



Doctorado en Salud Pública
Mención en Sistemas y Servicios de Salud

Formación del recurso humano en Enfermería.
Una visión historiográfica

Director
José Luis Mainetti

Tesista: Ursula Serdarevich
2017
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Indice

Agradecimientos.....	4
Resumen (con palabras clave).....	6
A. INTRODUCCIÓN.....	7
1. Fundamentos.....	7
B. MARCO TEÓRICO.....	13
1. Memoria e Historia.....	15
2. Comunicación e identidad.....	19
3. Género y profesión.....	25
4. Historiografía.....	29
C. METODOLOGÍA.....	34
D. DESARROLLO.....	44
1. Influencia de los cenobios en la formación de enfermeros.....	44
1.1. Orígenes.....	44
1.2. La Enfermería en el reinado de Felipe II. Congregación de los Obregones....	46
1.3. Instrucción de los enfermeros y modo de aplicar los remedios a todo género de enfermedades que sobrevienen en ausencia de los médicos (1728).....	50
1.4. Consideraciones finales.....	61
2. Cecilia Grierson y la formación de enfermeros en la República Argentina.....	64
2.1. Enfermeros, Enfermeras y Masajistas.....	64
2.2. “Cuidado de enfermos” (1912) por Cecilia Grierson.....	79
2.3. Comentarios finales.....	93
3. Tensiones, rupturas y continuidades en el camino de la profesionalización.....	95
3.1. Las enfermeras: colaboradoras de los médicos, auxiliares, trabajadoras, profesionales.....	95
3.2. Primer Congreso Argentino de Enfermería (1949).....	112
3.3. Textos de formación profesional (1939 – 1952).....	116
3.4. Acciones a favor de la profesionalización ¿Confluencia de miradas?.....	140
4. Enfermería, Universidad e historia profesional.....	141
4.1. Acceso a los claustros.....	141
4.2. Modos de contar historias.....	143
4.3. Enfermeros/as, compromiso político y participación social.....	151
4.4. El Manual de Rosario.....	159
4.5. Voces, historias, identidad.....	165
5. Enfermería en el Siglo XXI. Desafíos para la formación profesional.....	171

5.1. Nuevos textos, viejos problemas.....	172
5.2. El arcón de la Enfermería: trabajo con fuentes.....	179
5.3. La historia en movimiento.....	193
6. Legislación en Enfermería.....	199
6.1. El sinuoso camino hacia la autonomía.....	199
6.2. Historia, legislación y modelos profesionales.....	199
6.3. Características del recurso humano en Enfermería.....	207
6.4. Navegación, coordenadas y mapas de ruta.....	210
E. CONCLUSIONES.....	214
F. BIBLIOGRAFÍA.....	225
1. Fuentes primarias.....	225
2. Bibliografía general.....	226
G. NOTAS.....	247

Agradecimientos

Este trabajo es fruto de una construcción colectiva y suma de voluntades desinteresadas. En el transcurso de algo más de tres años, me ha permitido conocer personas, sitios e historias quiénes tomaron el proyecto como propio.

Quiero agradecer a la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), en la figura del Dr. Reboledo, que auspició el desarrollo de mi proyecto. Estoy en deuda con los docentes Gualtieri y Parra que abrieron mi campo de miras, ayudándome a no caer en “hipótesis predilectas”.

A los Doctores José Alberto Mainetti y José Luis Mainetti quienes depositaron en mí la confianza y el estímulo que me instó a perseverar en una difícil empresa.

Durante el trabajo de campo, recibí contribuciones de personas de diversos orígenes. El personal de la Biblioteca Nacional, los trabajadores del Archivo General de la Nación, Hebe (bibliotecaria de la ACA), Baigorria (Presbítero de San Ignacio de Loyola), Jane Brooks (Universidad de Manchester), las colegas Thupayagale Tshweneagae y Dithole (Universidad de Botsuana), los hermanos García Martínez (expertos en los Enfermeros Obregonos), personal de la Biblioteca de la Universidad Católica Argentina y de la Biblioteca del Hospital Británico de Buenos Aires, colegas de Uruguay y Colombia (quienes decidieron publicar dos artículos de mi autoría vinculados al trabajo).

En un plano personal, a todos los amigos y colegas que, desde su afecto y apoyo incondicional hicieron posible mi trabajo: Bernardina Sosa, Carolina Arrascada, Yolanda Benítez, Susana Pritchard, Leticia Arona (que contribuyó con el acopio de fuentes primarias), Zulma González (incansable buscadora de *papers*), Diego Galindo, mi mentora Ana María Mosca, mis compañeros/as de trabajo en la Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM), la Escuela de Enfermería “Dra. Cecilia Grierson” y la Universidad Isalud.

A Ulises quien tuvo la generosidad de prestarme por un tiempo la brújula y evitar que sucumbiera en los laberintos académicos. Mis hermanas Claudia y Silvana, cómplices de travesuras.

Las columnas de esta tesis fueron María Malbrán (incansable revisora y lectora) y su hermana Silvia. Lamento tía no haber llegado a tiempo.

Mi padre Jorge Serdarevich, buscador de fuentes primarias en anaqueles olvidados de la Ciudad de Buenos Aires.

Por último (pero no menos importante) a todos los estudiantes que comparten sus experiencias, temores, deseos y afecto conmigo. No imagino un día de trabajo sin sus miradas atentas, llenas de fuego y esperanza.

Esta tesis está dedicada a mis abuelas (Ana y María Luisa) que me enseñaron a no tener miedo y a mis abuelos (Raúl y Mateo). El primero, por transmitirme su amor hacia la literatura y convencerme de que la educación es la única herramienta de emancipación. Al segundo no tuve la suerte de conocerlo, pero su memoria se agiganta día a día en los recuerdos de mi padre.



Resumen (con palabras clave)

La Enfermería como campo disciplinar ha experimentado cambios significativos en tiempos recientes. Conceptos y constructos como cuidado, asistencia, cura, mediación, vocación, han sido revisados a la luz de desarrollos científico-técnicos y epistemológicos.

En este orden de cosas una aproximación histórica ayuda a esclarecer acontecimientos precisando causas y efectos. La Historia devela intereses que conforman espacios, identifica clases y grupos, el surgimiento y extinción de instituciones y el trasfondo político de la jerarquización profesional. Eventos comunes al desarrollo disciplinar son: condiciones sociales y económicas, marco teórico referencial, estructuras de poder y grado de autonomía asignada a sus integrantes.

El enfoque historiográfico se presenta como una opción epistemológica, producción de conocimiento crítico que atiende a dimensiones sociohistóricas. Permite analizar y revisar elementos del pasado con vistas a trazar la trayectoria de la profesión. Proporciona masa crítica para la comprensión y concreción de los cambios según el desarrollo del conocimiento.

La tesis estudia la significación de los textos de formación para enfermeros/as de la República Argentina en los procesos de recuperación de la memoria y en la construcción de la identidad profesional.

Los capítulos utilizan fuentes primarias y secundarias destinadas a la formación de enfermeros/as y revisitan testimonios históricos para encuadrar los documentos y los autores en el contexto social, político y económico en el que se produjo el conocimiento.

Invita a una visión de concepciones del pasado que han cristalizado en valores y creencias fuertemente arraigadas.

Palabras clave. Enfermería, Historiografía, Identidad, Memoria.

A. INTRODUCCIÓN

La Enfermería en la República Argentina ha experimentado cambios debido a la promulgación de leyes que la regulan (24.004), la variación de ofertas curriculares (art. 43 – 24. 521. Ley de Educación Superior) y la complejización progresiva en los cuidados de salud. Dichas transformaciones no han sido sistematizadas en un corpus teórico basado en fuentes históricas, epistemológicas, metodológicas y prácticas.

Progresar hacia la construcción de la identidad profesional constituye un desafío y una meta.

Analizar los eventos históricos que cimentan una profesión ha cobrado relevancia en las investigaciones sociales (Wineburg, 1999; Toman y Thifault, 2014; Chulach y Gagnon, 2016). El ejercicio del pensamiento histórico requiere conciliar dos posiciones: la primera, lo considera como herencia de la que no podemos desprendernos y la segunda que sostiene que, si no logramos hacerlo, estamos condenados a leer el pasado desde una óptica presentista (Wineburg, 1999).

La consulta de documentación histórica profesional contribuye a sustentar la legitimidad, autonomía y autoridad del colectivo enfermero (Arratia, 2005), amplía las bases del conocimiento y promueve la comprensión de los orígenes sociales e intelectuales de la Enfermería (Huaiquián Silva, 2014).

Los textos para la formación de enfermeros en la Argentina se constituyen como un campo de indagación fértil para la selección de categorías que se reiteran, mutan y construyen la historia disciplinar.

1. Fundamentos

Enfermería tiene la particularidad de ser una de las disciplinas con un alto nivel de feminización (85%) y mayor carga de cuidado en las tareas. La problemática que afecta a la profesión en la República Argentina impacta de manera negativa

tanto en las condiciones laborales propias del sector como en la calidad de atención en salud (Aspiazu, 2017).

El problema de investigación encuentra su justificación en el ámbito de la salud pública tomando como sustento la pertinencia social de la Enfermería y los aportes teóricos provenientes de la Epistemología. Los contextos en los que los problemas actuales de salud pública se presentan tales como la globalización, las tendencias económicas, políticas y sociales, las directrices y fundamentos de las reformas de los sistemas de salud y los ambientes culturales, hacen necesaria una revisión de las fuentes históricas como medio para comprender procesos intraprofesionales y aspectos vinculados al déficit de recurso humano calificado en salud.

Según Aspiazu (2017), el colectivo profesional presenta particularidades que lo colocan en una situación de vulnerabilidad. El déficit en la cantidad de enfermeros/as (ver capítulo 6) y la desvalorización profesional agregan complejidad al estado de cosas en el ámbito laboral. Las prestaciones del sector salud se caracterizan por una necesidad de mano de obra de manera conjunta con la presencia de recursos humanos especializados.

Proyectos legislativos (Ministerio de Salud, 2008), iniciativas desde el estado (Ley 26.058) han buscado paliar la multiplicidad de problemáticas vinculadas al recurso humano en Enfermería. El conocimiento de los procesos de profesionalización, la feminización y los actores que se ocuparon de dicha problemática en un *continuum* histórico permiten justificar la elección metodológica dentro de las tendencias de investigación en salud pública.

Los sucesos de significación histórica involucran para el investigador la organización de eventos en una narrativa que muestre la importancia del colectivo estudiado en un enclave global (Seixas y Peck, 2004, p. 110). El pensamiento histórico requiere tiempo y práctica, poniendo en juego procesos cognitivos que van más allá de una mera “lectura del pasado” (Toman y Thifault, 2012, p. 186). Como práctica significa no sólo “pensar sobre el pasado” sino también reflejar – se en los interiores del tiempo, como heredero de un legado y artesano del futuro (Toman y Thifault, 2012, p. 202). Toda profesión es una

creación humana y su desarrollo se justifica en una visión histórica (Arratia, 2005).

Uno de los problemas para la construcción de la identidad de los/as enfermeros/as es que, aunque las curriculas de Enfermería han incluido asignaturas relativas al estudio de la Historia, el espacio aúlico dedicado a estos temas ha ido en descenso a lo largo del tiempo (Toman y Thifault, 2012).

La relevancia de las investigaciones históricas en Enfermería reside en visibilizar el protagonismo de los enfermeros en procesos históricos y su influencia en la atención sanitaria (Smith, Brown y Crookes, 2015). Considerar el análisis histórico como una práctica reflexiva y crítica significa trascender la perspectiva hagiográfica (Toman y Thifault, 2012, p.196) para abordarlo como una construcción activa del presente. De esta manera, la reflexión sobre la praxis histórica permite a los enfermeros/as pensar en la contingencia del conocimiento (Brown y Crookes, 2016), analizar las prácticas y cuidados, precisar el lugar del colectivo profesional en el sistema de salud y revisar las relaciones con el poder médico hegemónico (Chulach y Gagnon, 2016).

Según Morrone (2013) la producción escasa de material relacionado con la historia de la enfermería argentina sugiere subordinación disciplinar. La mirada centrada en el modelo Nightingale (1820 – 1910) es una explicación ingenua y foránea de la profesión que hace necesario un enfoque nacional que considere influencias políticas, sociales y económicas (Morrone, 2013).

Barrancos (2014) sostiene que la índole moral impuesta por Nightingale se identificaba con las obligaciones de abnegación y sacrificio exigidas a las mujeres en la mitad del siglo XIX. El pietismo articulaba los sentidos mayores del cuidado de pacientes. La Enfermería no ha podido despojarse de ese *dictatum* a pesar de las transformaciones en más de un siglo transcurrido desde su conformación especializada (Barrancos, 2014).

La organización de los servicios de salud respondió a un punto de vista que redundaba en las concepciones que los varones compartían, aunque no se tratara de pactos explícitos y reflexionados (Barrancos, 2014). Es interesante notar desde una perspectiva de género cómo las enfermeras replicaron

estructuras de poder, subordinación y obediencia propias del orden castrense alejado de un modelo feminista.

Un análisis de fuentes permite recopilar y organizar la información, describir, contextualizar e interpretar el derrotero de la Enfermería en la Argentina (Morrone, 2013), analizar las relaciones de poder y los estereotipos respecto de la naturaleza y alcances del desempeño profesional y desmitificar ciertos esquemas ejemplificadores (Barrancos, 2014).

