ENSAMBLAJES
REVISTA DE ANTROPOLOGÍA PREDOCTORAL

Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral Vol. 2(2)
Diciembre 2025
ISSN-e: 3045-6622
https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22
Recibido: 11/03/2025, Admitido: 18/06/2025, Publicado: 22/12/2025

Relatos de enfermeras en Centro Quirúrgico: un estudio etnográfico en EsSalud.
Nurses Narratives in the Surgical Center: An Ethnographic Study in EsSalud.

Maritza Cavero Beraún
Universidad Nacional Mayor de San Marcos UNMSM, Perú
majacavero@gmail.com
https://orcid.org/0009-0002-3533-912X

Resumen

Este artículo analiza las narrativas de enfermeras que laboran en el área de centro quirúrgico de un hospital del Seguro Social de Salud (EsSalud) en Lima (Perú), a partir de una investigación etnográfica que empleó entrevistas a profundidad. El objetivo principal es comprender cómo las jerarquías hospitalarias afectan la autonomía profesional de las enfermeras y perpetúan dinámicas de discriminación simbólica y de género. La metodología cualitativa permitió identificar formas sutiles de subordinación en el trato cotidiano, las relaciones laborales y la distribución de responsabilidades dentro del equipo de salud. A través de los testimonios recogidos, se evidencia que la estructura institucional favorece a los médicos, quienes gozan de mayores beneficios y representación en la toma de decisiones. Asimismo, se describe cómo esta situación es aceptada e incluso normalizada por parte del personal de enfermería, lo que refuerza los mecanismos de violencia simbólica. Se discute también la forma en que los estereotipos de género inciden en la desvalorización del trabajo de cuidado, tradicionalmente asociado a las mujeres. Finalmente, se plantea la necesidad de transformar las estructuras organizativas de los hospitales y de visibilizar el rol fundamental de la enfermería, promoviendo su reconocimiento como una profesión autónoma, crítica y esencial dentro del sistema de salud.

Para citar este artículo: CAVERO, Maritza (2025). Título. Ensamblajes. Revista De Antropología Predoctoral, Vol. 2(2), 75-96. *https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22*

.

Abstract

This article analyzes the narratives of nurses working in the Surgical Center of an EsSalud hospital in Lima, Peru, based on an ethnographic study using in-depth interviews. The main objective is to understand how hospital hierarchies impact the professional autonomy of nurses and perpetuate dynamics of symbolic and gender-based discrimination. The qualitative methodology made it possible to identify subtle forms of subordination in daily interactions, work relationships, and the distribution of responsibilities within the healthcare team. The collected testimonies reveal that the institutional structure favors physicians, who enjoy greater benefits and representation in decision-making spaces. Moreover, it is shown how this situation is often accepted and even normalized by nursing staff, reinforcing mechanisms of symbolic violence. The article also discusses how gender stereotypes contribute to the devaluation of care-related work, traditionally associated with women. Finally, it argues for the need to transform hospital organizational structures and to increase visibility and recognition of nursing as an autonomous, critical, and essential profession within the healthcare system.

Palabras clave: Enfermería, violencia simbólica, salud, hospital, género, medicina.

Keywords: Nursing, symbolic violence, health, hospital, gender, medicine.
.

Introducción

El ejercicio de la enfermería en el ámbito hospitalario se desarrolla dentro de un sistema de relaciones jerárquicas que determinan la dinámica de trabajo y el reconocimiento de sus profesionales. A lo largo de la historia, esta profesión ha sido encasillada en un rol de subordinación frente a la medicina, lo que ha generado una estructura de poder que influye en la toma de decisiones, en la distribución de funciones y en la valoración del trabajo de las enfermeras.

Este artículo busca comprender las experiencias de las enfermeras en el área del centro quirúrgico de un hospital nivel III del Seguro Social en Lima (EsSalud), prestando especial atención a las dinámicas de interacción con los médicos y los procesos que limitan su autonomía profesional. A través de un análisis etnográfico, basado en entrevistas a profundidad, se examinan las narrativas de las enfermeras sobre su labor, los desafíos que enfrentan y la manera en que las estructuras hospitalarias impactan en su ejercicio profesional.

La problemática abordada no es exclusiva del contexto peruano. Diversos estudios a nivel internacional han evidenciado cómo los sistemas de salud, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, reproducen patrones jerárquicos que afectan la autonomía de los profesionales de enfermería. En contextos como el canadiense, el israelí o el británico, se han documentado relaciones de poder similares entre médicos y enfermeras, lo que demuestra que esta es una problemática transversal en la organización del trabajo sanitario. En un escenario postpandemia, donde la labor del personal de salud ha cobrado una visibilidad sin precedentes, se hace aún más urgente revisar críticamente estas estructuras para avanzar hacia modelos de atención más equitativos y colaborativos.

A continuación, se presentan las consideraciones metodológicas que guiaron el desarrollo del trabajo de campo y la construcción de los hallazgos que se analizan en este artículo

Introducción

El ejercicio de la enfermería en el ámbito hospitalario se desarrolla dentro de un sistema de relaciones jerárquicas que determinan la dinámica de trabajo y el reconocimiento de sus profesionales. A lo largo de la historia, esta profesión ha sido encasillada en un rol de subordinación frente a la medicina, lo que ha generado una estructura de poder que influye en la toma de decisiones, en la distribución de funciones y en la valoración del trabajo de las enfermeras.

Este artículo busca comprender las experiencias de las enfermeras en el área del centro quirúrgico de un hospital nivel III del Seguro Social en Lima (EsSalud), prestando especial atención a las dinámicas de interacción con los médicos y los procesos que limitan su autonomía profesional. A través de un análisis etnográfico, basado en entrevistas a profundidad, se examinan las narrativas de las enfermeras sobre su labor, los desafíos que enfrentan y la manera en que las estructuras hospitalarias impactan en su ejercicio profesional.

La problemática abordada no es exclusiva del contexto peruano. Diversos estudios a nivel internacional han evidenciado cómo los sistemas de salud, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, reproducen patrones jerárquicos que afectan la autonomía de los profesionales de enfermería. En contextos como el canadiense, el israelí o el británico, se han documentado relaciones de poder similares entre médicos y enfermeras, lo que demuestra que esta

es una problemática transversal en la organización del trabajo sanitario. En un escenario postpandemia, donde la labor del personal de salud ha cobrado una visibilidad sin precedentes, se hace aún más urgente revisar críticamente estas estructuras para avanzar hacia modelos de atención más equitativos y colaborativos.

