto implicó, desde la visión de las/os enfermeros, la imposibilidad de cometer errores y la disminución de los riesgos, a partir de ahí se plantea una visión de autoexigencia en los profesionales, en particular, en la atención hospitalaria. Así, se impone una alta responsabilidad y una exigencia moral que hace de

la enfermería una disciplina estricta, a la que incluso subyace el concepto de castigo.

Hay otra característica del periodo relacionada con el *liderazgo*, el cual se enseña en la formación inicial. El liderazgo es saber dirigir a un equipo de salud, está relacionado con la posición intermedia que ocupa la enfermera en la estructura laboral hospitalaria, que está bajo la dirección de un médico que diagnostica y verifica el tratamiento, y la enfermera/o quien está a cargo de la gestión de los cuidados y del personal auxiliar.

Decíamos en el primer periodo que en esta estructura el estatus social está definido por patrones tradicionales de género donde se reproducen los roles del hogar, esta visión era reconocida por las enfermeras; sin embargo, en este periodo observamos que las relaciones de poder están más bien encubiertas bajo la idea de un trabajo “horizontal” en el ámbito hospitalario, donde todos son un equipo y cada quien hace lo suyo en un espacio determinado. Es a partir de esos mismos roles donde se representan las diferencias y se ejecutan las críticas al otro. Podemos observar que las enfermeras/os definen su rol según patrones tradicionales de género, los cuales tienen que ver, por ejemplo, con la desigualdad en términos de habilidades organizativas y humanas que tendrían los médicos-hombres. Veamos una cita:

No, a las enfermeras no nos cuesta nada controlar, ni dar órdenes, ni retar, nada, o sea, lo traemos en el ADN...

E: Pero los médicos tendrían esta dificultad...

Porque ellos se preocupan de la excelencia en el hacer técnico clínico, pero por ejemplo en esto de tener que conversar con la familia, tener que explicarle al caballero, tener que sentarse, tener que atenderlos y darles una explicación que los demás puedan entender, porque es clásico hasta el día de hoy, hablan con el médico y después vienen donde ti y te dicen “señorita me puede explicar, no entendí nada lo que me quiso decir el doctor (E 11).

Autoimagen de las enfermeras del periodo: los enfermeros/as de la vocación y pioneros

Como mencionábamos anteriormente, en los enfermeros/as de este periodo hay una alta identificación con el trabajo de entrega abnegada y desinteresada, por ello tienen una clara identificación con el trabajo en el servicio público, donde están los más necesitados y las mayores adversidades. Los de esta época son caracterizados como “Los enfermeros de la vocación”, quienes

creen simbolizar la verdadera imagen del enfermero; en este modelo hay una prevalencia de los valores humanistas cristianos de ayuda al débil, de solidaridad, de acciones desinteresadas y del desarrollo de la paciencia y la templanza, que incluso lleva a que algunos se identifiquen con la imagen del sacerdote o del apóstol.

La enfermería para mí es un sacerdocio, estoy con el enfermo, con el que necesita y por esa razón, por lo tanto para mí tiene una relación espiritual, independientemente de que a lo mejor hubiera sido un mahometano, o hubiera sido un taoísta, existe una relación mía con el enfermo, con el cuerpo del enfermo, con el espíritu del enfermo, con la preocupación de que no solo tengo que sanar la enfermedad y el dolor, sino que más allá del dolor tengo que estar con él en el otro aspecto y por eso siempre me vas a ver riendo, siempre haciendo reír (E 7).

Por otro lado, en algunos casos las/os enfermeras/os se reconocen como *actores creativos*, gestores de propuestas y de cambios; eso las/os ha llevado a crear secciones en hospitales, nuevos programas, etc. Pareciera ser que esta búsqueda de ayuda al otro lleva a pensar y a gestionar modelos para que los procesos puedan desarrollarse mejor, o bien para entregar más ayuda a los usuarios. Por ello es que se encuentran varios casos de enfermeras gestoras de propuestas que se identifican con la expresión “fui la primera”.