El marco epistemológico de la tesis se orienta hacia el estudio semántico de constructos como “cuidado”, “asistencia”, “vocación de servicio”, “paciente”. Aborda los cambios de concepciones implícitas desde una óptica filantrópica o misional hacia visiones basadas en el mejoramiento de la calidad de vida.

Los supuestos teóricos se basan en constructos que describen e interpretan al individuo, al contexto (epocal/institucional/político) y sus relaciones mutuas e ilustran las raíces que subyacen a concepciones implícitas y explícitas sobre la Enfermería. Pone en tela de juicio el modelo biologicista, inspirado en una visión cartesiana que escinde o fragmenta cuerpo y mente (Capra, 2003).

El término contextualización incorpora al ambiente en función de las disponibilidades, presiones y oportunidades para la formación en Enfermería que derivan en el conocimiento y la reflexión sobre la práctica.

La metodología adoptada se inscribe en el paradigma interpretativo (Vasilachis, 2013) con influencias de corrientes socio – críticas, la “metahistoria” propuesta por White (1973) y aportes del feminismo (Lerner, 1990).

Los diseños cualitativos de investigación permiten una flexibilidad que favorece la selección de indicadores reveladores de la realidad existente con vistas al diseño de políticas y programas en el marco de la salud pública.

Autores como Hayden White (1973) invitan a la reflexión en torno a los límites y posibilidades de los instrumentos teóricos y recursos lingüísticos para tratar los discursos en circulación en un determinado contexto. Se propone conocer el pasado reciente y la constitución de nuevas identidades. Discurrir sobre el pasado es hablar acerca de cómo hablamos del mismo y de lo que supone acerca de nosotros (Tozzi y Lavagnino, 2012).

La investigación gira en torno al interrogante:

¿Cuál es la significación de los textos para la formación de enfermeros/as en la República Argentina en los procesos de construcción de la memoria e identidad profesional?

Esta cuestión deriva en los siguientes planteos:

- narrar los sucesos históricos interviene en los procesos de significación de la identidad profesional de los/as enfermeros/as;
- la identidad de los profesionales de Enfermería se puede construir sin recurrir necesariamente a la historiografía. Se trata de una “historia del futuro”;
- los estereotipos de rol y las representaciones sobre la disciplina de las nuevas generaciones se nutren de la lectura de los textos para la formación profesional,
- el recorte del narrador interviene en la selección y generación de textos históricos profesionales, así como en la lectura de sucesos pasados.

Las investigaciones ofrecen respuestas alternativas, apelan al ejercicio del pensamiento crítico y reflexivo de los sucesos históricos (Wineburg, 1999). Demandan la exposición de razones que subyacen a las afirmaciones o premisas. La forma en que contamos historias varía según las fuentes, la memoria de los protagonistas, los discursos hegemónicos y las representaciones sociales del rol.

El pensamiento histórico (Wineburg, 1999) incorpora narrativas e iconografías superando una lectura lineal para considerar las voces de profesionales del pasado y el presente con vistas a trazar el futuro de la disciplina.

La historia científica descubre los intereses que conforman las fronteras geográficas, la jerarquización de clases y grupos, la aparición y extinción de instituciones y el trasfondo político de la jerarquización disciplinar. En la génesis

profesional encontramos los mecanismos que explican el sistema de relaciones jerarquizado y sexualizado de la Enfermería actual (Alattore Wynter, 2010).

En lo relativo al texto como artefacto histórico, los trabajos de Hayden White consideran la obra histórica como una estructura verbal en forma de discurso en prosa narrativa. Según este autor, las historias combinan cierta cantidad de datos, conceptos teóricos para explicar esos datos y una estructura narrativa para presentarlos como conjuntos de acontecimientos que supuestamente ocurrieron en tiempos pasados (White, 1992/2014, p.9). El contenido estructural profundo es de naturaleza poética y lingüística de manera específica, y sirve como paradigma pre - críticamente aceptado de lo que debe ser una interpretación de especie histórica. Este paradigma funciona como elemento metahistórico en las obras de alcance mayor que la monografía o el informe de archivo (White, 1992/ 2014, p.10). Las dimensiones manifiestas de la obra histórica pueden categorizarse como epistemológicas, estéticas y morales. Los elementos teóricos de un texto histórico se encuentran en la superficie, pero un análisis exhaustivo penetra en un nivel profundo. Los conceptos comprenden el nivel manifiesto y su objetivo es la explicación de las categorías utilizadas. El pensador histórico escoge estrategias conceptuales por medio de las cuales explica o representa sus datos (White, 1992/2014).

La identidad puede ser vista como un producto sociocultural en una dinámica interactiva entre el sujeto y el contexto (Rivas Flores, 2007).

El marco axiológico permite abordar los cambios operados en concepciones desde una óptica filantrópica o misional hacia ideas basadas en el mejoramiento de la calidad de vida.

En síntesis, las raíces conceptuales recurren a marcos filosóficos, histórico – políticos, epistemológicos y biopsicológicos. Las ideas emanadas del marco teórico iluminan el camino desde una perspectiva amplia hacia la construcción de la identidad profesional en Enfermería tomando como pivote algunos textos de formación profesional.

La potencialidad de la Historiografía radica en la generación de masa crítica proveniente de fuentes que sienten las bases de un proyecto que legitime la figura del enfermero en el entramado social de la Argentina.

2. Objetivos.

Objetivo general

Indagar la significación de los textos para la formación de Enfermeros/as en la República Argentina en los procesos de construcción de la memoria e identidad profesional.

Objetivos específicos

- Identificar las variables que operan de manera transversal en los textos para la formación de enfermeros/as en Argentina.
- Analizar paradigmas y modelos relativos a la construcción de una memoria activa del rol.
- Trazar una línea historiográfica que refleje el devenir profesional.
- Explorar variables asociadas tales como el género en los procesos de memoria e identidad disciplinar.

B. MARCO TEÓRICO

La Historiografía —entendida como el estudio crítico de los escritos sobre la Historia, sus fuentes y autores— es una tarea de síntesis, un ejercicio lógico y metodológico que permite evaluar la consistencia y la coherencia de los resultados de la investigación del pasado (Alattore Wynter, 2010 y Jaksić, 2012). La relectura de la Historia ofrece una línea de base para continuar y profundizar el análisis.

Diversos autores señalan la necesidad de revisar la Historia de la Enfermería (Morrone, 2014), la conciencia social acerca de la profesión y las nuevas concepciones sobre la naturaleza y alcances de la labor (Chocarro González, Guevara Bottamy, Venturini Medina y Salvadores Fuentes, 2004).

El ejercicio de la investigación en Enfermería constituye una forma de demostrar la eficacia de las intervenciones (Rodríguez y Brito Brito, 2013).

Desde el punto de vista axiológico se requiere adoptar un sistema de valores que fundamente los principios profesionales en un cambio de paradigma orientado a la nivelación de la imagen social de la Enfermería frente a las otras profesiones (Thupayagale Tshweneagae y Dithole, 2007).

Habilitar a los profesionales en el conocimiento, las habilidades y las actitudes, así como estimular la conciencia sobre la importancia de la investigación como factor de progreso, empodera a los destinatarios, alienta tesis sobre bases innovadoras y compromete la presentación de iniciativas en congresos y otros encuentros. Son antidotos contra la superficialidad, la trivialidad y la rutina (Serdarevich, 2017a).

La pesquisa historiográfica permite afirmar que no se dispone de un corpus estructurado de conocimiento en Enfermería. Dar cuenta de los criterios utilizados para el ordenamiento y la sistematización de los datos constituye una prueba de coherencia teórica y empírica (Mendizábal, 2013). El estudio de documentación histórica profesional contribuye a sustentar la legitimidad, la autonomía y la autoridad del colectivo enfermero (Arratia, 2005). Amplía las bases del conocimiento y promueve la comprensión de los orígenes sociales de la Enfermería (Huaquián Silva, 2014).

El carácter multimetódico de la Historiografía se ilustra mediante el análisis de textos a lo largo de la historia de una profesión. En el caso que nos ocupa permite identificar aspectos del rol, su vinculación con el contexto sociopolítico y las tensiones/relaciones de poder entre los protagonistas.

En Argentina los documentos que se dedican a la Historia de la Enfermería son escasos. La información no está sistematizada lo que obliga a abreviar en variadas fuentes. Deconstruir las publicaciones disponibles ayuda al investigador

en el análisis de las representaciones profesionales cristalizadas en aspectos significativos del desempeño en diferentes épocas (Serdarevich, 2017a).

Recuperar las historias desafía la Historiografía tradicional reflejo del ideario de élites políticas, profesionales y sociales que descuida o ignora las concepciones de los sectores directamente involucrados. Como en otros casos, variados segmentos de la población han buscado establecer sus identidades fuera de las esferas hegemónicas (Iggers, 2012).

El marco teórico-metodológico que sustenta la tesis se basa en supuestos que describen e interpretan al individuo, al contexto (epocal-institucional-político) y sus relaciones mutuas e intenta arrojar luz sobre las raíces de creencias implícitas y explícitas sobre la Enfermería.

1. Memoria e Historia

La reflexión sobre la memoria ha estado presente desde los comienzos de la humanidad (Vega, 2002). Constituye una fuente de datos para la Historia permitiendo su configuración y posibilita el descubrimiento de caminos para construir la trayectoria profesional (Nogales Espert, 2006).

En el curso de las últimas décadas el estudio de la memoria colectiva ha adquirido importancia en la cultura occidental. La multiplicación de las publicaciones, el eco que encuentra en los medios de comunicación, los debates que suscita son algunos de los síntomas de este interés creciente. Dirige la atención a la memoria de acontecimientos traumáticos (guerras, dictaduras, masacres). Existe una relación estrecha entre memoria e identidad (Groppo, 2002, pp. 187 – 188). Es difícil construir la identidad sin recurrir a la memoria.

La experiencia recordada y narrada se vincula de manera directa con la explicación del pasado. Estos lazos permiten una aproximación a la realidad desde una perspectiva crítico – política (Cuesta, 2011).

Filósofos como Benjamin (1892 – 1940) han aportado masa crítica en cuestiones vinculadas a la memoria colectiva. Propone una lectura política de la actualidad a través de la mirada a los orígenes históricos de la modernidad (Molano, 2014).

[...]” Existe una cita secreta entre las generaciones que fueron y la nuestra. Y como cada generación que vivió antes que nosotros, nos ha sido dada una flaca fuerza mesiánica

sobre la que el pasado exige derechos. No se debe despachar esta exigencia a la ligera” [...] (Benjamin, 1959/ 2011, p.6)

[...]” La historia es objeto de una construcción cuyo lugar no está constituido por el tiempo homogéneo y vacío, sino por un tiempo pleno, <tiempo ahora>” [...] (Benjamin, 1959/ 2011, p.13)

Articular históricamente el pasado significa adueñarse del recuerdo, no simplemente rememorarlo “tal y como verdaderamente ha sido” (Benjamin, 1959/ 2011, p. 7). Las memorias sociales que se encarnan en las vivencias de los individuos son consecuencia de experiencias vividas y de situaciones históricas recordadas de manera colectiva y transmitidas de generación en generación (Cuesta, 2011).

Los testimonios tratan de recuperar una memoria histórica individual y social que involucra un compromiso ético y un posicionamiento político (Vega, 2002). Se trata de restaurar el papel de los individuos en la construcción de los lazos sociales y el estudio de los fenómenos en pequeña escala (Chartier, 1994/1998).

[...]” La tradición de los oprimidos nos enseña que la regla es el <estado de excepción> en el que vivimos. Hemos de llegar a un concepto de la historia que le corresponda” [...] (Benjamin, 1959/2011, p.9)

La Historia así entendida se convierte en una práctica “científica” productora de conocimientos que dependen de procedimientos técnicos, normas y presiones impuestas por su lugar social y por la institución del saber donde se ejerce, así como por reglas que organizan su escritura (Chartier, 1994/1998).

Las discusiones sobre la manera de escribir la Historia pueden dividirse en dos vertientes metodológicas: el tratamiento crítico de los documentos y la noción de “hecho histórico” (Fayó, 2013).

Wineburg (1999) hace referencia a los desafíos del pensamiento histórico:

“No hay un camino sencillo en la tensión entre el pasado familiar y relevante para nuestras necesidades presentes de aquel pasado en el que no se observan aplicaciones manifiestas. Pero dicha tensión existe debido a que ambos aspectos de la historia son esenciales e irreductibles” (Wineburg, 1999, p. 83).

La Historia en tanto realidad y conocimiento de esa realidad, tiene sus raíces en la historicidad individual (existencial) y la historicidad del pueblo o comunidad (Apreada, 1969, p.125). Ambas se construyen recíprocamente.

“Memoria” y “subjetividad” reflejan modos de ver los hechos del pasado que grupos y sujetos individuales confeccionan a través de las prácticas sociales (Manero Brito y Soto Martínez, 2005).

El pensamiento histórico trasciende el estudio de eventos del pasado para convertirse en una herramienta en el análisis de las contingencias que involucran el desarrollo de una profesión. A menudo las enfermeras han protagonizado avances en el cuidado de la salud y han conciliado cuestiones complejas como la ciencia, el género y la raza (Smith, Brown y Crookes, 2015, p. 343).

Los planes de estudios pueden considerarse una cartografía político-intelectual que ilustra las concepciones hegemónicas de la disciplina y las contradicciones entre diversas perspectivas y teorías atravesadas por relaciones de poder en un momento específico de la vida institucional, política y económica de un país (Arrúa, 2015).