A continuación, se presentan las consideraciones metodológicas que guiaron el desarrollo del trabajo de campo y la construcción de los hallazgos que se analizan en este artículo

Metodología

La investigación que sustenta este artículo fue desarrollada bajo un enfoque etnográfico, centrado en las narrativas del personal de enfermería del área de ya mencionada. Debido al tamaño reducido del establecimiento y por solicitud expresa de las personas participantes, el nombre del hospital y su ubicación se mantienen en reserva.

El grupo de estudio estuvo conformado por profesionales instrumentistas, es decir, enfermeras encargadas de asistir directamente durante los procedimientos quirúrgicos.

Se logró establecer comunicación con seis personas, de un universo de 30 profesionales de enfermería, quienes accedieron voluntariamente a participar en entrevistas individuales. El grupo estuvo conformado por cinco mujeres y un hombre, con una experiencia profesional que oscilaba entre los 15 y los 30 años en el área quirúrgica.

Las entrevistas fueron realizadas mediante videollamadas durante el mes de octubre del 2020, en horarios previamente acordados con las y los participantes

Antecedentes

Las interacciones entre enfermeras y otros actores al interior de los espacios de salud han sido constantemente descritas y analizadas haciendo hincapié en la histórica relación entre las enfermeras con los médicos.

Por ejemplo, en el artículo de Keddy et al. (1986), los autores recogen de una serie de encuestas que se aplicaron a enfermeras que estudiaron o trabajaron en las décadas del 1920 y 1930 en Canadá. Estos sondeos arrojaron que la enfermería «dependía grandemente en la aprobación inicial de los médicos, y los médicos tenían el poder tanto de aprobar o refutar el valor de la enfermería» (p. 746).

Para las autoras, las relaciones entre médicos y enfermeras, así como quién posee el poder, era una semblanza a las divisiones sexuales en la sociedad en la que se desarrollaban, en la cual «los roles masculinos eran tipificados tradicionalmente como dominantes, agresivos y explosivos. Los comportamientos típicos de los roles femeninos han sido subordinados y pasivos en relación con los roles masculinos» (p. 750). La injerencia de la profesión médica en la enfermería se veía desde la formación de las estudiantes, quienes tenían como maestros a los doctores y, con base a una entrevistada «[…] el deber del doctor es educar a la enfermera y decir que nivel es aceptable» (p. 747). De esta manera, los profesionales médicos podían tener control de las enfermeras, desde su educación, lo cual impedía que ellas tuvieran independencia sobre su medio de trabajo. Además, las autoras señalan que, al observarse enfermeras preferidas por los médicos, con un estatus diferente a las demás, «permitía la competitividad por trabajos y favores entre las enfermeras y manteniéndolas lejos de volverse un grupo unificado» (p. 747). Si bien es cierto que estas relaciones debieran tener como objetivo y fin último la mejoría del paciente, lo encontrado por las autoras recoge que el rol de las enfermeras se medía en términos de «eficacia con el que llevaba a cabo las órdenes del médico» (p. 748).

Continuando con la revisión de hechos históricos, Stein (1967) describe una situación en la cual la enfermería se toma como lo opuesto a la medicina con el cual se determina, se objetiva y se representa la primera. Además, en este «juego», al querer la enfermera indicar alguna recomendación, debía hacerlo en la medida que no pareciera tal, para evitar un enfrentamiento con el médico. De similar manera, si el médico necesitaba una sugerencia, también debía solicitarla de forma no explicita, que no involucrara ceder poder ante la enfermera.

Las penalidades de participar de manera incorrecta en este «juego» involucraría, para el médico, el ser visto como incapaz, al no poder recibir adecuadamente las recomendaciones de las enfermeras, o sufrir un boicot silencioso por parte de estas, si es que este dejaba en claro que no aceptaría sugerencias. Por otro lado, a las enfermeras, quienes al ser más capacitadas o tener más experiencias, resultaban ser demasiado frontales, se les recordaba continuamente su papel de «no gratas» y de no entrometerse en un campo al que no pertenecían.

Con referencia al «juego» señalado por Stein et al. (1990), sostienen que, a pesar de que la idea de tener al médico en un altar de estatus e importancia, aunque disminuido a comparación de décadas pasadas, sigue presente, también hay un cambio en el juego médico-enfermera, debido a un cambio

Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral 2(2), diciembre 2025, ISSN-e: 3045-6622,
https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22

en la concepción de las últimas. De esta manera, se propicia la transformación de esta profesión que, señalada por Holoyake (2011), «se extendió, se expandió y tomó tareas que previamente habrían sido realizadas solamente por médicos noveles. [Lo que] indicaba una redistribución del poder, influencia y estrategia de juego» (p. 13). A esta búsqueda de un cambio de paradigma desde las propias profesionales, se puede añadir lo que Vitolo (2012) enumera, como razones que podrían haber generado que el «juego» ya no se desarrolle o, al menos, que exista en menos espacios: una imagen social deteriorada del médico, que discute la idea de médico como omnisciente; la «feminización» de la profesión médica, lo cual involucró la llegada de médicas como quiebre a la interacción médico (masculino)-enfermera(femenino); la mayor interdisciplinariedad, con más especialistas en contacto con la enfermera; y la historia clínica electrónica, lo cual permite una menor interacción entre el médico y la enfermera.

Es importante mencionar que, junto con lo señalado por Stein en la década del 1960, se observa también un conjunto de actitudes entre médicos y enfermeras que Schmalenberg y Kramer (2009) clasificaron en 5 tipos en el artículo "Relaciones Enfermeras - Médicos en Hospitales: 20 000 Enfermeras cuentan sus historias". Estos son: relaciones de colega, en la cuales existe confianza, poder y respecto equitativo; relación estudiante-maestro, en la que el maestro puede ser el médico o la enfermera, dependiendo de la situación; relación colaborativa, en la cual la cooperación se basa en el respeto mutuo, pero no tanto equitativo; relación hostil-adversario, en la que la interacción está marcada por la rabia, el abuso verbal, las amenazas y/o la resignación; y la relación extraño amigable, caracterizada por un intercambio de información formal, de tono neutral. A esta última, se suma que, aunque esta relación tiene un carácter profesional, a su vez presenta connotaciones referidas al género. Dorit Weil-Lotan (2019) señala que estas se ven «como relaciones hombre-mujer, en las que el médico es el autoritario, dominante, esposo controlador, mientras que la enfermera es la sumisa, obediente esposa» (p. 2). La autora menciona también que las enfermeras tienden a evitar los conflictos, y siendo esta una profesión en principio dominada por mujeres, se podría ver este compromiso y evasión como atribuido al género femenino en el manejo de relaciones. Además, este estudio presenta algunas contradicciones de las enfermeras al momento de manejar sus relaciones con los médicos. Mientras por un lado tratan de socavar la jerarquía, minimizando las distancias entre una profesión y la otra; la perpetúan al buscar el aprecio y el respeto del médico. Por su parte, Weil-Lotan menciona «el juego», ya señalado líneas arriba, como presente en estos espacios. Sin embargo, relata una diferencia cuando el médico es mujer, incluso preguntándose si es que «el juego» puede