Me veo enfrentada a un desafío importante de crear algo en este sistema y creo que fui la primera enfermera en Valparaíso que empezó a trabajar con adulto, en atención primaria, entonces diseñamos con un médico que llegó a trabajar en ese momento conmigo un programa de atención para pacientes portadores de hipertensión y diabetes en atención primaria (E 6).

Estás expresiones dan cuenta de una fase donde la disciplina está más consolidada en su proceso de profesionalización, más que ser ellos los precursores, nos hablan de una nueva fase de afirmación de la enfermería, la que tenía que sustentarse en nuevas propuestas, en nuevos procesos de gestión; ahora la ayuda tenía que tener procedimientos estandarizados y focalizados.

Tercer periodo (1991-2010): la Gestión del Cuidado, el nuevo núcleo de la Identidad

La Gestión del Cuidado es un concepto que se desarrolló en Chile en los años noventa y quedó estatuido en el Código Sanitario

(art. 113), después de una larga lucha gremial. En este código se definen las funciones específicas de la enfermera y le aporta una responsabilidad legal en los cuidados. Claramente, tiene implicancias en la identidad profesional y su autoconcepto.

La gestión del cuidado es percibida como un proceso positivo para la enfermería, y está relacionada con lograr mayores niveles de formalización de los procesos administrativos y clínicos de la disciplina. En este sentido podemos observar una diferencia con respecto a los periodos previos: los significados, los valores y las creencias que dieron mayor cohesión moral a la Enfermería transitan entre una moralidad tradicional donde priman el valor del sacrificio, la vocación de servicio y la subordinación, a una nueva moral relacionada con las implicancias de la “gestión del cuidado”, su creciente autonomía y el intento por lograr mayores niveles de unificación de los criterios del proceso de enfermería. En palabras de una enfermera clínica:

[Una dimensión que favorece a la Enfermería es el] modelo que hay ahora de gestión, que nos da más autonomía y que está perfeccionando todas las técnicas y todas las cosas que hacemos, las está [...] estandarizando, nos ha hecho trabajar en pasar al papel las cosas que hacemos todo los días, y yo creo que eso es súper bueno [...] ahora está todo estandarizado para no perder la continuidad de lo que uno ya ha hecho (E 12).

Esta nueva conceptualización es también fuente de críticas. Se destacan tres tipos de visiones: para una primera, la gestión del cuidado es criticada ya que fortalece las competencias administrativas perdiéndose la capacidad “observadora” de la profesión; lo importante, en este caso, es proteger una cualidad fundamental de la enfermería que es ir más allá de la apariencia del paciente y descubrir las causas profundas de la enfermedad. Una segunda visión señala que la gestión del cuidado es más bien una conceptualización que “ nombra ” una práctica profesional que ya existía y, por tanto, su valor recae más bien en la formalización de procesos y no en una innovación en la propia profesión. En palabras de esta misma enfermera:

[En este nuevo concepto de Gestión del Cuidado] siempre lo hemos hecho, y las enfermeras viejas, [...] hoy día le ponen nombre [...] y me enseñaron en la escuela mis profesoras, muy viejitas, eso: la persona, el cuidado, sus necesidades, a este qué necesita, a este más allá, y tener la visión, siempre, no importa... siempre, y manteniendo la misma carita de risa voy a atender a los cien como atiendo a uno, “gestión del cuidado”, la hemos tenido, le pusimos un nombre (E 14).

Una tercera visión considera que la gestión del cuidado es una conquista que ha logrado mejorar el sentido de la profesión; sin embargo, su aplicación sigue siendo un desafío, especialmente en la atención primaria. Desde la visión de las/os enfermeras/os, las relaciones con sus pares se observan a partir de una diferencia generacional: los/as jóvenes son vistos con menor carácter, más inseguros, más cómodos y que evitan el conflicto en el diagnóstico médico o en el proceso de enfermería; al contrario, las enfermeras adultas tendrían un mayor carácter para defender su punto de vista profesional.