El uso de una perspectiva analítica en materiales para la formación profesional alienta procedimientos sistemáticos cuyo objetivo consiste en la descripción del contenido de los mensajes. Ayuda al investigador en la identificación y explicación de las representaciones cognoscitivas que otorgan sentido a todo relato comunicativo (Bardin, 1986).

La Historia procura la comprensión del pasado. Incorpora hechos colectivos, anónimos mediante el uso de procedimientos originales (coexistencia y combinación de testimonios y documentos). Vincula la vida cotidiana de los individuos con la dinámica social (Vilar, 1999).

Una Historia de grandes modelos interpretativos ha mutado a una disciplina más sensible a los detalles, mejor dispuesta hacia los acontecimientos políticos y al oficio historiográfico. El retorno a la narración como forma de escritura hace visible los ejes del relato histórico: temporalidad e interpretación. El ámbito historiográfico restituyó a los actores sus experiencias otorgando lugar a los

testimonios y a los discursos de la memoria que habían sido borrados por la historia estructural de larga duración (González y Pagès, 2014).

Los historiadores buscan evidencias documentales para reconstruir hechos explicando causas, motivos y razones y armonizarlos en la escritura historiográfica. Los testimonios, las recopilaciones orales, las memorias son sometidas como cualquier otra fuente a resguardos metodológicos de los historiadores. La memoria recupera celosamente las experiencias de los testigos en las historias mínimas, próximas y vitales, en reconocer su carácter único e irremplazable. Se constituye así un vínculo dialéctico donde memoria e historia se influyen de manera mutua. La memoria colectiva sucede como un hecho social (González y Pagès, 2014).

El historiador que recurre al pasado impulsado por preguntas o deseos se encuentra ante restos que subsisten. Cuando los transforma en fuentes que dan testimonio cuyo conocimiento le interesa, se mueve en dos planos, investiga situaciones articuladas lingüísticamente con anterioridad o reconstruye circunstancias que no lo han sido. En el primer caso, los conceptos tradicionales de la lengua de las fuentes le sirven como acceso heurístico para comprender la realidad pasada. En el segundo caso, se sirve de conceptos formados, de categorías científicas que se emplean sin que se puedan mostrar en los hallazgos de las fuentes. La historia de los conceptos es la que mide e investiga esta diferencia o convergencia entre conceptos antiguos y categorías actuales del conocimiento (Koselleck, 1993, pp. 333-334). El “espacio de experiencia” y el “horizonte de expectativa” funcionan como ideas para tematizar el tiempo histórico porque permiten entrecruzar pasado y futuro. Remiten a la temporalidad del hombre y metahistóricamente a la Historia (Koselleck, 1993).

El recurso a la memoria es una condición indispensable para intentar comprender la actualidad y orientarse hacia un futuro (Groppo, 2002, p. 188). La recuperación del pasado es el lugar donde se decide el futuro. Los espacios de la memoria no hablan del pasado sino del futuro (Matas Morel, 2010).

La identidad de un grupo social es inseparable de su memoria por intermedio de la cual se construye y transmite. Es social y cultural producto de un proceso histórico que permite identificar aspectos estables. Presencia viva y activa del

pasado, la memoria colectiva lejos de quedar fijada se modifica continuamente (Groppo, 2002, p.191).

Cada memoria restituye una parte o un fragmento del pasado. Ninguna memoria puede pretender la exclusividad aún cuando algunas, por ejemplo, las de las víctimas, se haya intentado borrar o ahogar mereciendo por este hecho una atención particular (Groppo, 2002, p.192). El hombre se reconoce finito y por lo tanto histórico (Aprea, 1969, p.123).

Las vinculaciones entre la Historia y la Filosofía colocan la primera en un “justo medio” para situar los objetos de análisis desde su verdadera perspectiva (Hume, 2010). Volver los ojos hacia el proceso histórico considerando instituciones, normas y acciones permite analizar de manera amplia las civilizaciones (Ujaldón, 2010).

2. Comunicación e identidad

La identidad colectiva es el resultado de interacciones cotidianas a través de las cuales los sujetos delimitan lo propio frente a lo ajeno. Es un proceso continuo de aprendizaje que se logra de forma reflexiva y autocrítica mediante la conciencia de oportunidades equitativas de participación (Habermas, 1987).

En toda sociedad existe una pluralidad de memorias colectivas y por lo tanto de identidades colectivas: hay tantas memorias sociales como grupos sociales (Groppo, 2002, p. 190).

El logro de la identidad individual supone un ejercicio de autorreflexión a través del cual el individuo pondera sus capacidades y potencialidades y adquiere conciencia de lo que es como persona (Maldonado y Hernández Oliva, 2010).

Los académicos de Enfermería construyen su identidad mediante una interacción entre la experiencia personal y el ambiente social, cultural e institucional dentro del cual se desenvuelven a diario (Aguayo González et al, 2014).

Habermas (1987) distingue dos fases de construcción de la identidad: la “simbólica” en la que la homogeneidad del grupo hace posible el predominio de la identidad colectiva sobre la individual. Los individuos se encuentran unidos por valores, imágenes, mitos, que constituyen el marco normativo del grupo y por ende el elemento cohesionador. La segunda fase es la “integración” (adhesión)

que corresponde a las sociedades modernas, donde la marcada especialización trae consigo una diversidad de espacios sociales y culturales y una ruptura de creencias. La identidad colectiva se presenta en forma cada vez más abstracta y universal, de tal manera que las normas, imágenes y valores ya no pueden ser adquiridas por medio de la tradición sino por la interacción comunicativa (Habermas, 1987).

Los sujetos se identifican con los diversos grupos a los que están adscriptos en la medida en que encuentran formas de participación que les permitan reafirmar su pertenencia (Mercado Maldonado y Hernández Oliva, 2010).

La acción comunicativa opera en un medio lingüístico y refleja las relaciones de los actores con el mundo. Funciona como un modo de entendimiento en el que hablantes y oyentes refieren simultáneamente algo en el mundo objetivo, el mundo social y el mundo subjetivo, para negociar definiciones que puedan ser compartidas (Habermas, 1987, pp. 136 – 137).

El modelo comunicativo de acción es importante para los hablantes: al hacer uso de oraciones establecen relaciones con el mundo de un modo reflexivo (Habermas, 1987).

[...]” En este proceso de entendimiento los sujetos al actuar comunicativamente se mueven en medio del lenguaje natural, se sirven de interpretaciones transmitidas culturalmente y hacen referencia simultáneamente a algo en el mundo objetivo, en el mundo social que comparte cada uno, a algo en su propio mundo subjetivo” [...] (Habermas, 1987, pp. 499-500)

Para Bauman (2005) la identidad se constituye como un “amasijo” de problemas en lugar de ser una cuestión en común con un grupo de personas. El mundo que nos rodea está rebanado en fragmentos. Pocos de nosotros podemos pasar por más de una “comunidad de ideas y principios” auténtica o bien integrada. Por lo tanto, la identidad tiene una condición provisional (y frágil). Utiliza el término “comunidades guardarropa” para hacer referencia a las que tienen una vida útil breve y hacen necesaria una mezquindad de compromiso para formar parte.

[...]” los pasillos de las oficinas se han convertido en escenarios de una competencia encarnizada y a brazo partido entre individuos que se debaten por llamar la atención de sus jefes y arrancarles el visto bueno con un asentimiento de cabeza en lugar de ser

como en el pasado, crisoles de solidaridad proletaria en lucha por una sociedad mejor”
[...] (Bauman, 2005, pp. 78-79).

La identidad impuesta es para Bauman una implantación de rasgos humillantes, deshumanizantes, estereotipados y estigmatizadores sobre un colectivo de personas que tienen vedado el acceso. Este estado de cosas le lleva a preguntarse:

[...]” cómo lograr la identidad en (¿a pesar de?) la diferencia y cómo preservar la diferencia (¿a pesar de?) la unidad” [...] (Bauman, 2005, p.94)

El sitio de la identidad es un “campo de batalla” sin el cual ésta se adormece y desvanece (Bauman, 2005).

Los grupos humanos desarrollan conductas que proporcionan cohesión cultural. El colectivo enfermero adolece la falta de un perfil nítido desde el punto de vista cultural. Tiene dificultad para alcanzar consensos sobre problemas nucleares (históricos) para interpretar cuestiones pendientes desde tiempos inmemoriales.

En la dinámica de los grupos profesionales, el poder y la memoria colectiva se desarrollan por la acción de la disciplina histórica que actúa como depositaria de la memoria colectiva de la sociedad, grupo o institución y por el compromiso que contrae el historiador en la tarea de crearla y gestionarla en tanto objeto de estudio. Los colectivos profesionales se consideran a sí mismos útiles y hacen valer la pertinencia de su participación en el proceso de satisfacción de necesidades, utilizando los medios de comunicación de masas. Influyen en la interpretación de los sucesos, de forma que hace que resulte imprescindible su implicación para el análisis y resolución de situaciones. De esta manera posibilitan la construcción social de su imagen (Siles González, 2004).

La búsqueda de reconocimiento social de la Enfermería como profesión se ha convertido en una situación de tirantez global que genera tensiones intraprofesionales ocupadas en considerar el reconocimiento desde la autoafirmación más que en el estatus social disciplinar (Maya Maya, 2003).

El proceso de construcción identitaria involucra el descubrimiento de uno mismo y el desarrollo de la autoestima y del auto-concepto. Los/as docentes de Enfermería, las enfermeras en la práctica clínica y todos los que intervienen en el proceso educativo participan en la construcción de la identidad profesional. Si

esa construcción fortalece la seguridad personal, la autoestima y el auto-concepto se transformará en un aspecto fundamental para el ejercicio del rol (Loo Morales, 2003).

La identidad supone un ejercicio de autorreflexión (metacognición), a través del cual el sujeto pondera sus capacidades y potencialidades, tiene conciencia de lo que es como persona. Como el individuo no está solo, sino que convive con otros, el autoconocimiento implica reconocerse como miembro de un grupo lo cual, a su vez, le permite diferenciarse de los miembros de otros grupos (Maldonado y Hernández Oliva, 2010).

Tajfel (1974) postuló la teoría de la identidad social (TIS) entendida como el vínculo psicológico que permite la unión de la persona con su grupo. Para lograr ese vínculo el individuo debe:

- percibir que pertenece al grupo,
- ser consciente de que por ello se le asigna un calificativo (positivo o negativo),
- sentir cierto afecto derivado de la conciencia de pertenecer (Tajfel, 1974).

La identidad social integra componentes cognitivos, evaluativos y afectivos. Los cognitivos son conocimientos que tienen los sujetos sobre el grupo al que adscriben, los evaluativos se refieren a los juicios que emiten sobre el grupo y los afectivos tienen que ver con los sentimientos que les provoca pertenecer a determinado grupo (Tajfel, 1974). Se relacionan con la adscripción o membresía y con el conocimiento de los contenidos socialmente aceptados, rasgos compartidos que conforman el “nosotros” (Maldonado y Hernández Oliva, 2010).

Las investigaciones históricas brindan fundamentos que permiten caracterizar la identidad profesional (individual o grupal), en un determinado contexto social. Ofrecen bases conceptuales para identificar el origen, desarrollo y estructura de la profesión a lo largo del tiempo. De ahí la importancia de incorporar en los currículums formativos la perspectiva del análisis histórico profesional (Arratia, 2005). La historia de la Enfermería ofrece a las enfermeras un sentido de conexión intradisciplinar (Madsen, McAllister, Godden, Greenhill y Reed, 2009).

En el ejercicio profesional se confrontan los saberes disciplinares. El lugar en la sociedad está dado por el espacio ocupacional. La identidad se ve determinada por la división del trabajo, el papel de la mujer, el nivel de organización alcanzado por el grupo, la solidaridad, el respeto por los usuarios y la profesión (Castrillón Agudelo, 1992).

La producción de literatura propia de la Enfermería ha experimentado un crecimiento importante desde principios de los años ochenta al incorporar un análisis crítico del pasado, el énfasis en la Enfermería clínica y la menor reverencia hacia los mitos (perspectiva hagiográfica). Estos desarrollos han contribuido a la comprensión de cuestiones vinculadas a la identidad, autonomía y práctica profesional (Madsen et al, 2009).

Todas las comunidades producen una serie de objetos materiales entre los que se hallan herramientas, monumentos, edificios, artesanías, tecnología, música, que se convierten en productos culturales cuando los sujetos les atribuyen un valor simbólico o los utilizan para mostrar la pertenencia al grupo y así promover su identidad (Mercado Maldonado y Hernández Oliva, 2010).

La enseñanza en Enfermería, si bien ha logrado un desarrollo notable en las últimas décadas aún centra el currículum en una *racionalidad técnica* propia del modelo biomédico consistente en la aplicación de conocimiento científico procedente de la investigación empírica. Enseñar se transforma en el medio que posibilita la transmisión de los contenidos teóricos necesarios para fundamentar rutinas (Aguayo González y Moreno Font, 2012). Estas ideas entran en contradicción con el pluralismo paradigmático del desarrollo de la disciplina reflejado en la multiplicidad de enfoques y la diversidad de las intervenciones (Zabalegui Yárnoz, 2009).

Los discursos funcionan como configuraciones de pensamiento y prácticas integradas dentro de una estructura social que provee la base para lo que se considera legítimo. La discursiva de un fenómeno se constituye por relaciones entre tres nociones: los discursos residuales (herencia del pasado), los discursos dominantes (pueden silenciar otras posibilidades de conocimiento) y los discursos emergentes que anuncian la aparición de nuevas prácticas y significados (Miró Bonet, Gastaldo y Gallego Caminero, 2008).