no ser cumplido en este caso. Es aquí donde las enfermeras buscan sus nociones de cualidades femeninas en la médica, así como, estereotipos femeninos, señalando a la médica como falto de cualidades observables en su contraparte masculina. Caso contrario, de encontrarse estas cualidades, como son la «asertividad, coraje, liderazgo, toma rápida de decisiones, confianza, independencia y personalidad fuerte» (p. 9), las enfermeras tenderán a incomodarse, puesto que no son cualidades que, de acuerdo con ellas, deba tener una mujer.

Para Weil-Lotan, las profesionales de enfermería tienen presente que la jerarquía médico-enfermera existe, pero buscan rechazarla en la aspiración de una equidad entre ambos para la toma de decisiones. Sin embargo, al mismo tiempo, permiten que se mantenga la jerarquía. De acuerdo con la autora, la «identidad profesional de las enfermeras tanto afecta como es afectada por la interacción con los médicos y su género» (p. 13).

La manera en la que estos dos grupos interactúan repercute, en conjunto, con el espacio físico en el que se desarrolla y en el clima laboral del área en el que trabajan. Por esta razón, resulta pertinente presentar teorías respecto a este tema, con énfasis en las investigaciones realizadas en el sector salud.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud de Perú (MINSA), en su Manual de Relaciones Interpersonales (1996), señala que la calidad de atención se puede ver afectada tanto por «la competencia técnica, el acceso a los servicios, la afectividad, la eficiencia, la continuidad, la seguridad, la información al usuario y las relaciones interpersonales» (1996, p. 11). Sobre este último aspecto, el término engloba tanto las interacciones al interior del establecimiento, entre el personal de salud y con los usuarios, como las del personal con la comunidad cercana a su establecimiento. Además, MINSA realza el fuerte vínculo que existe entre los diversos actores involucrados en un espacio de salud determinado y la calidad de atención final que estos pueden brindar a sus usuarios. A raíz de esta correlación, proponen un severo cuidado en las actitudes que las personas tengan con otras, lo cual repercute en el clima laboral general.

Otro aporte importante de este manual es el reconocer que, a pesar de que en los servicios de salud laboran personas de diferentes especialidades, existe la fidelidad hacia los «grupos ocupacionales», conformados por personas que comparten la misma ocupación. Debido a este apego, pueden presentarse problemas de comunicación que, aunque se encuentran establecidas mediante flujogramas por la institución y canales de organización, son minimizadas por la estratificación

Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral 2(2), diciembre 2025, ISSN-e: 3045-6622,
https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22

desmedida generadora «de comunicación informal, basados en afinidades de personalidad o de intereses» (1996, p. 22).

Con referencia a los ambientes del centro quirúrgico, Elizabeth Morales (2016) realiza su trabajo en esta área, localizada en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren del EsSalud. Ella reflexiona que los escasos materiales quirúrgicos, la sobrecarga laboral y un ambiente físico inadecuado generan tensas relaciones en el equipo interdisciplinarios y un incorrecto desarrollo del enfermero, el cual tiene como sujeto de análisis particular. Como conclusiones, la autora observa que hay una satisfacción laboral general de 77.7%, porcentaje que se desagrega en torno a las dimensiones estudiadas y que le permiten afirmar que hay un grupo importante de enfermeras y enfermeros que realizan su actividad por cumplir, al no contar con estímulos adecuados que permitan una búsqueda en la superación, a través de mayores expectativas laborales.

Cubas et al. (2018) identifican la situación de la calidad de vida del profesional de enfermería del área del centro quirúrgico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. En su bibliografía, dan cuenta que, tanto en el sector salud, como en otros espacios laborales, existen problemas laborales, falta de valoración y problemas de salud por sobrecarga. Las autoras tienen como dimensiones de estudio «la carga laboral, el apoyo directivo y la motivación intrínseca» (p. 6).

Presupuestos conceptuales

Las relaciones entre los y las enfermeras con los demás integrantes de los centros de salud se ven afectadas por el espacio en el que laboran, por la organización a cargo del hospital y por sus propias relaciones inter e interdisciplinarias. En este sentido, en este capítulo se abordan tres conceptos teóricos, los cuales son la base de las preguntas de investigación de este artículo y con los que analizaremos la información presentada en capítulos posteriores.

Las relaciones que se instauran en las organizaciones verticales, entre ellas, las de salud, presentan jerarquías mantenidas en torno al poder de unos, sobre la producción factible como aspectos intangibles de otros. La categoría de violencia simbólica, acuñada por el sociólogo Pierre Bourdieu (2021) propone una herramienta que explica cómo este tipo de relaciones se mantienen y perduran manteniendo estas diferencias marcadas. Además, las enfermeras y los enfermeros sienten que existen tratos diferenciados para con ellas y ellos, en contraposición con otros empleados del hospital, en especial referencia al personal médico. En ese sentido, utilizar la categoría género, respecto a

tomar la enfermería como una profesión femenina, resulta pertinente para puntualizar estos comportamientos descritos y cómo influyen en las y los enfermeros.

La "violencia simbólica", la "visibilización" y la enfermería

La enfermería dentro de las instituciones de salud se engarza en un aparato jerárquico, donde los médicos lideran los equipos interdisciplinarios a lo largo de las diversas áreas. Los y las doctores están a cargo de grupos que incluyen enfermeras y técnicos en enfermería, como obstetras, nutricionistas, odontólogos, entre otros. Al tener el profesional médico el liderazgo sobre estos grupos específicos busca generar espacios de poder institucionalizado, donde se les permita mantener su posición en la institución. De acuerdo con Michel Foucault, este poder no debe entenderse «como fenómeno de dominación macizo y homogéneo» (2001, p. 38), entre una parte que ejerce y una que es subyugada a este; si no como una red de relaciones, donde estas son «[…] instrumentos efectivos de formación y acumulación del saber, métodos de observación, técnicas de registro, procedimientos de investigación y búsqueda, aparatos de verificación» (2001, p. 41).