La gestión del cuidado ha permitido a la enfermería integrar nuevos roles a la profesión y, en especial, en puestos de mayor decisión e influencia. En este sentido, se comprueba una evolución con respecto a los periodos anteriores. También se reconocen temas pendientes vinculados con la capacidad de la propia profesión de asumir este nuevo desafío, se resalta la resistencia de los médicos para integrar este nuevo rol de la enfermería. En este caso se observa una disputa por la administración de los recursos de salud entre ambas profesiones, y las enfermeras/os se observan mejor preparadas en este aspecto. Esta resistencia de los médicos es compartida con el personal técnico. Observamos que el rol de la enfermería es una función intermedia entre la función de mayor poder del médico y la de menor poder del personal técnico. El rol de la enfermería es tensionado por dos polos, según menciona una enfermera:

Ellos [los médicos] te ven como su subalterno, [...] no entienden nuestra autonomía, y los técnicos paramédicos tampoco, porque a ellos no los forman pensando en eso de nosotros, entonces es difícil, [...] pero como te digo yo creo que eso también se da con que tú tengas una mirada, una parada en el tema diferente que no tiene que ver con gritar más o golpear la mesa pero esos han sido los conflictos en realidad o las cosas más difíciles (E 16).

Ahora bien, esta situación crítica de la enfermería en tanto ha logrado acceder a mayores puestos de poder ha implicado nuevos desafíos para la profesión: se le exige una disposición más empoderada, ser más directas/os en el trato profesional y “hacerse valer”.

Existe una actitud crítica de los consultados sobre el sentido de la profesión. En ellos/as también existe la percepción de que en la enfermería algo de la identidad se ha perdido. Para una enfermera de atención primaria, el área asistencial relacionada con la atención directa con el paciente está siendo desplazada por una

función más gerencial de la enfermería; esto es percibido como una amenaza a la identidad. Observemos la siguiente cita:

Me preocupa que nos hagamos más administrativas que asistenciales [...] Que hagamos más administración que asistencia, que el contacto directo con el paciente [...] nunca más viste un paciente, te preocupas de los turnos de los médicos, los insumos, el cambio de las camas, que van a llegar unas camas nuevas... ¿Dónde quedó lo otro? (E 14).

Valorizaciones de la enfermería: salud, educación y mayor equidad

El actual sistema mixto de salud del país es valorado en su conjunto en lo que respecta a la provisión del servicio, aunque se mantiene una valoración crítica a la salud pública: la lentitud y burocracia de los procesos administrativos son áreas sensibles y propias del sector. Ahora bien, según las entrevistadas, el sistema mixto de salud no es fuente de cuestionamientos dado que se indica que este debería tener el mismo nivel de calidad en el servicio, hecho que no sucede en la actualidad. En palabras de una de ellas: "Yo creo que tienen la misma función que en el fondo es dar la atención de salud que necesita el paciente [...] satisfacer lo que ellos necesitan y que debería ser con la misma habilidad y con la misma calidad y la misma rapidez en las dos" (E 12).

De otro lado, la salud privada ha logrado mayor legitimidad como área de desarrollo de la enfermería. Se ha perdido crecientemente el temor a la expulsión del trabajo y ha aumentado la convicción del esfuerzo personal de los profesionales y la calidad del servicio a los pacientes.

Autodefinición profesional: la enfermera/o exitosa/o

En general, podemos señalar que la creciente especialización de roles de la salud ha tenido efectos positivos en la autodefinición profesional de la enfermería. Ahora bien, esta mayor formalización de los roles genera una heterogeneidad de expresiones en las/os enfermeras/os.

En un primer caso, esta nueva base institucional ha permitido que los profesionales de enfermería logren un crecimiento profesional en diferentes áreas. Desde el ámbito académico, la disciplina también se destaca por dar un valor al servicio a los demás. Por último, la autodefinición de las/os enfermeras/os se

encuentra relacionada con la continuidad en la autoexigencia y con un mayor deseo de reconocimiento social. En palabras de una enfermera:

...si tú estas en el trabajo tienes que cumplir con tu rol y ser quien dices que eres, cuando yo vi por primera vez mi nombre en la Superintendencia de Salud y [...] decía que yo era enfermera [...] y que tú demuestres que eres enfermera en todas partes, porque tienes una característica particular, tienes una preparación, respondes a esa preparación, y a lo que los demás esperan de ti, y eso como que no lo puedes dejar de lado (E 13).