Introducir a los estudiantes en la historia de la Enfermería y mostrar su valor posibilitará superar el alejamiento con el pasado. Al hacerlo, el colectivo profesional comenzará a construir su identidad (Madsen et al, 2009).

Fogle (2014), Brooks y Rafferty (2015) incorporan a la investigación sobre la identidad profesional el uso de uniformes en la práctica asistencial. A principios del siglo XX, la enfermera fue retratada usando un vestido blanco que tenía por objetivo transmitir dos mensajes: la identificaba con servidores y era una forma de presentar una imagen limpia y profesional. El uniforme fue cambiando hacia la preferencia del profesional (diseño, estética, marketing) en detrimento de una imagen estándar (Fogle, 2014).

La vestimenta de las enfermeras fue creada para proporcionar una identidad común en un momento de rápido cambio social. En este contexto representó su carácter distintivo; el uniforme era una metáfora para las divisiones de clase y fracturas simbólicas dentro de la profesión. Mientras que los uniformes fueron "utilizados" para mantener un sentido de uniformidad y conformidad, resulta paradójico la imagen del cuerpo femenino y el simbolismo sexual. El uniforme no sólo debía ser "usado". Su empleo se daba en un marco de reglas y regulaciones estrictas (Brooks y Rafferty, 2015).

Pacientes y familias forman rápidamente opiniones sobre la enfermera basadas en su apariencia. La tensión surge cuando otros actores del sistema de salud visten uniformes similares, pero no realizan tareas vinculadas al cuidado. El mensaje no verbal del uniforme de Enfermería en épocas pasadas se ha perdido (Fogle, 2014).

La imagen disciplinar involucra el grado de acuerdo relativo a la cultura de la Enfermería como profesión y las divisiones y diversidad de roles/funciones. Cuando nuevas enfermeras se unen a la fuerza de trabajo suelen mostrar interés y entusiasmo que tiene que ser nutrido y desarrollado. Si las enfermeras hablaran con fuerte voz, la profesión sería tomada seriamente por las fuerzas políticas (Thupayagale Tshweneagae y Dithole, 2007).

El capital cultural (o simbólico) puede expresarse en términos de educación y experiencia y de los valores y creencias que motivan el ejercicio (Carter, 2014).

Comprender los patrones de identidad profesional permite evaluar la eficacia de los planes de estudios, desarrollar actitudes hacia la calidad de los cuidados e identificar valores en los estudiantes (Hensel, 2013).

3. Género y profesión

Según Lerner (1990) el género, en el conjunto de papeles sociales, es la definición del comportamiento apropiado a cada sexo dentro de una sociedad y un momento determinados.

[...]” Es un disfraz, una máscara, una camisa de fuerza dentro de la cual hombres y mujeres practican una danza desigual” [...] (Lerner, 1990, p. 339)

El término sexismo se utiliza para definir la supremacía ideológica masculina. La igualdad de oportunidades de las mujeres en la vida pública en algunos países no tiene un correlato en las relaciones sociales y familiares (Lerner, 1990). Los roles asignados en la vida familiar y social no se corresponden con la igualdad de oportunidades en el ámbito laboral.

La historia de la Enfermería es casi exclusivamente una historia femenina si bien en los siglos IV y V los hombres trabajaban como enfermeros. Esta situación permite considerar las tensiones propias de la naturaleza de género en la tarea y la influencia de la cultura patriarcal. Entre las barreras que desalientan el ingreso de los hombres a la profesión se encuentran aspectos vinculados a la masculinidad. Con la irrupción del modelo Nightingale a mediados del siglo XIX la labor se consolida como una ocupación de mujeres (Evans, 2003).

Los hombres se enfrentan a estereotipos y presiones que influyen de manera negativa las contribuciones a la profesión y a las personas a las cuales dirigen los cuidados. La adopción de un enfoque holístico incluye los actores del colectivo profesional más allá del género al cual pertenecen (Zahourek, 2016).

Sesgos sexistas profundizan la división entre los trabajadores de la salud y refuerzan una jerarquía dominada por los hombres (Ehrenreich y English, 1981).

La posición de las mujeres en la sociedad debe verse en comparación con la de los hombres del mismo grupo social y época (Lerner, 1990). Crear un lenguaje nuevo, común, sin géneros, se constituye como una meta en la historia disciplinar.

Pereyra y Micha (2016) aducen que la feminización disciplinar se debe a que, a diferencia de otras acciones del cuidado en las que constituye un componente entre tantos, la Enfermería se define a sí misma en términos de esta misión (cuidar de las personas, las comunidades y las familias).

Las condiciones de inequidad afectan a una parte importante de las mujeres. Las vivencias de profesionales en una disciplina feminizada las sitúa en un contexto particular cuando enfrentan problemáticas sociales y sanitarias, ya que el sistema patriarcal les encomienda el cuidado (Urrea y Jana, 2010).

Lomas (2005) señala que la construcción de las identidades masculinas y femeninas en las sociedades humanas no es sólo el resultado natural e inevitable del azar biológico sino también el efecto cultural de una serie de factores familiares, escolares, económicos, ideológicos y sociales. Un ejemplo de ello es la construcción mediática de universos masculinos y femeninos asimétricos, en los que los estereotipos de género sobreviven de una manera sutil bajo la apariencia de una mayor equidad entre hombres y mujeres (Lomas, 2005).

[...]” Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba <mujeres sabias>, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral” [...] (Ehrenreich y English, 1981, p.4)

La desvalorización social del cuidado –con sus connotaciones de género– puede ser interpretada como un factor de importancia a la hora de explicar las condiciones laborales de la Enfermería. En efecto, el componente cuidado asignado a la ocupación se encuentra estrechamente asociado a estereotipos tradicionales de género que operan asociando los saberes específicos de la disciplina con conocimientos y habilidades supuestamente “inherentes” a la condición femenina (Pereyra y Micha, 2016, p. 233).

Según Ehrenreich y English (1981) el modelo Nightingale era una proyección del concepto de feminidad de las clases superiores sobre el mundo del trabajo y personificaba su esencia según los cánones de la sociedad victoriana. Las actividades del médico y de la enfermera surgieron como funciones complementarias y la sociedad que había definido como femenino el papel de la

enfermera, atribuyó sin dificultad características masculinas al papel del médico (Ehrenreich y English, 1981).

A través del descubrimiento y el conocimiento de las raíces, del pasado y de la historia, las mujeres del mismo modo que otros grupos, serán capaces de proyectar un futuro alternativo (Lerner, 1990, p.345).

El enfoque feminista permite indagar las estrategias de poder, sumisión y resistencia. Cobran significado espacios para re-crear teorías nuevas, abiertas a una dimensión social y política utilizando el análisis del lenguaje y la representación de discursos en la investigación como una herramienta para producir conocimiento que implique cambios sociales, políticos y sanitarios (Urrea y Jana, 2010).

El olvido de las mujeres como objeto de discurso y su eliminación en la formación de los sistemas de ideas hace indispensable utilizar la Historia de las Mujeres como una herramienta para la emancipación (Lerner, 1990).

Una perspectiva de género en Enfermería representa un enfoque relativamente frecuente en la última década. Cano – Caballero Gálvez (2004), puntualizan:

- a) la subordinación frente a la profesión médica prioriza la realización de actividades profesionales dependientes en desmedro de las independientes. La figura del médico es el referente de actuación y el enfoque biomédico el camino,
- b) el imaginario colectivo compartido por enfermeras que concibe la labor con características de abnegación y entrega incondicional colisionan con una carrera profesional,
- c) la necesidad de crear un espacio de trabajo y un cuerpo científico para acceder a objetivos amplios en la organización sanitaria (Cano – Caballero Gálvez, 2004).

Los elementos que conforman un régimen de género permean en diferentes niveles de manera significativa, afectan las relaciones entre los sujetos e interactúan implícita o explícitamente en el discurso manifestado por los enfermeros. Uno de los estereotipos de la imagen social de la enfermera es el de madre/monja/servidora dispuesta a prestar los cuidados necesarios (Burguete Ramos, Martínez Riera y Martín González, 2010).

Hombres y mujeres han sido excluidos y discriminados por la clase social. Sin embargo, ningún varón ha sido eliminado debido al sexo, situación que ha ocurrido con algunas mujeres. Las instituciones sociales consideran minoría a las mujeres cuando estadísticamente son mayoría (Lerner, 1990).

Los estereotipos y sesgos que transmiten los medios de comunicación sobre las enfermeras son en gran medida responsables de la distorsionada imagen de la opinión pública:

[...]” Entre las formas sexistas con que se representa a la mujer en la publicidad y otros medios como el cine o la televisión, suele ser frecuente que aparezca con el uniforme que tradicionalmente ha vestido la enfermera, consistente en falda blanca, cofia, y a veces un delantal” [...] (Calvo – Calvo, 2014, p. 533)

Las enfermeras son retratadas para dotar a la publicidad de una carga sexual y erótica que no guarda relación con el quehacer profesional, dirigida a influir sobre los receptores de los mensajes. Son usadas para publicitar productos dedicados mayoritariamente a hombres, lo que conduce a una imagen social irreal sobre la profesión (Calvo – Calvo, 2014).

Lerner (1990) acuña la idea de “dialéctica de la historia de las mujeres” para definir el conflicto entre la experiencia histórica real y la exclusión a la hora de interpretar dicha experiencia. Esta toma de conciencia se convierte en la fuerza dialéctica que empuja las mujeres a la acción a fin de cambiar su condición y entablar una nueva relación con una sociedad dominada por los varones (Lerner, 1990).

Enfermería en la Argentina es una de las ocupaciones típicamente “femeninas” por estadística y por las características que requiere su desempeño. En la ciudad de Buenos Aires la profesión no nació, se constituyó femenina. La complejión de género obedeció a representaciones culturales y necesidades sociales (Wainerman y Binstock, 1995).

El análisis de los estereotipos de rol, la feminización disciplinar y las representaciones de los estudiantes sobre la carrera no son suficientemente tenidas en cuenta a la hora de elaborar programas de formación/especialización profesional (Burguete Ramos et al, 2010).

La percepción y el desarrollo de la Enfermería dependen del colectivo profesional (con sus componentes individuales). El grado de conciencia personal respecto a la profesión determinará en gran medida los resultados de la labor colectiva (Cano – Caballero Gálvez, 2004).

4. Historiografía

Una forma de entender la Historia es como mecanismo en el cual los fragmentos que lo componen funcionan de manera vinculada (Romano, 1995). La historiografía moderna se constituye como el resultado de una convergencia de esquemas generales de interpretación del pasado y una serie de herramientas para operar sobre los remanentes (Devoto y Pagano, 2009).

Para Canguilhem (2005):

“La historia de una ciencia es el resumen de la lectura de una biblioteca especializada, depósito y conservatorio del saber producido y expuesto, desde la tablilla y el papiro hasta la cinta magnética, pasando por el pergamino y el incunable” (Canguilhem, 2005, p.19)

El pensamiento histórico significa reflejar – se en los interiores del tiempo, como heredero de un legado y artesano del futuro (Toman y Thifault, 2012).

La relevancia de las investigaciones históricas en Enfermería reside en visibilizar el protagonismo de los enfermeros, así como su influencia en la atención sanitaria (Smith, Brown y Crookes, 2016). Considerar el análisis histórico como una práctica reflexiva y crítica supone trascender la perspectiva hagiográfica (Toman y Thifault, 2012, p. 196) para encararlo como una construcción activa del presente. Una invitación al análisis sobre la praxis histórica permite a los enfermeros pensar en la contingencia del conocimiento (Smith, Brown y Crookes, 2015), analizar las prácticas y cuidados, precisar el lugar del colectivo profesional en el sistema de salud y revisar las relaciones con el poder médico hegemónico (Chulach y Gagnon, 2016).

White (1992/2014) sostiene que las historias combinan cierta cantidad de "datos", conceptos teóricos para explicarlos y una estructura narrativa para presentarlos como conjuntos de acontecimientos que supuestamente ocurrieron en tiempos pasados (White, 1992/2014). El contenido estructural profundo es de naturaleza poética y lingüística y sirve como paradigma pre - críticamente

aceptado de lo que debe ser una interpretación de especie "histórica". Este paradigma funciona como elemento "metahistórico" en todas las obras de alcance mayor que la monografía o el informe de archivo (White, 1992/2014, p.10).

Los elementos teóricos de un texto histórico se encuentran en la superficie. Un análisis exhaustivo permite penetrar en el nivel más profundo. El objetivo del nivel manifiesto es la "explicación" de las categorías utilizadas. El pensador histórico escoge estrategias conceptuales por medio de las cuales explica o representa sus datos (White, 1992/2014).

Benjamin en la Tesis de Filosofía de la Historia (1940) se refería al relato de los eventos del pasado de la siguiente manera:

[...] "El cronista que narra los acontecimientos sin distinguir entre los grandes y los pequeños, da cuenta de una verdad: nada de lo que una vez haya acontecido ha de darse por perdido para la historia. Por cierto, que sólo a la humanidad redimida le cabe por completo en suerte su pasado. Lo cual quiere decir: sólo para la humanidad redimida se ha hecho su pasado citable en cada uno de sus momentos" [...] (Benjamin, 1959/2011, p.6)

El término redimido proviene del latín *redimere* (red: nuevo, imere: comprar). Una de las acepciones es rescatar (Gómez de Silva, 1998). La posibilidad de "comprar de nuevo" el pasado ayuda a una construcción activa de la memoria histórica.