En el espacio hospitalario, el poder se concentra principalmente en la profesión médica, que cuenta con redes institucionales más sólidas. Esto se evidencia en la ocupación mayoritaria de cargos de gestión por parte de médicos. En contraste, las enfermeras tienen una participación mucho más limitada en estos espacios de toma de decisiones, lo que se debe, en parte, a la baja representación de su gremio y a la estructura de poder ya establecida por la mayoría médica.

Pierre Bourdieu propone el concepto de violencia simbólica para explicar cómo se perpetúan estas relaciones de dominación sin necesidad de coerción explícita. Esto debido a que se presenta mediante el control de los instrumentos de conocimiento que comparten los dominantes y que son en base a cómo el dominante piensa su relación y su situación. Además, al no ser esta una forma patente de dominación se toma como natural, no visible y no objetable. Esta categoría permite identificar, primero, los procesos diferenciados en los tratos a los empleados del hospital, como lo observan e interpretan las enfermeras, identificando en qué medida se ejerce una «violencia simbólica» a manera de dominación presente pero no expresada hacia las enfermeras en beneficio de un grupo. Segundo, como estas situaciones que, si bien no son explícitamente establecidas, sí mantienen una trayectoria «de años», con lo que aseguran la idea de que, en perjuicio de los demás sectores, existen profesiones que merecen un trato diferenciado ya que realizan acciones singulares y no compatibles con las funciones de los demás actores.

Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral 2(2), diciembre 2025, ISSN-e: 3045-6622,
https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22

La visibilización —otro concepto clave en este análisis— se expresa en la manera en que el trabajo del personal médico es constantemente destacado en la narrativa institucional, mientras que el de las enfermeras permanece ausente o marginal. En ese sentido, Brighenti (2007), presenta tres tipos de visibilidad: la asimétrica, la estratégica y la de reconocimiento. La práctica hospitalaria muestra una visibilidad asimétrica clara: los médicos son visibles como protagonistas del cuidado, mientras que las enfermeras aparecen como figuras de soporte. En contextos de emergencia, como lo fue la pandemia por COVID-19, estas dinámicas se hicieron aún más evidentes:

> Inicialmente fue diferenciado, pero no. Reclamamos esa vez y tuvimos que ser fuertes, porque inicialmente los médicos llegaban y les daban su ropa descartable, les daban sus mascarillas N95 y a nosotros nos daban una cada 15 días. No fue sino, hasta que reclamamos, y dijimos que la protección es para todos o para ninguno. (Carlota)

Las enfermeras debieron reclamar por estos recursos básicos, a pesar de estar expuestas en igual medida. Esta invisibilidad estructural no solo limita su reconocimiento profesional, sino que también compromete su bienestar físico y emocional.

Por tanto, tanto la violencia simbólica como los procesos de visibilización son claves para comprender cómo se consolidan y reproducen las jerarquías dentro del hospital, afectando el desarrollo profesional y personal de las enfermeras. Reconocer estas prácticas concretas permite no solo identificar el problema, sino también abrir posibilidades de transformación institucional que revaloren el rol esencial de la enfermería.

La enfermería: entre la organización del sistema de salud y la brecha de género

En la sociedad humana, como afirma Quintero (2015), las relaciones sociales no se desarrollan según un acuerdo histórico, como fenómeno natural o espontáneo, sino, a través de procesos en los que las sociedades, y en ellas sus individuos, se ven envueltos.

Ante esto, las relaciones de género, así como las que se producen en el marco del área de salud, no pueden ser la excepción. Assís (2018), sostiene que, las relaciones de poder que se observan a través del tiempo no pueden mantenerse de forma autómata, más bien, su continuación forma parte de su reproducción social que no solo se involucrará en las relaciones de poder que se presentan luego, puesto que pasarán a ser determinantes en el conjunto de relaciones sociales. El autor propone que las diferencias que se le aplican a los géneros, en términos de producción, de razón de ser, de

prohibiciones, deben tener un motivo y que continúan replicándose de diversas formas en las sociedades a través del tiempo.

En tanto, Tabet (2005) muestra cómo las divisiones del trabajo al interior de sociedades no industrializadas se observan con naturalidad, puesto que están basadas en imposiciones a las mujeres establecidas en «limitaciones naturales». El motivo se debería al dominio mediante la prohibición de utilizar instrumentos especializados para las labores de subsistencia. La autora señala que, la disposición y el uso de instrumentos de forma diferenciada en torno al sexo, genera una falta de abastecimiento de estos para las mujeres, y una brecha tecnológica entre hombres y mujeres, desde la caza y recolección, que se mantiene más adelante, llegando a las sociedades industrializadas. Este enfoque resulta pertinente para comprender cómo, en la práctica hospitalaria, los médicos (en su mayoría hombres) se asocian con la técnica, la precisión y el liderazgo; mientras que las enfermeras (en su mayoría mujeres) son ubicadas en una posición subordinada, orientada al cumplimiento de órdenes.

> Hay cosas para arreglar, pero eso es un manejo institucional. La institución nos exige cumplir ciertas metas, pero no da el importe adecuado para equipos y el ambiente. […] estamos hacinadas, no solo en mi servicio, sino en otros también. Nosotras en una misma área nos cambiamos, están los servicios, comemos. […] En cuanto equipos, los tenemos, pero hay momentos en que se descalibran, se malogran, y entonces, eso a veces demora un poquito. Pero son atendidos de a poco, no como lo quisiéramos, pero, ahí vamos. […] A veces las personas que toman una gestión no asumen con el compromiso de cambiar para el bien del equipo que trabaja para mí y del paciente. (Isabel)

Su testimonio muestra cómo la infraestructura misma del hospital reproduce esta jerarquía: las enfermeras carecen de espacios propios, lo que impacta en su bienestar y en la percepción de su rol dentro del sistema de salud.