El otro significado: las relaciones profesionales

Uno de los tópicos más recurrentes es que los médicos se sienten amenazados en su autoridad debido al avance estratégico de la enfermería en las organizaciones de salud. Ahora bien, las causas de esta nueva situación no son claras, las disputas por poder y prestigio social no son temáticas que estén en la reflexión de las enfermeras/os.

[A los médicos] les ha costado aceptar como esto de la subdirección de gestión del cuidado, que haya una dirección paralela a la médica; por ejemplo, a veces indican curaciones, cambios de procesos y cosas que eran como obvias de enfermería pero igual las indican, o cosas que tienen que ver con gestión administrativa que están a cargo de enfermería y no están muy de acuerdo tampoco, lo que es gestión de cama etc. (E 12).

En un segundo tópico se destaca una relación más bien horizontal y menos conflictiva con los médicos. Esta se caracteriza por manifestar una neutralidad profesional entre médicos y enfermeras; de hecho, la distancia y la demarcación de roles presentan una especie de área de autonomía propia en la cual no se acepta ni se promueve la intervención del otro en ella. En este sentido, las reglas del juego están claras y si no son traspasadas, todo andará en orden.

Discusión

Al observar la evolución de los tres periodos es posible distinguir, desde la teoría sociológica de las profesiones, lo siguiente: en cuanto al estatus profesional, se ha avanzado de un primer periodo caracterizado por la rigidez en la formación y el control

sobre la vida personal de las enfermeras, a una mayor autonomía; en cuanto a la dimensión subjetiva del estatus, de una vocación de servicio exacerbada, expresada en el deseo de ayudar al otro sin condiciones, a un segundo periodo definido, también, por una vocación de servicio no enfocada a lo económico, de carácter más profesional. En relación con las limitaciones del estatus, aparece la subordinación al médico como algo natural, no cuestionado, que han internalizado, adoptando en el rol-set asociado al estatus roles de “administradora” del proceso, a diferencia del papel del médico de dirección, que tiende a reproducir roles tradicionales de género. El profesional enfermero/a, en su estatus-rol-set, se posiciona en un sitio “incómodo” como ocupación complementaria del *situs* dentro de esa estructura, ya que es quien tiene que administrar, transar, convencer, mover a su personal, lo que lo lleva a buscar una constante validación profesional, que incluso lo deja en una especie de aislamiento o soledad en su cargo, pero también lo lleva a una búsqueda de técnicas para trabajar con las personas, para lograr objetivos. Junto a ello, en el área de ejercicio de la autoridad de su estatus, la enfermería ha perdido el autoritarismo de sus inicios adquirido en su formación de tradición inglesa, y ha pasado a una cooperación más consensuada con el resto del equipo de salud lo que es producto del empoderamiento del personal técnico y auxiliar subordinado, sin que por ello la enfermera/o pierda su rol-set determinante en dicho equipo. No podemos olvidar que durante la dictadura militar (1973-1989) que hubo en Chile se le quitaron atribuciones a la enfermería como rectora del cuidado debilitando notablemente su estatus-rol-set, mas no así la dimensión subjetiva vocacional de este estatus. Las atribuciones del rol-set se recuperaron posteriormente.

En el tercer periodo se identifica el desarrollo del aspecto académico en su proceso de socialización, donde se amplía y fortalece la formación inicial en enfermería y, a su vez, se desarrollan múltiples funciones en el campo profesional ampliando notablemente el rol-set profesional, las cuales, en algunos casos, se perciben como amenaza o alejamiento de las funciones tradicionales de la enfermería. Se eleva el nivel económico de la profesión reforzando la dimensión económica del estatus, y aparece menos notoria la vocación de servicio desinteresado debilitándose la dimensión subjetiva-vocacional, equiparando la enfermería con una actividad especializada en el sentido más tradicional de las profesiones.

En las opiniones se percibe, a diferencia de la bibliografía consultada, una fuerte identificación con el estatus profesional desde el punto de vista vocacional (no una identidad “débil”). Aunque en cuanto al poco desarrollo del plano gremial, la subordinación al médico y los roles de género se coincide con dicha bibliografía (21). Respecto a la subordinación, esta se ha mitigado en el último tiempo con el logro de la exclusividad de la gestión del cuidado ampliando su rol-set legalmente, lo que provoca en algunos casos roces con el resto del equipo. También se ha aminorado la exclusiva dependencia en cuanto a los roles de género.