Revisitar el presente representa una transición entre lo que fue futuro y lo que deviene pasado. La dinámica de la Historia del tiempo presente tiene una doble virtud, la reapropiación de una tradición antigua que había sido abandonada y la capacidad de engendrar una dialógica con el pasado (Berárda, 1998).

Los teóricos de escuela francesa y la escuela de los Annales (Bloch, Febvre, Braudel, entre otros) consideran las dimensiones económicas, sociales y de pensamiento de los hechos como modos de entender la Historia. La corriente de los Annales instaba a producir un acercamiento de la Historia con las Ciencias Sociales, la revisión de supuestos y la concepción de una "historia científica" (Orella, 2013).

La historia del tiempo presente se encuentra en estado licuado por su temporalidad. Sus fronteras cronológicas no son fijas, el inicio se realiza desde el presente del autor hasta un límite no definido, donde los procesos mantienen su dinamismo y se encuentran inacabados en sus desarrollos. No obstante, se constituye como la última frontera del investigador (Orella, 2013).

Los orígenes profesionales de Enfermería marcan un camino sinuoso porque se combinan con otras historias y disciplinas. La profesión transita entre el trabajo, el género y las historias educativas. Su aceptación como disciplina de estudio en las universidades se encuentra en un sitio "intermedio", que involucra una traducción de lo que acontece en un ámbito hospitalario al de educación superior (Brooks, 2005).

La documentación histórica permite recopilar antecedentes que conduzcan a identificar las funciones de los profesionales enfermeros, el objetivo de los cuidados y los motivos por los cuales son necesarios sus servicios (Arratía, 2005).

El estatus de la Enfermería como disciplina se ha visto controvertido en el sector universitario. Las ambigüedades son creadas por la amplitud de clases sociales que participan del colectivo profesional. Aspectos vinculados a las relaciones entre enfermeras y médicos consideran la condición de género como una cuestión de acceso a la profesión. Otras representaciones simbólicas instan a reflexionar sobre la categoría "Escuela de Enfermería" que poco se asemeja a una escuela corriente. Por último, el uniforme de la enfermera, híbrido de vestido religioso, doméstico y militar (Brooks, 2005).

Miembros de la elite de Enfermería lograron crear un sitio en la educación superior. A pesar de los esfuerzos de estos pioneros, el lugar en la academia considera la disciplina como "visitante" (Brooks, 2005).

Un examen permanente y perspicaz del mundo de la educación y de las demandas laborales se constituye en un ejercicio necesario que agrega coherencia y consistencia para la formación en Enfermería. Se trata de un alineamiento técnico, sociopolítico y ético (Donato Göttems, 2014).

La recuperación de los relatos profesionales está presente en todos los tiempos, lugares y sociedades (Barthes, 1972).

[...] “no hay ni ha habido jamás en parte alguna un pueblo sin relatos: todas las clases, todos los grupos humanos, tienen sus relatos y muy a menudo estos relatos son saboreados en común por hombres de cultura diversa e incluso opuesta”[...] (Barthes, 1972, p. 9)

El aprovechamiento de relatos permite concebir la realidad histórica no limitada a los hechos del pasado sino como extensión hacia sucesos del presente. La Historia utiliza el lenguaje natural para describir objetos de interés y para informar qué piensan los historiadores sobre las formas que asumen los discursos (White, 2012).

Los relatos forman parte al igual que los hechos, de los procesos de constitución de la Historia como forma de conocimiento (Castagnola, 2012). Es imposible producir un relato sin referirse a un sistema implícito de reglas (Barthes, 1972).

Según Barthes (1972) el relato como objeto es lo que está en juego en la comunicación: hay un dador y un destinatario. El problema no se limita a analizar introspectivamente los motivos del narrador ni los efectos que la narración tiene sobre el lector, sino a describir el código a través del cual se otorga significado al narrador y al lector a lo largo del relato.

La narrativa puede ser considerada como una manera de hablar sobre acontecimientos más que a la forma de representarlos (La Greca, 2012).

Hayden White distingue diferentes niveles de conceptualización en la obra histórica: crónica; relato o trama; modo de tramar; modo de argumentar y modo de implicación ideológica. La obra histórica representa un intento de mediación entre el campo histórico, el registro histórico, otras narraciones y el público (White, 1992/2014, p. 16).

Los modelos teóricos convierten la Historiografía en un sendero para:

- caracterizar el perfil profesional según las concepciones/estereotipos vigentes en diferentes épocas/sectores,
- indagar la naturaleza de las relaciones de poder en términos de grados de dependencia/sujeción a diferentes esquemas en las prestaciones de salud,

- aplicar métodos que aportan fundamentos para caracterizar la identidad profesional tanto individual como grupal en un determinado contexto social,
- identificar el origen, desarrollo y estructura de la profesión a lo largo del tiempo,
- facilitar la posibilidad de construir una adecuada documentación histórica en Enfermería (Arratia, 2005).

El “pensamiento histórico” (Wineburg, 1999) permite la incorporación de narrativas e iconografías que supera una lectura lineal para incorporar las voces de profesionales del pasado y el presente con vistas a trazar el futuro de la disciplina.

C. METODOLOGÍA

La tesis explora la significación de los textos de formación para enfermeros/as de la República Argentina en los procesos de recuperación de la memoria y en la construcción de la identidad profesional. Es una indagación esencialmente cualitativa, si bien toma en cuenta los indicadores cuantitativos disponibles en la documentación consultada (Sayago, 2014).

Los capítulos utilizan fuentes primarias y secundarias y revisitan testimonios históricos para encuadrar los documentos y los autores en el contexto social, político y económico en el que se produjo el conocimiento.

Gran parte de la vida social se encuentra mediada por escritos que permiten al investigador trazar una imagen de los presupuestos y significados que constituyen el mundo cultural dentro del cual el material textual se configura como un espécimen (Peräkylä, 2015).

La tónica del trabajo es descriptiva - analítica: indaga información que requiere ser discernida e implica una búsqueda previamente planificada y ampliada por la lectura de las fuentes (ver tabla 1). Es asimismo narrativa: aspira a identificar rasgos, eventos y situaciones que se dirigen a vincular sucesos, relaciones causa/efecto, cambios, referencias a estados, eventos y condiciones.

La metodología cualitativa se encuadra en el paradigma interpretativo (Vasilachis, 2013). Como herramientas se utilizan el análisis de contenido (Bardin, 1986; Krippendorff, 1990), el análisis crítico de contenido (Van Dijk, 2003,2016) y el microanálisis (Strauss & Corbin, 2002) en el entorno de una indagación narrativa (Chase, 2015). Las fuentes primarias (textos de formación) y secundarias operan el sostén discursivo de una perspectiva historiográfica.

Se caracteriza a la investigación narrativa contemporánea como una amalgama de enfoques analíticos interdisciplinarios y métodos tradicionales e innovadores que giran en torno a detalles biográficos narrados por quienes los vivieron (Chase, 2015). Desde una perspectiva sociológica, explica la conducta como un proceso interactivo entre el sujeto y el medio sociocultural (Chase, 2015).

Van Dijk (2003) sostiene que el análisis crítico de contenido debe ser diverso y multidisciplinar. Se aboca a indagar problemas sociales y al papel del discurso en la producción/reproducción del abuso de poder o la dominación.

Hablar o escribir son modos de acción del lenguaje orientados a un fin dentro de un contexto que combina formas lingüísticas, cognitivas y socioculturales (Urra, Muñoz y Peña, 2013). El análisis de contenido estudia la forma en que los textos son construidos, la función para los diferentes contextos y las contradicciones que los discursos contienen (Urra et al, 2013). Es una herramienta sofisticada, dotada de un aparato conceptual que permite relacionar la complejidad semiótica con las condiciones objetivas y subjetivas de producción, circulación y consumo de los mensajes (Sayago, 2014, p.3). Depende, según Van Dijk (2003), de las propiedades del entorno de la investigación erudita: objetivos, participantes, instalaciones y usuarios, incluyendo creencias e intereses.

La narrativa es la creación de significado en retrospectiva, la configuración o el ordenamiento de la experiencia pasada. Ayuda a comprender las acciones propias y las de otros, organizar acontecimientos y objetos en un todo significativo y ver las consecuencias de las acciones (Chase, 2015). Permite concebir los modelos contextuales y de los sucesos como representaciones de la memoria episódica, la recuperación de la memoria de largo plazo en la que las personas almacenamos el conocimiento y las opiniones sobre los eventos vividos (Van Dijk, 2003). Concebido de esta manera, el análisis del discurso se presenta como una exploración cognitiva, social y política. El discurso es entendido como una forma de acción social (Santander, 2011).

El “microanálisis” (Strauss y Corbin, 2002) permite al investigador identificar categorías emergentes relativas a competencias, responsabilidades y conocimientos considerados pertinentes para delinear el perfil, en este caso, profesional. Es un análisis “línea por línea” que tiene por objetivo generar categorías iniciales y sugerir combinaciones entre ellas. Contiene rasgos de la codificación abierta y axial (Strauss y Corbin, 2002). La abierta consiste en dividir y codificar los datos en conceptos y categorías. Durante esta etapa de análisis el investigador codifica los distintos incidentes. Posteriormente, se lleva a cabo la codificación axial que consiste en cotejar los nuevos datos con las categorías resultantes de anteriores comparaciones (Vivar, Cristina, Arantzamendi, López-

Dicastillo y Gordo Luis, 2010). Muestra que el análisis no es un proceso estático sino de flujo libre y creativo que va de un lado a otro entre tipos de codificación, usando con libertad técnicas que responden a la tarea propuesta. Los datos son desglosados en cuadros, frases, oraciones, párrafos y otros segmentos del material (Strauss y Corbin, 2002).

Cada crónica es una unidad de análisis en la que se pueden reconocer variaciones entre los discursos. Comienza con un proceso de codificación mediante el etiquetamiento y la desagregación de pasajes textuales de acuerdo con la categoría buscada. Esta desagregación y etiquetamiento permite al investigador construir los datos, procesarlos e interpretarlos (Sayago, 2014). Posibilita extraer el significado de los materiales, desarrollar ideas a medida que construyen las voces y realidades de otros, narrar resultados en formas posibles limitadas a recursos y circunstancias sociales inherentes a sus disciplinas, culturas y momentos históricos para una audiencia específica (Chase, 2015).

El análisis de contenido ha llegado a ser un recurso que permite derivar inferencias a partir de datos verbales, simbólicos o comunicacionales (Krippendorff, 1990). Los mensajes y las comunicaciones simbólicas tratan en general fenómenos distintos de aquellos directamente observados (Krippendorff, 1990). Cuando un historiador se empeña en inferir acontecimientos a partir de documentos está realizando un análisis de contenido.

Los métodos históricos contribuyen a crear una red que puede dar respuesta a interrogantes planteados. El proceso de disminución de la incertidumbre en un ámbito no observable es de carácter inferencial al que le sigue el análisis de contenido (Krippendorff, 1990, p.34).

Krippendorff (1990) considera los siguientes puntos para realizar el análisis de contenido:

- los datos tal como se comunican al analista,
- el contexto,
- la manera en que el analista fracciona la realidad,
- el objetivo del análisis de contenido,
- la inferencia como tarea intelectual básica,
- la validez como criterio de éxito (Krippendorff, 1990, p.36).

Esta metodología permite concebir la historia de la Enfermería como una perspectiva para relatar y conservar la memoria disciplinar. El valor de este tipo de investigaciones reside en que muestran el rol de los enfermeros en el desarrollo del sistema de salud, así como los paradigmas involucrados en la atención sanitaria, situando la disciplina en un contexto histórico y social (Smith, Brown y Crookes, 2015).

Las fuentes primarias utilizadas en la investigación fueron obtenidas en (tabla 1):

-Biblioteca de la Escuela Superior de Enfermería “Dra. Cecilia Grierson”. Entrevista con bibliotecaria. Abril – mayo 2016.

-Biblioteca Nacional de la República Argentina. Acreditación de la tesista como investigadora. Consulta en la sección tesoro y catálogo general. Abril – septiembre 2016.

-Museo de la Ciudad de Buenos Aires. Entrevista con el personal de biblioteca. Julio 2016.

-School of Nursing, Midwifery and Social Work, Jean McFarlane Building. Universidad de Manchester – Reino Unido. Consulta con Dr. Jane Brooks. Editora del *Bulletin* of the UK Association for the History of Nursing (ISSN 2049-9744). Julio 2016.

-Biblioteca Central. Hospital Italiano de Buenos Aires. Consulta de literatura especializada. Julio – septiembre 2016.

-Universidad de Buenos Aires. Biblioteca de la Facultad de Medicina. Consulta de 26 documentos en formato papel. Julio – agosto 2016.

- Archivo General de la Nación. Fototeca. 17 documentos fotográficos correspondientes al período 1925 - 1947. Agosto 2016.

- Acción Católica Argentina. Entrevista al personal de biblioteca. Agosto 2016.

-Biblioteca del Hospital Británico. Entrevista al personal de biblioteca y acopio de fuentes en formato digital. Agosto 2016.

-Iglesia San Ignacio de Loyola. Entrevista con el Pbro. Baigorria y personal de cultura. Septiembre 2016.

-Universidad Católica Argentina. Biblioteca Central. Consulta con el Lic. Porfirio Rodríguez Miguens. Referencia y Servicios Bibliográficos. Septiembre 2016.

-Consulta con el Dr. Manuel Jesús García Martínez. Universidad de Alcalá, España. Octubre 2016.