Estas desigualdades se acentúan cuando observamos los procesos de capacitación y formación profesional deberían estar dentro de su horario de trabajo. Sobre ello, una entrevistada señala:

> Esto de firmar las horas de investigación o capacitación que tienen ellos es un privilegio ya establecido. Son 2 horas que ellos poseen. Sin embargo, a nosotros nos cuestionan hasta los días en que nos reunimos. No nos dan horas de capacitación, eso solo es para los médicos. (Carlota)

Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral 2(2), diciembre 2025, ISSN-e: 3045-6622,
https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22

Además, la entrevistada recalca que estas horas de investigación se encuentran tanto en Ley del Médico, como en la Ley del Enfermero. No obstante, para estos últimos, dichas horas no se encuentran visibilizadas en su jornada de trabajo. Con referencia a los conceptos presentados, esta situación de no poder ejercer un derecho, en este caso, el de especializarse, podría verse como un intento de retrasar el ingreso a la continua profesionalización de las enfermeras y enfermeros. Cabe recalcar que este derecho les permite tener herramientas de conocimientos y experticia, elementos que les permitiría proponer mejoras y no limitarse a un papel de asistencia.

Esta afirmación se alinea con lo planteado por Assis (2018) al observar cómo los hombres buscan naturalizar «su predominancia, obstaculizando a las mujeres el acceso de condiciones políticas, materiales y simbólicas para subvertir el orden» (2018, p. 80).

Así como lo planteado por Tabet (2005) quien también reflexiona sobre las implicancias que se producen cuando un sexo puede, mediante objetos, tener poder más allá de su cuerpo, mientras que el otro sexo se ve impedido de utilizar estos, restringido a su cuerpo y las operaciones que con este pueda realizar (2005, p. 67). Al observar el paralelismo entre médicos, mayoritariamente hombres, y enfermeras, en su mayoría, mujeres, se observa también la búsqueda de tener herramientas, instrumentos y procedimientos, de parte de los primeros. Mientras que, a las mujeres, se les encomendaban las actividades que no se deseaban realizar.

En el Perú actual, la población médica femenina ha ido incrementándose, tal y como indican Ramírez-Orellana y León-Rivera (2019), al observar que el número de hombres y mujeres que se titulan de médicos cada año mantiene una tendencia al equilibrio, siendo en 2016, último año de estudio, 50.5% y 49.5% respectivamente. Eso también genera nuevos problemas porque se confronta con las formas históricas de las interacciones entre las profesiones señaladas. Por el lado de los médicos, se observa lo que Assis (2018) reflexionara acerca de «[…] los pactos entre hombres deben también gestionar una agresividad inherente, en un juego de reconocimiento recíproco en el que la posibilidad de ocupar una posición subyugada puede equivaler a feminizarse» (p. 80).

D. W. Lotan (2019) observa que incluso las médicas mujeres son objeto de juicios por parte de las propias enfermeras, especialmente cuando manifiestan características tradicionalmente masculinas como liderazgo o asertividad. La autora concluye que las relaciones entre enfermeras y médicas pueden tensionarse cuando estas últimas no cumplen con los estereotipos de "feminidad" esperados. Isabel, entrevistada en este estudio, también se refiere a este tipo de tensiones al afirmar que:

> Ellos creen que el progreso o el éxito de que un paciente salga es solo de ellos. Entonces, me parece que su ego está muy inflado. [...] Y, si alguno opina algo o quiere decir algo más, consideran que estamos invadiendo su carrera. [...] Creo que ahí vienen los problemas. Porque, incluso en algunas cirugías o en algún momento, he escuchado, «por favor, yo soy el médico» como diciendo «tú eres la enfermera, tú eres la que está ahí nomás». Y, es más, hasta lo han dicho, ahí en plena sala. Algunos médicos tienen unas expresiones un poquito...qué te puedo decir, fuera de foco. Porque no necesitamos ir con el título en la frente. (Isabel)

Este relato expresa claramente cómo la subordinación simbólica está anclada en discursos cotidianos que refuerzan el liderazgo exclusivo del médico varón, incluso en escenarios donde el trabajo en equipo es indispensable.

La enfermería y las estructuras de poder

Las entrevistadas clasificaron como «buenas» las relaciones con el personal médico, pero con sus altibajos. Con referencia a su formación como enfermera, una entrevistada, quien realizó sus estudios y sus prácticas en una provincia costeña al norte del Perú, señala acerca de su relación con la parte médica:

> En mi formación, en provincia, no era tan estrecha la relación. Era más una relación de respeto, de cada uno hace sus actividades: el médico hace sus actividades y la enfermería hace sus actividades. Nosotros, en cuanto a la administración de medicamentos, no podemos administrar medicamentos que no estén indicados, obviamente, por el médico. Y en cuanto a los procedimientos de enfermería, obviamente, no necesitamos ninguna indicación [...] (María)

María describe una relación cordial pero distante, sentando una diferencia entre quién es profesional de medicina y quién de enfermería. Para sumar a esta primera percepción, el siguiente entrevistado relata la diferencia en el trato recibido entre un hospital MINSA y uno de EsSalud:

> Por ejemplo, en el Ministerio de Salud hay tendencia a ser horizontales, los médicos con más dominantes, como que más déspotas y por lo general comparten su trabajo instruccional con lo privado. [...] Los médicos asistentes no los encuentras. En cambio, en EsSalud, tratan de cumplir al máximo, ahí siempre están y tiene un trato diferente. Por ejemplo, cuando instrumentábamos, viene un residente del Ministerio de Salud y ellos te piden tal cosa, te

Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral 2(2), diciembre 2025, ISSN-e: 3045-6622,
https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22

> ordena de una manera no cordial. En cambio, los residentes que se están formando en EsSalud, te dicen «Licenciado, por favor, ¿me puede pasar tal instrumento?», «¿me puede hacer tal favor? También te dicen «necesito que le ponga tal medicamento al paciente o que le ponga la sonda», cosas así. En el MINSA no hay ese trato, como que son más toscos, no sé de qué manera llamarlo, no tienen un trato cordial. (Ricardo)

En la cita, el entrevistado logra observar diferencias, en su propia experiencia, en el trato de los médicos, debido a la diferencia del estamento público en el que se encontraban. Habría que analizar de manera más específica, a qué se puede deber esta diferencia, si es generalizada, debido a que, la siguiente entrevistada señaló una situación similar:

> […] La clínica era muy formal. Formalidad, respeto dentro de los lineamientos de enfermería. Sí puedo decir que, en tanto de experiencia de la parte médica, cómo es la parte privada, hay mucho personal médico que es…. escaso pero prepotente. Trato alturado y amable. Para mí fue un baldazo de agua cuando fui al (hospital MINSA) que había muchos médicos que trabajan en la clínica, que tenían un trabajo diferente con los pacientes de la (hospital MINSA) y los de la clínica. La amabilidad, la cordialidad que tenían en la clínica no era el mismo en el hospital de salud. No era lo mismo. Me dolió mucho. Dejaba mucho que desear. […] La (clínica) eran muy formales, no era tan fácil… en el (hospital MINSA) el trato era más familiar. (Marlene)

El contexto en el que la entrevistada relató estas experiencias fue en la década de 1980. Ella señala que existe tanto disparidad en el trato entre enfermeras y médicos, como de estos con los pacientes, debido a la diferencia entre los que podían pagar y quienes no. Asimismo, percibían este comportamiento de manera más intensa, puesto que eran los mismos médicos en ambos espacios. Agrega que, aunque aprecia la formalidad y respeto de la clínica a la que hace menciona, también señala la presencia de personal médico prepotente.