En relación con las investigaciones vinculadas a la identidad de la enfermería, esta investigación confirma que la identidad histórica de la profesión en Valparaíso está en un proceso de evolución, caracterizado por el fortalecimiento paulatino de la autonomía del estatus profesional en la relación con otros profesionales.

Conclusiones

A partir de la teoría podemos observar que la enfermería, en sus inicios, se caracterizó por ser una *ocupación* complementaria y, en un largo periodo posterior, pasó a ser una *profesión* complementaria, desde la subordinación hasta una cierta horizontalidad de las relaciones. En el plano de la dimensión subjetiva ha evolucionado desde una visión de cuidado humanitario, de sacrificio, a internalizar una más profesional y tecnológica, basada en la legislación vigente y en el desarrollo disciplinar, y no tanto en las características femeninas de la profesión, lo que ha significado una complejización del rol-set. Aunque no se ha perdido el valor del servicio desinteresado, pese a la penetración exacerbada de las relaciones mercantiles.

Ahora bien, los desafíos pendientes de la enfermería, a partir de lo observado en la realidad nacional, son desarrollar la investigación y la vinculación interdisciplinaria con las ciencias sociales desde el pregrado en adelante, lo que fortalecería aún más su carácter de profesión y así la identidad profesional desde la formación (22), a fin de proteger su campo de acción, y fortalecer su independencia y autonomía.

Referencias

1. Ramió A. Valores y actitudes profesionales Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona; 2005.
2. Domínguez C. Para una sociología de la profesión de Enfermería. Madrid: Revista Española de Investigaciones Sociológicas. 1979;8:103-132.
3. Torres A, Sanhueza O. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. Investigación Educativa Enfermería. 2006;24(2):112-119.
4. Urra E. Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. Revista Ciencia y Enfermería. 2009;XV(2):9-18.
5. VVAA. Libro resumen de las IX Jornadas Nacionales de Investigación en Enfermería. Achien:Valdivia; 2009.
6. Breda K. Nursing and globalization in the Americas: A critical perspective. In: Nursing in Chile. New York: Mc Ardle Printing; 2009. p. 55-98.
7. Levine D. Visoes da tradiçao sociologica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor; 1997.
8. Castrillón MC. La dimensión social de la práctica de enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia; 1997. p. 104-115.
9. Illanes M. En el nombre del pueblo, del Estado y la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile (1880/1973). Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2010.
10. Gyarmati G. Las profesiones, dilemas del conocimiento y del poder. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 1984.
11. Chuaqui J. Microsociología y estructura social global. Santiago de Chile: Lom; 2012.
12. Machado ME. Sociología de las profesiones de la salud: un nuevo enfoque. Educ Med Salud. 1991;25(1).
13. Chuaqui J. Microsociología y estructura social global. Santiago de Chile: LOM; 2012.
14. Lima VL, Martins KC. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. Rev Bras Enfermagem. 2010;63(6):1010-8.
15. Mead G. Mind self and society. En: Larraín J ¿América Latina moderna? Globalización e identidad. Chile: LOM; 2005.
16. Gómez J, Sandoval M. Más allá del oficio del sociólogo. Nuevas identidades, prácticas y competencias en el campo profesional. Chile: Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez; 2004.
17. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2003.
18. Ruiz J. Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Deusto; 1996.
19. Flores R. La historia de la enfermería. Síntesis de la evolución educacional de la enfermera. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1965.
20. Escuela de Enfermería. Universidad de Valparaíso: 75 años formando profesionales de enfermería al cuidado de la comunidad. Valparaíso: Ediciones Universidad de Valparaíso; 2010.
21. Faccia K. Estudio cualitativo y cuantitativo de la profesionalización de la enfermería desde una perspectiva antropológica. Revista Argentina de Salud Pública. 2009;1(1),12-17.
22. Gómez EM. La enfermería en Colombia: una mirada desde la sociología de las profesiones. Aquichan. 2013;12(1):42-52.