La consulta a personas clave contribuyó al ordenamiento de las fuentes primarias. Para facilitar la lectura, se presentan en orden cronológico en la tabla 1.

Tabla 1. Fuentes primarias utilizadas

Título	Autor	Año	Descripción/ lugar de consulta
Instrucción de enfermeros y modo de aplicar los remedios a todo género de enfermedades, y acudir a los accidentes que sobrevienen en ausencia de los médicos Madrid: Bernardo Peralta.	Hijos de la Congregación del venerable padre Bernardino de Obregón (Hospital General de Madrid). Hermano Andrés Fernández	1728	Biblioteca Nacional – Tesoro
Cuidado de enfermos por la Dra. Cecilia Grierson.	Cecilia Grierson	1912	Fotocopia (no existe original) Escuela Superior de Enfermería “Dra. Cecilia Grierson” - Biblioteca.
A la cabecera del dolor. Preceptos y consejos de moral hospitalaria	Enfermeras diplomadas de Francia Catalina de J C	1939	Biblioteca Nacional 5º piso Biblioteca de la tesista
Asistencia de enfermos Primeros auxilios	Dr. J. Navarro Malbrán	1942	Original en Biblioteca Hospital Británico Copia digital
Nursing notes for probationers	Anabella W Macintosh	1942	Original en Biblioteca Hospital Británico Copia digital

Manual de la enfermera hospitalaria	Dr. Luis Boffi	1947	Biblioteca personal de la tesista
Reglamentación y programa de enseñanza de la Escuela de Salud Pública.	Secretaría de Salud Pública	1947	Copia de Internet Biblioteca de la tesista
Cruz Roja. Revista Oficial.	Cruz Roja Argentina	1952	Biblioteca de la tesista
Manual de la enfermera	M. Usandizaga	1952	Biblioteca de la tesista
Fundación Eva Perón. Escuela de Enfermeras.	Fundación Eva Perón Propaganda	1955	Biblioteca de la tesista
Historia de la Enfermería	Molina Teresa	1961	Biblioteca de la tesista. Original
Manual de Enfermería	Universidad Nacional de Rosario	1985	Biblioteca de la tesista Original
Historia de la Enfermería	De Titto, R., Ricci, M.T. y De Titto, R.J.	2004	Biblioteca de la tesista Original
Soltando amarras: claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina	Morrone, B.	2013	Biblioteca de la tesista Original

La salud pública y la Enfermería en la Argentina	Biernat, C., Cerdá J.M. y Ramacciotti K.I.	2015	Biblioteca de la tesista Original
--	--	-------------	--------------------------------------

Nota: Las fuentes primarias utilizadas fueron obtenidas durante el trabajo de campo (entrevistas, consulta de literatura especializada y repositorios institucionales). Algunas pertenecen a la biblioteca de la tesista.

El apartado metodológico se compone de seis capítulos que tienen por objetivo utilizar las herramientas del análisis del discurso (AD) y la historiografía para una lectura crítica de fuentes primarias utilizadas en la formación de Enfermería (Tabla 1).

En la literatura consultada se han identificado los siguientes componentes:

- medioambiente laboral. Aspectos materiales, psicológicos y sociales que rodean al trabajador (Gomis y Kordi, 2011),
- conocimiento procedimental sobre la forma de actuar y realizar las tareas. El “know how” (Anderson, 1987),
- tríada terapéutica. Vínculos entre el sujeto de cuidados, los profesionales de Enfermería, los médicos y el resto del equipo de salud,
- competencias actitudinales del profesional durante la realización de cuidados de Enfermería (saber actuar). Puede involucrar vocabulario, modales, presentación, aseo,
- enfoque trascendente. Contempla no sólo la existencia física de la persona sino también la proyección de su obra en el tiempo (inmaterial),
- doctrina religiosa. Enseñanza de los preceptos de un credo,
- provecho de la instrucción. Potencialidades del acceso a la formación para la mejora en las condiciones de vida de un grupo de individuos,
- ética del cuidado. Se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas motivadas por una solicitud, que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio (Alvarado García, 2004),
- facilidades para el acceso a fuentes de conocimiento actualizadas sobre un tema/disciplina específicos (primarias y secundarias).

Estos insumos pueden o no estar presentes considerando el período histórico que dio origen al material. Ejemplo de ello es la variable “medioambiente laboral” vinculada al laicismo de la propuesta de Grierson o “doctrina religiosa” que relaciona preceptos importantes para la instrucción de novicios.

La tesis se sustenta en cuatro ejes: memoria, identidad, género e Historiografía.

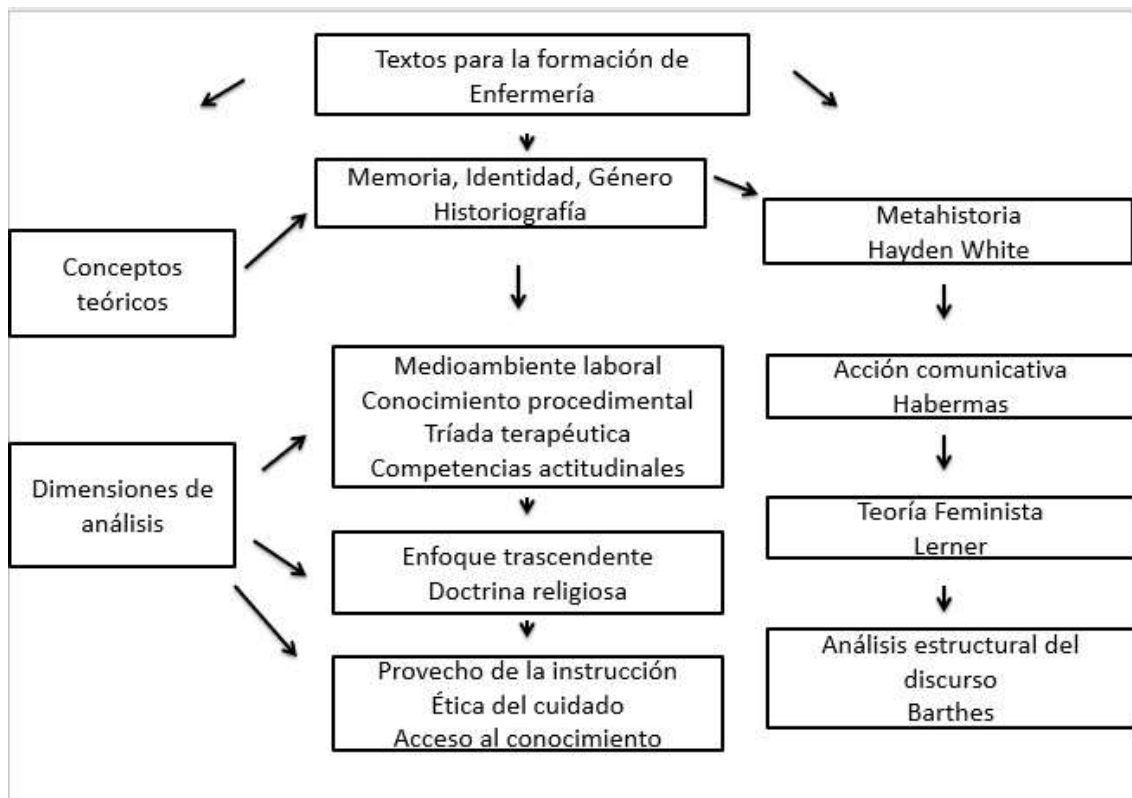


Figura 1. Componentes de la investigación. Adaptado de: “*Por qué y cómo hacer análisis del discurso*”, pp.207-224, por Santander P (2011). Cinta Moebio [En línea].

Las categorías propuestas orientan hacia un principio que permite asimilarlas a una colección. Este tipo de tratamiento otorga al investigador/a acceso a los mundos culturales y órdenes morales en los cuales giran los textos (Peräkylä, 2015).

D. DESARROLLO

1. Influencia de los cenobios en la formación de enfermeros

1.1. Orígenes

La tradición escrita disciplinar aparece en los primeros monasterios en la etapa denominada pre-profesional (Hernández Martín, Del Gallego Lastra, Alcaraz González y González Ruiz, 1997), que abarca desde las culturas antiguas hasta finales del siglo XIX donde surgen programas formativos que propician el desarrollo de un cuerpo de conocimientos teóricos (Arratia, 2005).

En los monasterios las actuaciones se centraban en el cuidado de los monjes abriéndose posteriormente a la sociedad. El legado escrito de la Enfermería iniciado con reglas monásticas se amplió cuando cobró importancia fundamentar las acciones de cuidado (Arratia, 2005). Durante el año 1269, aparece el libro de Humberto de Romans (figura 2) *De Officiis Ordinis Praedicatorum* (Arratia, 2005), transcrito al latín en Roma en 1889 (Hernández Martín, Del Gallego Lastra, Alcaraz González y González Ruiz, 1997). La literatura hace referencia a Humberto de Romans (1200 – 1277) como un hombre comprometido con la orden dominicana que consideró la necesidad de fundamentar la orden desde el conocimiento y la formación en las universidades durante el siglo XIII (Hernández Martín y Morente Parra, 2008, p. 271).



Figura 2. Humberto de Romans. Adaptado de: Ordo Praedicatorium [en línea], 2015.

De Officiis Ordinis Praedicatorum hace una síntesis de las responsabilidades y exigencias de los diversos oficios de los frates y define las características del arte de cuidar a un ser humano. La publicación se convierte en legado para la historia de la Enfermería (Hernández Martín y Morente Parra, 2008).

La Orden de los Hermanos Predicadores se hará eco desde su fundador sobre la importancia del cuidado de los enfermos. Estas ideas serán establecidas como reglas o instrucciones monásticas impulsadas por el quinto maestre Humberto de Romans. (Hernández Martín y Morente Parra, 2008).

El capítulo Nº27 de la obra describe con amplitud el oficio del enfermero (Arratia, 2005). Delimita su función mediante criterios eminentemente prácticos a modo de manual de instrucciones. Define el rol de la siguiente manera: “[...] el que tiene el cuidado general de los enfermos y la enfermería [...]”. A continuación, enumera las características humanas que le hacen meritorio de tal labor: “será paciente, compasivo, discreto, ecuánime en el reparto, buen administrador” (Hernández Martín y Morente Parra, 2008, p. 273). Esta referencia hace mención al profesional y su campo de acción: las cualidades que debe poseer, su competencia en cuanto al cuidado del enfermo y de la Enfermería; establece una atención personalizada y una jerarquización del oficio (Hernández Martín et al, 1997, p.24). Es interesante notar que ya en esta etapa se describa la figura de *experto* que no se limita a un ejercicio rutinario, considerando al sujeto como ser individual (Hernández Martín et al, 1997, p. 24).

Para el *De Officiis Ordinis Praedicatorum*, el enfermero debe ser temeroso de Dios, diligente, solícito y anteponerse a las necesidades tanto del enfermo como de la Enfermería (lugar donde el enfermero suministra los cuidados). El segundo epígrafe hace mención a las funciones que debe cumplir, mantener la enfermería limpia y provista de los utensilios necesarios de cuya reposición es igualmente responsable. Tendrá en cuenta la necesidad de diferentes espacios: de esparcimiento, para el huerto y otras dependencias (Hernández Martín y Morente Parra, 2008, p. 274). En la enumeración del material necesario para la Enfermería se engloban algunos cuidados básicos como la higiene, rasurado, administración de medicación, incluyendo el alivio espiritual mediante la lectura del oficio divino. Asimismo, se plantea la necesidad del conocimiento de la medicina por parte del enfermero, para de esta forma alcanzar la salud, objetivo

último de los cuidados. Se encargará de respetar y cumplir los horarios para la administración de las medicinas y las comidas que también debe supervisar (Hernández Martín y Morente Parra, 2008, p. 274). Otras tareas son: asiduidad en las visitas a los enfermos, inventariar y controlar todo el material, el empleo racional del mismo y notificar al prelado los fallecidos. De esta forma, se cubren todas las necesidades del proceso de enfermar incluida la muerte (Hernández Martín y Morente Parra, 2008, p. 274).

Considerar los antecedentes documentales de las órdenes religiosas permite la descripción detallada sobre el puesto de trabajo, independencia -dependencia del enfermero frente al médico, organización de la Enfermería, actividades y campos de actuación, cultura, responsabilidad y ética profesional (Hernández Martín et al, 1997).

1.2. La Enfermería en el reinado de Felipe II. Congregación de los Obregones
El Concilio de Trento¹ (1545 – 1563) no satisfizo las demandas de reforma relacionadas con las órdenes religiosas y concluyó en fragmentaciones y rupturas (Hernández Conesa et al, 2013). La influencia del Concilio tanto en aspectos de reforma de las costumbres de la Iglesia como de la necesidad de las obras para alcanzar la salvación eterna exigió que las órdenes religiosas surgidas en ese momento tomaran un cuarto voto: la hospitalidad. Las principales órdenes surgidas fueron la orden de los Hermanos de San Juan de Dios, la orden de los Bethlemitas y las Hermanas de la Caridad. Estos grupos religiosos colaboraron en la reorganización hospitalaria que se llevó a cabo durante el reinado de Felipe II (1556 - 1598). La incorporación del voto de hospitalidad configuró una mentalidad en los modos de hacer y pensar la formación enfermera (Hernández – Conesa et al, 2013).