Con referencia a esta imagen de médico, su colega, quien también ha laborado en instituciones privadas y públicas, complementa sobre épocas más actuales:

> Nos adelantamos, por el bien del paciente, no porque queramos usurpar una parte de su carrera (de los médicos). Pero, de todas maneras, a nadie nos gusta que nos invada. Ahí viene un poco lo del respeto y cómo te llevas con el médico. Tantos años, somos como familia. Se debe complementar, pero en la realidad no se da siempre, porque siempre va a haber roces entre médico y enfermera por lo que te estoy diciendo. El médico se siente como invadido, que no quiere que la enfermera le sugiera. Es más, hay instituciones donde la enfermera no

> tiene, ni siquiera, por qué decirle nada al médico. Por ejemplo, en el caso del INEN, donde el médico es el oncólogo, son médicos un poco especiales. Entonces es muy, muy marcado el rango. (Isabel)

Con este testimonio se observa que el respeto y la formalidad tienen de manera no visible el sentido de jerarquía. El respeto se da a quien ostenta el mando y el poder. Además, esto se puede graficar en la persona que ejecuta la operación y utiliza los instrumentos, en contraposición de quien solo asiste y se encarga de proporcionar las herramientas.

A estas relaciones jerárquicas, se le suma la tensión al momento de realizar cirugías y cómo, la siguiente entrevistada, se relaciona con cada médico:

> […] Digamos que es muy vertical. Una cosa era el médico, otra cosa era la enfermera y cada uno tenía su rol. Sin embargo, dentro de la cirugía, se podía observar un liderazgo muy autoritario de la parte médica. […] Pero con los médicos mis relaciones han sido, de verdad, muy buenas. El trato siempre fue respetuoso, amable. Creo que eso parte de cada una de nosotras, ¿no? […] Mantener el respeto mutuo. Eso es mi persona y he tratado de amoldarme a cada circunstancia. Si yo ya veía que la situación era tensa con tal persona, entonces ya trataba de modificar un poco. Quizá, elegía estar más callada o, de repente, no dirigirme mucho a esa persona. Más o menos así voy entablando. O sea, me relaciono socialmente con todas las personas y como he recorrido otros lugares, otros ambientes, a veces se me es un poquito más fácil porque ya tengo la experiencia de tratar con diferentes personas. (Carlota)

Al igual que el testimonio anterior, es la enfermera quien tiende a modificar su comportamiento para evitar una situación de malestar, los cual podría repercutir en sus labores diarias. Se busca retroceder en una actuación indebida antes que solucionar un malestar buscando soluciones entre los participantes.

Más allá de las relaciones con los médicos, como causal de problemas en sus relaciones laborales, las enfermeras señalan las deficiencias en su institución. Como, por ejemplo, la falta de espacio, escasez de equipos e instrumentos, inclusive, la ausencia de personal:

> Se crean roces laborales por deficiencias de la institución, de materiales, de equipos que tenemos que arreglarlo entre nosotros. Nosotros no somos los responsables de que las cosas estén así. Hacemos hasta lo imposible para que las cosas funcionen y tengan una vida larga. Si no, el paciente no supera, como es mi caso. (Marlene)

Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral 2(2), diciembre 2025, ISSN-e: 3045-6622,
https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22

Un problema latente también es quiénes dirigen los hospitales de EsSalud, donde no se dotan con las herramientas y el espacio adecuado para cada profesional. Además, impide una superación laboral, puesto que no se dan las condiciones adecuadas.

A nivel de las relaciones entre médicos, si se presentan diferencias, varias señalaron que sus relaciones con los anestesiólogos, con quienes comparten más tiempo de trabajo al estar involucrados en la misma área, eran mejores y más cercanas; a diferencia con los médicos especialistas, quienes realizaban las cirugías y se retiraban. Como ejemplo de este, señala Ricardo que:

> Por lo general, como estamos más tiempo con los anestesiólogos, con ellos tenemos más… digamos… afinidad, más tiempo trabajando, más relaciones personales con ellos. Porque estamos ambos grupos: enfermeros, técnicos y anestesiólogos. Somos personal de planta, quienes no nos movemos. (Ricardo)

Las entrevistadas hicieron hincapié en buscar tener la mejor relación entre enfermeras, médicos y anestesiólogos por el bien del paciente y por los años que llevan trabajando juntos:

> […] Se trabaja en equipo. Es muy raro que esté fracturada la relación con anestesiología. Pasa algo y todito el mundo apoya. La parte amical no la debemos fracturar. La experiencia, los años que vivimos juntos nos ha enseñado eso. (Marlene)
>
> "[…] Son complemento. No solamente de enfermería con médico, sino de otras profesiones. Es un complemento y el único fin es el paciente. (María)

Dicho esto, se observa que las enfermeras entienden que, más allá de sus diferencias e independientemente de una infraestructura que no les permite desarrollarse, su objetivo final es la recuperación integral del paciente.

Discriminación, género, enfermeras y enfermeros

En el referido hospital III, las enfermeras observan algunas actitudes y ciertos beneficios en favor de los médicos que no reciben los demás profesionales que allí laboran. Uno de los privilegios más llamativos resulta ser el horario de ingreso al trabajo:

> Hay que poner huella digital y se firma un parte de asistencia de ingreso y de salida. Menos los médicos, salvo que sean médicos contratados. Los médicos no… Siempre han aducido que, porque son médicos y podrían tener una emergencia, no pueden hacer marcar tarjeta. En

> general, he visto este accionar. El médico no marca. El resto de personal marca y se demora. Si tienes un retraso en el marcado, te descuentan. (Marlene)
>
> En nuestro hospital [...] es un acuerdo que los médicos no pasen huella digital, solo firman. Sin embargo, las enfermeras, técnicos, administrativos y todos los demás pasan huella y firma. No sé por qué evaden ese control con los médicos, ahora en la firma se ha notado mucho que cualquiera firma, pero en la huella, no. (Carlota)

La diferencia en el ingreso causa molestias en las enfermeras, aunque no lo mencionen de manera directa, debido a que no encuentran una razón suficiente para este tipo de beneficios a una profesión. Además, el hecho de solo firmar genera suspicacias entre los demás trabajadores, puesto que se presta a ser fácilmente replicada por otra persona.

> Siempre va a haber, siempre hay. Pero no es que ellos nos quisieran discriminar, son sus jefes que no sé si los defienden más, se hacen respetar más o simplemente valoran la profesión más. Pero no es que el médico diga «Dame a mí y a ella no». No. Debe ser que nuestras jefas, pues, no la luchan tanto. Porque los jefes son quienes tienen que pelear por cada uno de sus miembros. [...]Al contrario, se solidarizan con nosotras. Imagínate: «¿por qué no les han dado todavía sus EPP, ya a nosotros ya nos dieron, les deben dar a ustedes también?». Es lo que hemos percibido, es lo que yo he vivido. Hay, al contrario, un tema de que haya equidad también; no es discriminación directa. (María)

Aquí se observan dos ideas del porqué un grupo podría tener beneficios en el ingreso al trabajo y otro no. Mientras las primeras dos entrevistadas engloban a los médicos como quienes tienen el beneficio, aunque se describe que los contratados si deben firmar, la tercera entrevistada sostiene que dicho privilegio podría deberse a que los doctores cuentan con una institución médica más fuerte que la de las enfermeras. Por tal motivo, logran beneficios para su sector. Además, la segunda entrevistada señala que los médicos sí son conscientes de sus beneficios y, al mismo tiempo, los cuestionan.

Con referencia a este aspecto, la situación que se observa en el ingreso de las labores presenta aspectos de violencia simbólica, tal y como se ha observado en el apartado anterior. Es decir, se ha presenciado discriminación hacia el sector de enfermería y técnicos. No se han recogido datos sobre si el personal administrativo cuenta con este beneficio, puesto que, al ser consultado, las enfermeras tenían dudas.

Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral 2(2), diciembre 2025, ISSN-e: 3045-6622,
https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22

Otra situación que comentaron fue con respecto a las horas de trabajo efectivas a la semana, Ricardo señala lo siguiente:

> Por ejemplo, ellos pueden juntar sus horas. Nosotros solo podemos hacer 12 horas, pero en cambio ellos pueden hacer 48 horas, 72 horas, se pueden quedar hasta 3 días trabajando y después dejar de venir 4 a 5 días al hospital… tienen justificación. O sea, ellos sí pueden hacer cambios de turno, se pueden ir de viaje a provincia, pueden hacer 1 semana completa y 1 semana se van, cosas así. En cambio, nosotros si dejamos de ir al hospital más de 3 días, ya nos declaran en abandono de trabajo, […] los médicos pueden hacer los cambios que quieren, pueden hacer horas extras, otras actividades… con ellos tienen otras consideraciones. (Ricardo)

Lo que comenta el entrevistado es interesante puesto que, un entorno laboral que permita este tipo de consideraciones con solo una profesión genera malestar entre los demás trabajadores. Un motivo podría ser, como en los casos anteriores que, quienes poseen las herramientas y son la cara visible del sistema de salud, pueden buscar tener este tipo de consideraciones, en contraposición de los demás estamentos (enfermeras y técnicos) haciendo uso de su posición de dominación colectiva.

Con la situación de emergencia sanitaria, las enfermeras también presenciaron entregas diferenciadas de EPP (equipo de protección personal):

> En un inicio, protegieron a sus médicos, no sé si de parte del hospital o de las instituciones. Mascarilla y EPP, ropa descartable, mandilones descartables. Era lo que había en un primer inicio, las N95. Cuando se solicitó para enfermería, la anestesióloga dijo «eso lo tienen que gestionar». No había para enfermería. Después, por ahí entraron a través de la jefatura, 6 mascarillas, 7 mascarillas… y se le iban dando a quien estuviera en el momento. Más adelante empezaron a dar esas mascarillas que eran trapo. A los técnicos, igual. (Marlene)

De la misma forma que con la hora de ingreso al hospital, las enfermeras ven este trato diferenciado como uno que no obedece a alguna razón de peso o lógica. Es más, las pusieron en una situación de riesgo ante, en este caso, el COVID-19. Las expusieron al contagio tanto a ellas, como a los técnicos, quienes tampoco recibían protección especial. Agregan el hecho de que, pese a tener turno retén (24 horas seguidas), no les ofrecían alimentación, mientras que, al personal médico, sí. Una vez más, se observa una discriminación entre un profesional y otro. Esto sucede debido a que no se toma en cuenta que existen riesgos en su labor., Asimismo, quien no posee herramientas de trabajo, no ostenta jerarquía.

Con aquella emergencia sanitaria que se originó en 2020, otro asunto que saltó a la vista fue la bonificación por trabajar con pacientes Covid. Sobre ello, Ricardo comenta lo siguiente:

> A los médicos y anestesiólogos si se les dio (la bonificación). A todos los médicos estén donde estén, sea cual sea la especialidad, se les ha dado el bono, pero a enfermería, solo de emergencia en UCI y a hospitalización me parece. (Ricardo)

Nuevamente, se observa una idea generalizada de quienes gestionan el hospital y del carácter menor que le otorgan a la especialidad de enfermería, en comparación con los profesionales de medicina. Dicha diferenciación influyó en que no recibieran el bono, pese a que trabajaban en el mismo espacio que sus pares médicos. ¿En qué sentido la naturalización de la enfermería como trabajo innato, de menor importancia, femenino y dedicado, influye hasta el punto de generar diferenciaciones como las señaladas anteriormente?

Por último, la entrevistada con más años de trabajo, señala nuevamente a los médicos que ostentan las jefaturas, como la razón del porqué se dan beneficios a su sector por sobre los demás. Ello, claramente, repercute en el desempeño de las y los enfermeros:

> La mayoría de los cargos altos los tienen los médicos. A veces, se priorizan y solo ven por ellos, no toman en cuenta que somos un equipo de trabajo. Deben darse que no somos solamente un elemento. Si siempre pensáramos como equipo de trabajo, deberíamos ver que afecta a la de limpieza, a la técnica, a la enfermera… somos un equipo. No solo para uno. (Marlene)

Al integrar en su reclamo a los demás trabajadores del sector, Marlene observaba que su posición era la de la mayoría de los demás trabajadores hospital.