La Orden de los Hermanos Obregones fue fundada en el siglo XVI por Bernardino de Obregón (1540 - 1599), que publicó el *Manual de Instrucciones de Enfermeros* en 1617 (Hernández – Conesa et al, 2013). La obra tuvo cinco ediciones entre los siglos XVII y XVIII. Se trata de uno de los primeros volúmenes escrito por enfermeros para la formación de estos profesionales, siendo un fiel exponente de la Enfermería practicada en esa época. La segunda edición del *Manual* fue realizada en Madrid (1625) con una ampliación hecha por el enfermero obregón Andrés Fernández. Las tres ediciones restantes se realizaron

en Zaragoza (1664) y Madrid (1680 y 1728). Todas llevan adosado otro libro sobre el buen morir, muy interesante para conocer el papel jugado por los enfermeros obregones en el acompañamiento al final de la vida (García Martínez y García Martínez, 2012).

Los enfermeros obregones desplegaron una intensa actividad asistencial en buena parte de la Península Ibérica (España y Portugal) entre los siglos XVI y XVIII, hallándose presentes en más de treinta ciudades durante el primer tercio del siglo XVII en hospitales, cárceles y barcos de la Armada española (García Martínez AC, 2004, p.119).

A finales del siglo XVIII y comienzos del XIX la congregación de los enfermeros obregones experimentó, al igual que otras órdenes asistenciales, una profunda crisis que llevó a su desaparición. Es sabida la existencia de algunos hermanos obregones que se resisten a la excomunión y que mueren a mediados del siglo XIX como enfermeros obregones. Desde entonces el olvido ha cubierto la historia de esta congregación y las aportaciones que ha hecho a la Enfermería española (García Martínez AC, 2004, p. 119).



Figura 3. Bernardino de Obregón. Adaptado de: Portal Híades [en línea], 2009.

Bernardino de Obregón (figura 3), tuvo conciencia de la necesidad de disponer de enfermeros preparados que pudiesen administrar y ejercer una Enfermería

de calidad en beneficio de los enfermos. Ese interés se materializaría en la obra *Instrucción de enfermeros para aplicar los remedios a todo género de enfermedades, y acudir a muchos accidentes que sobrevienen en ausencia de médicos*. El objetivo era cubrir las necesidades físicas y espirituales del paciente (García Martínez y García Martínez, 2012). Los manuales desarrollados por las congregaciones de la época perseguían la formación de novicios (figura 4) y no fueron pensados para su difusión fuera del cenobio (Hernández – Conesa, Celián Soto y Maldonado Suárez, 2013). Si bien la obra tenía por finalidad delimitar el campo de acción del enfermero frente a otros profesionales (médico, cirujano, barbero, boticario) considerando la visión tanto físico biológica como espiritual y social, la documentación localizada en el Archivo General de Indias (Sevilla) sugiere la utilización del manual por barberos y cirujanos (García Martínez y García Martínez, 2012).



Figura 4. Constituciones y regla de la congregación de enfermeros obregones (1634).

Adaptado de: *"Instrucción de enfermeros"*, p.91 – 100. García Martínez AC ,1995.

El volumen *Instrucciones* tiene un tamaño pequeño, en formato de octava², y cubiertas de piel (figura 5). Ello permitía que los enfermeros pudieran llevarlo consigo y consultarlo con facilidad (García Martínez AC, 1995).



Figura 5. Portada de la edición 1625 de *Instrucciones*. Adaptado de “*El manual Instrucción de Enfermeros (1625)*, compuesto por los enfermeros obregones, y los cuidados urológicos en los Hospitales del siglo XVII”, p.5 por García Martínez y García Martínez AC, 2012.

Los temas compilados en la obra pueden agruparse de la siguiente manera (García Martínez AC, 1995):

- técnicas y procedimientos,
- cuidados enfermeros y actuación en urgencias,
- indicación, preparación y administración de medicamentos,
- nociones sobre anatomía,
- orientaciones dietéticas,
- priorización de tratamientos.

Tanto *De Officiis Ordinis Praedicatorum* como las *Instrucciones* permiten identificar las coordenadas pedagógicas en las que se inscribía la formación de hermanos y hermanas enfermeros, reguladas por su condición de personas consagradas a Dios a través de los votos de pobreza, castidad, humildad y hospitalidad (Hernández Conesa et al, 2013).

1.3. Instrucción de los enfermeros y modo de aplicar los remedios a todo género de enfermedades que sobrevienen en ausencia de los médicos (1728).

En la sección Tesoro de la Biblioteca Nacional “Mariano Moreno” (Buenos Aires, Argentina), puede consultarse la edición del año 1728 de *Instrucción de los enfermeros y modo de aplicar los remedios a todo género de enfermedades que sobrevienen en la ausencia de los médicos*. Escrito por el Hermano Andrés Fernández con prólogo del Hermano Mayor Agustín del Buen Suceso Ministro General y aprobado por el Capellán de Honor de su Majestad (administrador General por su Majestad de los Reales Hospitales y agregados de la corte).

El volumen contó con la aprobación del Doctor Don Bernardo López de Araujo, médico del Real Hospital General y Passion y del Colegio de Niñas Santa Isabel de la Corte (Instrucciones, 1728). Bernardo López de Araujo hace referencia al autor del libro y a la importancia de su publicación de la siguiente manera:

[...] “El autor de esta obra, que oculta su nombre por su modestia, y humildad, fue un Portugues, varon insigne en santidad y virtudes, natural de Palos, junto a Villa Real, Hijo del Venerable Bernardino de Obregon” [...] “Este fue el hermano Andres Fernandez” [...] (Instrucciones, 1728).

En este apartado se identifica la procedencia del autor y su pertenencia a la Orden. Es de notar las cualidades que se resaltan “insigne en santidad y virtudes”, relacionadas con los votos necesarios para su incorporación al grupo religioso. López de Araujo (1728) considera necesario informar a los lectores la identidad del autor ya que su “modestia y humildad” no lo permiten.

Las primeras páginas anticipan las características que debe considerar el novicio no sólo para el ingreso a la orden sino también para el desarrollo del oficio de enfermero: modestia, humildad, santidad. Cualidades para el ejercicio profesional que no serán exaltadas por única vez.

[...] “Es muy importante la doctrina que trae, porque haziendo aliança el Medico, Enfermo y Enfermero contra la Enfermedad, suele esta no solamente conseguir la victoria, por el error del Medico, ó desobediencia del Enfermo, sino también por la impericia ó negligencia de los Enfermeros; por esto decía Galeno ser pocas las enfermedades mortales, no interviniendo el error del Medico, ni de los Enfermos, ni

Enfermeros: *paucos morbos esse mortíferos, si neque medici errrent, neque ægri, neque ministri* [...] (Instrucciones, 1728)

La cita considera el aporte al estado del conocimiento en la afirmación “la doctrina que trae”, consonante con el objetivo de la orden en la capacitación de novicios para la fundamentación de cuidados. Cobra interés la necesidad de alianza del médico, enfermo y enfermero para la recuperación. La afirmación que no ha perdido actualidad sería un tema recurrente para el cuidado sanitario en los siglos posteriores.

Haciendo referencia a Galeno, se insiste en la importancia de ejecutar con destreza las técnicas, así como en cualidades que en la actualidad son terreno de la Bioética (“impericia o negligencia”). Pocas enfermedades son mortales cuando la atención sanitaria es correcta. Esta idea fundamenta la necesidad de capacitación, conocimientos y pericia. La perspectiva humanista post – trentina, cuyo exponente es el voto de hospitalidad, compromete al enfermero no sólo con el estado de salud del individuo sino también con la participación en una tríada indispensable para la recuperación: enfermero – enfermo – médico, coincidente con el paradigma biologicista de la época que considera el bienestar del individuo en relación con la salud - enfermedad. La definición de salud se concibe como ausencia de enfermedad.

[...]” Para cuya asistencia conviene sean los Enfermeros prudentes, advertidos, pacientes, diligentes, alegres y agradables, propiedades todas, que la agudeza de Galeno comprende por estas palabras: *Opportet ut adstantes sint prudentes, periti, patientes, diligentes, bilares, & agotantibus grati* [...] (Instrucciones, 1728)

Mencionar a Galeno permite considerar aquellas competencias actitudinales necesarias y valiosas para el oficio. Amplia las características que se analizaron en la primera cita, considerando el ejercicio del humor. Se vincula con aspectos éticos cuando hace referencia al uso de la prudencia sin perder de vista el aspecto humano.

[...]”Quanto alivio recibe el miserable Enfermo del caritativo Enfermero; á este dá el Pobre sus quejas, pide le socorra, y con el descansa; pero si el Enfermero ess áspero, y cruel, ni á llamarlo se atreve el pobre ni Enfermo teniendo por menos malo pasar sus penas en silencio que exponerse al baldón³; ó á la aspereza” [...] (Instrucciones, 1728).

Los votos de hospitalidad permitían a los obregones prestar cuidados a la población que hoy consideraríamos vulnerable o desprotegida. Dan idea de la *miseria* que trae la enfermedad manifestada por quejas y necesidad de socorro (óptica pietista). Por ello el enfermero debe ser “caritativo” con el “miserable enfermo”.

El término caridad proviene de la voz latina *caritas* cuyos componentes son *carus* (querido, amado) y el sufijo *dad* (cualidad). La combinación de las voces adquiere sentido en la virtud de amar a Dios sobre todas las cosas y al prójimo como uno mismo (Diccionario Etimológico, 2016). El carácter pietista, vocacional y su relación con la caridad hacia los más necesitados, será una óptica recurrente en los textos de formación.

[...] “Vés, Enfermero, que vn pobre extenuado y débil se levanta de la cama, y que por su flaqueza va dando traspiés? Se diligente, y ayudale a sostenerse, antes que de un golpe repentinamente fallezca; te llama, è importuna, pidiéndote el alivio para su pena? Se paciente, y con agrado, y alegre semblante, consuélale; no sabes como y quando has de aplicar un remedio ordenado? Aprende como en dechado en esta obra, y saldrás sabio; encuentras por accidente, que està descubierto? (especialmente en el rigido tiempo del Invierno) cúbrele, que (como dice Isaias) a tu propia carne cubres: advierte, que esse Pobre postrado en esse pobre lecho, es miembro de Jesu – Christo; contempla que es viva imagen suya; y considera; que tal vez es el mismo Jesu – Christo, que como nació entre humildes pajas, y heno, tiene tal amor al Pobre, que gusta disfrazarse en su despreciable trage” [...] (Instrucciones, 1728).

La palabra diligente procede de *diligens, diligentis* (quien tiende con amor a algo o alguien), participio presente de *diligere*, compuesto por el prefijo *dis* (separadamente) y el verbo *legere* (elegir, leer). Diligente es aquella persona que pone pasión, agilidad y premura en las tareas (Diccionario Etimológico, 2016). Una vez más, el autor recuerda el balance entre el conocimiento y aspectos actitudinales en expresiones como “aprende como dechado en esta obra, y, saldrás sabio” o “se paciente, y con agrado, y alegre semblante, consuélale”. Formar novicios en el oficio de la Enfermería tenía un doble objetivo, vincular la teoría con la práctica sin dejar de lado los preceptos morales del cuidado.

El *enfermo* no es un extraño: es carne de tu carne. De este modo, el enfermero tiene la obligación de cuidar al necesitado como a sí mismo. La alusión a Cristo refuerza los preceptos de la orden y el rol de los hermanos obregones como

representantes de la fe. Cabe recordar que además del voto de hospitalidad, los integrantes de la orden tomaban el de pobreza. Estas ideas dan valor a *Instrucciones* como material de formación novedoso y completo para la época, pensado en función de las necesidades y características de los destinatarios.

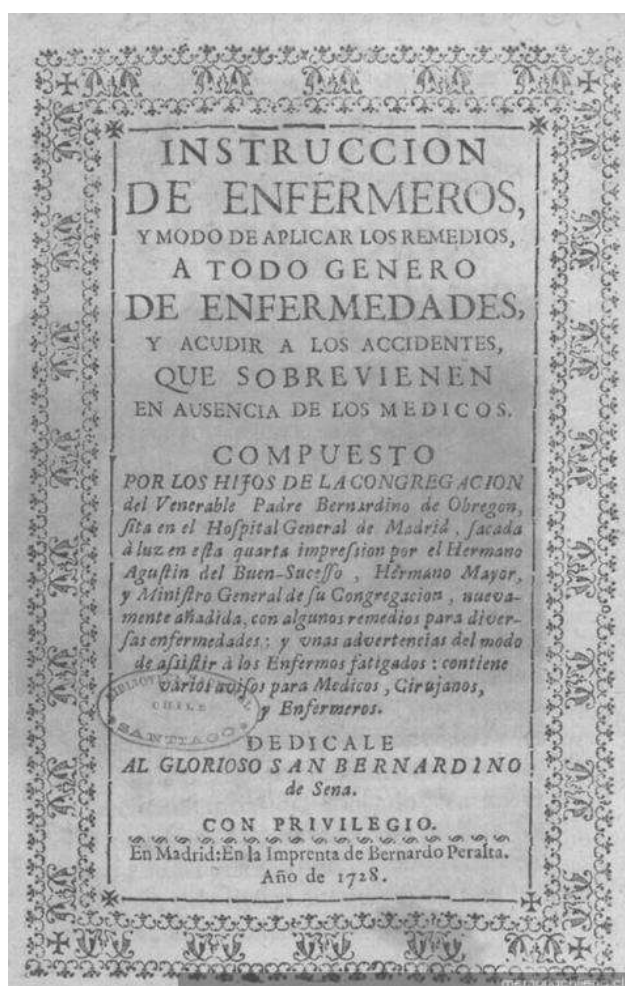


Figura 6. Primera página de *Instrucciones* (1728). Adaptado de: Biblioteca Nacional Digital de Chile, 2016.