Conclusiones

Este estudio ha permitido evidenciar que la discriminación hacia el personal de enfermería en el contexto hospitalario no responde únicamente a casos aislados o actitudes individuales, sino que forma parte de una estructura institucional profundamente jerarquizada. A través del análisis etnográfico y la incorporación de testimonios del propio personal de enfermería, se ha constatado que esta jerarquía se reproduce a través de múltiples mecanismos: desde la distribución desigual de recursos, espacios y horarios, hasta el acceso restringido a la toma de decisiones y la formación continua.

Ensamblajes. Revista de Antropología Predoctoral 2(2), diciembre 2025, ISSN-e: 3045-6622,
https://doi.org/10.71405/ensamblajes/2025/ v2.2.22

Uno de los hallazgos más significativos es la persistencia de la violencia simbólica en el trato cotidiano. Este tipo de violencia, sutil y naturalizada, se manifiesta en formas aparentemente inofensivas pero reiteradas, como la omisión de la voz de las enfermeras en momentos críticos, la sobrecarga laboral sin reconocimiento o la exclusión de beneficios institucionales. La estructura del hospital y las relaciones laborales vigentes refuerzan constantemente esta posición subordinada, limitando la autonomía profesional de la enfermería.

Asimismo, se identificó un proceso de invisibilización del trabajo enfermero, tanto en lo discursivo como en lo material. Mientras el personal médico recibe reconocimientos, tiene voz en la gestión institucional y dispone de condiciones de trabajo más favorables, las enfermeras y enfermeros enfrentan precariedades estructurales que impactan no solo en su desarrollo profesional, sino también en su bienestar y salud mental. Esta invisibilización se relaciona directamente con el hecho de que la enfermería es una profesión altamente feminizada, lo cual conlleva una desvalorización histórica de las labores de cuidado, asociadas tradicionalmente a lo femenino.

La brecha de género en el sistema hospitalario no solo se expresa en las relaciones entre médicos y enfermeras, sino también en la forma en que se conciben las profesiones mismas. Las enfermeras entrevistadas relatan cómo, aun en situaciones de emergencia sanitaria, se priorizó al personal médico en la entrega de equipos de protección, capacitaciones y bonificaciones. Esta lógica de diferenciación institucional se ve agravada por una cultura organizacional que refuerza los estereotipos de género y reproduce privilegios sin cuestionarlos.

En este escenario, los testimonios recogidos dan cuenta también de estrategias de adaptación, resistencia y agencia por parte del personal de enfermería, quienes, pese a las limitaciones, construyen vínculos de colaboración y sostienen el funcionamiento diario del hospital con una clara vocación de servicio. No obstante, el cambio estructural no puede descansar únicamente en la capacidad de adaptación de quienes están en una posición subordinada.

Por ello, este estudio plantea la necesidad urgente de transformar las estructuras institucionales que regulan el trabajo en salud. Revalorizar el rol de la enfermería implica promover su participación activa en espacios de decisión, garantizar condiciones laborales dignas y cuestionar los discursos que legitiman su subordinación. Además, es clave incorporar una perspectiva de género y derechos en la gestión hospitalaria, que permita construir relaciones más horizontales, justas y sostenibles entre todos los actores del sistema de salud.

Referencias

Assis, D. (2018). Tres momentos de la política masculinizante en el patrón de poder colonial/capitalista. *Pluriversidad*, *1*(1), 77–93. https://doi.org/10.31381/pluriversidad.v1i1.1671

Barrionuevo-Bonini, B., et al. (2014). Historia de la enfermería en el Perú: Determinantes sociales de su construcción en el siglo XX. *Aquichan*, *14*(2), 261–271. https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.12

Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina*. Anagrama.

Bourdieu, P. (2021). Violencia simbólica. *Revista Latina de Sociología*, *2*(1), 1–4. https://doi.org/10.17979/relaso.2012.2.1.1203

Brighenti, A. (2007). Visibility: A category for the social sciences. *Current Sociology*, *55*(3), 323–342. https://doi.org/10.1177/0011392107076079

Holoyake, D. (2011). Is the doctor-nurse game still being played? *Nursing Times*, *107*(43), 12–14. https://www.researchgate.net/publication/233955632_Is_the_doctor-nurse_game_being_played

Keddy, B., Gillis, M., Jacobs, P., Burton, H., & Rogers, M. (1986). The doctor-nurse relationship: An historical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, *11*(6), 745–753. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1986.tb03393.x

Lotan, D. W. (2019). Female nurses: Professional identity in question. How female nurses perceive their professional identity through their relationships with physicians. *Cogent Medicine*, *6*(1), 1666626. https://doi.org/10.1080/2331205X.2019.1666626

Merino, A. (2017). Representación social de la imagen de la enfermera peruana. *Revista Enfermera Herediana*, *10*(2), 89–96. https://doi.org/10.20453/renh.v10i2.3363

Ministerio de Salud (MINSA). (1996). *Manual de dirección y relaciones interpersonales*. https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322381-manual-de-relaciones-interpersonales

Ministerio de Salud (MINSA). (2013). *Análisis de la situación de salud del Perú* (1ª ed.). http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2688.pdf

Musayón, Y., & Salazar, M. (2015). Cien años formando enfermeras en el Perú. *Acta Herediana*, *56*, 17–25. https://doi.org/10.20453/ah.v56i0.2712

Narasimhan, S., & McKay, K. (2012). Bridging the gap between doctors and nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, *2*(4), 1–4. https://doi.org/10.5430/jnep.v2n4p52

Quintero, P. (2015). Antropología del desarrollo: Perspectivas latinoamericanas. En *Kula, pensamiento y culturas en América Latina*. https://www.redalyc.org/pdf/623/62349364009.pdf

Ramírez-Orellana, J., & León-Rivera, H. (2019). Tendencias en el número de médicos titulados anualmente en el Perú, 2007–2016: Análisis de la variable género. *Acta Médica Peruana*, *36*(2), 179–180. https://doi.org/10.35663/amp.2019.362.820

Schmalenberg, C., & Kramer, M. (2009). Nurse–physician relationships in hospitals: 20,000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, *29*(1), 74–83. https://doi.org/10.4037/ccn2009436

Stein, L. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry*, *16*(6), 699–703. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730240055009

Tabet, P. (2005). Las manos, los instrumentos, las armas. En D. Curiel & J. Falquet (Eds.), *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas* (pp. 65–96). Brecha Lésbica. https://julesfalquet.files.wordpress.com/2010/05/el-patriarcado-al-desnudo-tres-feministas-materialistas2.pdf