Isidro Salvador (médico de cámara del rey Felipe II) considera el valor de la obra para la formación de novicios no sólo por sus contenidos técnicos sino también por los cuidados al final de la vida.

[...]”En la primera parte, que trata este Libro el instruir á los Enfermeros, para consuelo, y alivio de los pobres Enfermos; el modo de aplicar los medicamentos; la ocasión; y tiempo: Y siendo esta una condición tan esencial, que sin ella al Medico mas docto se le frustrara la curación del Enfermo, es preciso que dicho tratado de Instrucción de Enfermeros sea la primera perla preciosa, que sirva de antídoto para que los Medicos, y Cirujanos consigan él final al que aspiran, que es la salud, el alivio y el consuelo de los pobres Enfermos”[...] (Instrucciones, 1728).

Salvador (1728), retoma algunos preceptos sobre el valor del libro no sólo en la instrucción práctica sino también en el “alivio” y “consuelo” de los “enfermos”. El enfermero se convierte en un individuo valioso sin el cual el “Medico mas docto se le frustrara la curación del Enfermo”. *Instrucciones* (figura 6) es considerado una “perla preciosa” cuya utilidad radica en ser un “antidoto” de médicos y cirujanos.

Es probable que los autores de los prefacios tuvieran conocimiento de la inexistencia de textos para la formación de enfermeros y el valor otorgado por la congregación en tomar medidas. De allí surge considerar el apartado inicial del libro como “la primera perla preciosa”.

[...]”La segunda perla preciosa que hallo encerrada en este pequeño Libro, es el tratado de ayudar al Bien Morir; y esta, siendo tan precioso antídoto, es de mayor estimación que la primera, por tener por blanco y fin ultimado, no la salud del cuerpo humano, si el mayor beneficio que se puede conseguir, que es la salud eterna” [...] (Instrucciones, 1728).

Unido al concepto de enfermo convaleciente se encuentra el de *paliar*⁴, término que deriva del latín *palliatus* (cubierto con una capa), que significa aliviar el sufrimiento cuando la cura no sea posible (García Martínez MJ, 2004 p. 124).

Los hospices modernos tienen un precedente en los hospicios medievales, que, aunque no eran lugares en los que se cuidaba a los moribundos, recogían a los forasteros y peregrinos para reponerse del cansancio del viaje y satisfacer las necesidades elementales como el comer, descansar y cobijarse (García Martínez MJ, 2004 p. 125). El enfoque trascendental (García Martínez MJ, 2004) es concebido para el cuidado al final de la vida en la frase “el beneficio que se puede conseguir, que es la salud eterna”. Desde una perspectiva teológica la muerte no significa el final absoluto de la vida humana, sino el tránsito hacia otra forma de vida, la vida eterna (García Martínez MJ, 2004, p.129). La inclusión del tratado para un buen morir era una preocupación para Bernardino de Obregón, que en las reglas de la Congregación había incluido la importancia de brindar una adecuada asistencia psicológica al enfermo terminal como un aspecto fundamental del quehacer enfermero (García Martínez MJ, 2004).



Figura 7. Cruz morada, distintiva de los Enfermeros Obregones. Adaptado de: p. 132. *Vida y muerte en los hospitales castellanos (siglos XVI-XVII): la ayuda a bien morir, una función de los enfermeros Obregones*. García Martínez MJ, 2004. Híades.

La experiencia acumulada por el fundador y por los primeros enfermeros de la orden sirvió de guía y fuente para la conformación de principios que movieron a los obregones en sus actuaciones posteriores (figura 7). Lo vivido y visto en la atención al enfermo se completaba con la consulta de textos espirituales de ayuda al bien morir, muy al uso desde fines de la Edad Media (García Martínez MJ, 2004).

Los contenidos de *Instrucciones* (1728) tienen la siguiente organización:

- dedicatoria,
- aprobación del Doctor Bernardo Lopez de Araujo,
- aprobación del Doctor Isidro Salvador,
- suma del privilegio (derechos de autor),
- fe de Erratas. Lic. Benito del Rio Cao de Cordido; Corrector general por su Majestad,
- prólogo,
- folio I. Principio del tratado. Para animar a los que curan, y sirven a los enfermos (Imagen V),

- capítulo II – XIII (folios 4 – 23). Versan sobre tratamientos y conceptos de anatomía,

“Capitulo II. Adonde ó como se haze la embrocación⁵.

Capitulo III. Como se ha de poner un Pichon.

Capitulo IV. Como y cuando se ha de hazer la untura de un unguento Populeon, dormideras y almendradas.

Capitulo V. Como se ha de poner un colirio.

Capitulo VI. Como se ha de socorrer á un fluxo de sangre, estando ausente el medico.

Capitulo VII. Como se hacen las gárgaras.

Capitulo VIII. Se trata de como acudir a un dolor de oídos.

Capitulo IX. Como se ha de hazer una untura de la garganta.

Capitulo X. De la untura del pecho y su lugar.

Capitulo XI. Del sitio y remedio del corazón.

Capitulo XII. Del remedio para el dolor de estomago.

Capitulo XIII. De la situación del hígado, y como se han de hazer las unturas y remedios”. (Instrucciones, 1728).

- capítulos XV – XXXI (folios 23 – 89). Utilización de unguentos, sahumeros, referencias anatómicas y procedimientos de confort (por ejemplo: baño).

“Capitulo XV. De la situación del bazo, y de como se han de hazer sus remedios.

Capitulo XVI. De la untura del vientre, y de su sitio, definiciones.

Capítulo XVII. Del espinazo, y como se han de hazer las unturas.

Capitulo XVIII. Del sitio de los riñones y de como se han de hazer sus remedios.

Capitulo XIX. De la untura del Matiolo.

Capitulo XX. Del lugar y sitio de la bexiga.

Capitulo XXI. De los embarramientos, como se han de hazer, en donde; y otros remedios, para poder acudir a los sudores diaforéticos.

Capitulo XXIII. Como se han de hazer los baños.

Capitulo XXIV. Como se han de hazer los fregamientos, y ligaduras.

Capitulo XXV. Como se han de hazer los sahumeros, lavativas y medicinas.

Capitulo XXVI. De algunas advertencias, quando mandan los Medicos hazer muchos remedios qual se hará primero.

Capitulo XXVII. Como se han de hazer las purgas.

XXVIII. De lo que se ha de hazer quando se reciben los Enfermos, y de su regalo y de otras muchas advertencias muy necesarias.

Capitulo XXIX. De la manera en como se han de echar las ventosas secas y fajadas.

Capitulo XXX. Que trata del orden que se ha de tener en echar las sanguijuelas.

Capítulo XXXI. De la **doctrina** que han de seguir los Enfermeros que asistieren, y curasen Enfermos de bubas” (Instrucciones, 1728).

- advertencias I – XI (folios 131 – 144). Técnicas y procedimientos de higiene, control de pacientes excitados, cuidados de los materiales de trabajo.

“ADVERTENCIA primera. Como se ha de sujetar á un frenetico o delirante.

ADVERTENCIA II. Modo de hazer las maniotas.

ADVERTENCIA III. Modo de administrar a los referidos el alimento y las medicinas líquidas.

ADVERTENCIA IV. Como se ha de lavar la boca quando se pone la lengua, y fauces llenas de serosidad, ó sarro.

ADVERTENCIA V. Como se han de limpiar a los Enfermos que no se pueden levantar de sus camas.

ADVERTENCIA VI. Para quando se suelen escocer los Enfermos con el excremento, y orin.

ADVERTENCIA VII. Como se han de cuidar las zaleas para que no se pudran.

ADVERTENCIA VIII. Como se han de manejar los Enfermos que tienen casos peligrosos de cirugía.

ADVERTENCIA IX. En qué caso o no se les debe administrar á los Enfermos el alimento, ó medicina líquidos.

ADVERTENCIA X. Que no conviene á los Enfermos extenuados, otavidos, ni á los perláticos se les de de comer mucho.

ADVERTENCIA XI. Para conocer, y sujetar a los sujetos, que padecen de aspectos venenoso y suelen morir rabiando”. (Instrucciones, 1728).

- tabla con los capítulos del libro (folios 144 – 152).

La primera parte de *Instrucciones* (1728) finaliza en el folio 144 con la máxima: LAUS DEO (alabado sea Dios). Continúa la lógica del volumen el *TRATADO De lo que se ha de hazer con los que están en el Artículo de la muerte, sacado de diversos Libros Espirituales*. Compuesto por 52 folios relatan diversas *señales* que debe conocer e interpretar el enfermero en individuos que transitan el final de la vida.

“Señales que se conocen estar los Enfermos yá en un estado de no poderles amparar. Señal I, II y III (Folio 3).

Señal IV, V, VI (Folio 4).

Señal VII, VIII y IX (Folio 5).

Señal X – XI y señales Universales de muerte (Folio 6).

plática que se ha de hazer á los que entren en artículo de muerte (Folio 7 -24)” (Instrucciones, 1728).

Las páginas iniciales de *Tratado de lo que se ha de hazer con los que están en el Artículo de la muerte, sacado de diversos Libros Espirituales* (1728), están dedicadas a exponer la sintomatología que suelen presentar los enfermos graves en los que se prevé un desenlace de muerte. Se dedican dos apartados del libro a este asunto, los titulados *Señales en que se conocen estar los Enfermos ya en estado de no poderles desamparar* y *Señales Universales de muerte*, recogándose en ellos un grupo de signos y síntomas que no debían pasar desapercibidos al enfermero y que era necesario conocer muy bien para poner en marcha el programa reseñado del buen morir (García Martínez MJ, 2004, p. 136).

El enfermo no debía permanecer como sujeto pasivo en el ceremonial. En la medida de sus fuerzas, el enfermero intentaría hacerle participar y con ello hacer más eficaz el trabajo, desde la protestación de fe hasta el establecimiento de reflexiones dirigidas por el enfermero (García Martínez MJ, 2004, p. 142). Recitar las oraciones tenía por objetivo conseguir la predisposición del enfermo en la creencia de que obtendría la ayuda divina en el tránsito de este mundo. La petición de socorro del enfermo y la ayuda prestada por el enfermero podían ofrecer al moribundo un espacio de tranquilidad y sosiego. La presencia de “especialistas” en el lecho de muerte generaba mayor credibilidad y confianza (García Martínez MJ, 2004, p. 143).

Tabla 2. Instrucción de los Enfermeros y modo de aplicar los remedios a todo género de Enfermedades que sobrevienen en la ausencia de los Médicos (1728)

Variables de inferencia	Material analizado [original del texto]	Autores	Hipótesis y/o interpretaciones
Tríada terapéutica	“Es muy importante la doctrina que trae, porque haciendo alianza el Medico, Enfermo y Enfermero contra la Enfermedad”	B. López de Araujo	Necesidad de alianza: médico, enfermo, enfermero, para la recuperación.
	“Es preciso que dicho tratado de Instrucción de Enfermeros sea la primera perla preciosa, que sirva de anthidoto para que los Medicos, y Cirujanos consigan el final al que aspiran, que es la salud, el alivio y el consuelo de los pobres Enfermos”	Isidro Salvador	“Anthidoto” de médicos y cirujanos. Enfermero como individuo valioso en la atención del enfermo.
Competencias actitudinales	“Para cuya asistencia conviene sean los Enfermeros prudentes, advertidos, pacientes, diligentes, alegres y agradables”	B. López de Araujo	Competencias actitudinales necesarias y valiosas para el oficio.
	“Para consuelo, y alivio de los pobres Enfermos”	Isidro Salvador	Valor de la obra y su vinculación con los preceptos de la orden
Enfoque trascendente	“Quanto alivio recibe el miserable Enfermo del caritativo Enfermero” “Advierte, que esse Pobre postrado en esse pobre lecho, es miembro de Jesu – Christo; contempla que es viva imagen suya; y considera; que tal vez es el mismo Jesu – Christo, que como nació entre humildes pajas, y heno, tiene tal amor al Pobre, que gusta disfrazarse en su despreciable trage”	B. de López Araujo	Carácter pietista, vocacional hacia los más necesitados Óptica recurrente en los textos de formación. Doble objetivo: vincular la teoría con la práctica sin dejar de lado los preceptos morales del cuidado.

	“El mayor beneficio que se puede conseguir, que es la salud eterna”	Isidro Salvador	Muerte como transición hacia la vida eterna.
Doctrina religiosa	“Jesu – Christo, que como nació entre humildes pajas, y heno, tiene tal amor al Pobre, que gusta disfrazarse en su despreciable traje”	B. López de Araujo	Preceptos de la Orden y el rol de los Hermanos Obregones como representantes de la Fe.
	“La segunda perla preciosa que hallo encerrada en este pequeño Libro, es el tratado de ayudar al Bien Morir; y esta, siendo tan precioso antídoto, es de mayor estimación que la primera, por tener por blanco y fin ultimado, no la salud del cuerpo humano, si el mayor beneficio que se puede conseguir, que es la salud eterna”	Isidro Salvador	Paliar. Aliviar el sufrimiento cuando la cura no sea posible (García Martínez MJ,2004)
Provecho de la instrucción	“Instruir á los Enfermeros, para consuelo, y alivio de los pobres Enfermos”	Isidro Salvador	Necesidad de la Orden en la capacitación de novicios para la fundamentación de cuidados.
Conocimiento procedimental	“No sabes como y quando has de aplicar un remedio ordenado? Aprende como en dechado en esta obra, y saldrás sabio”	B. López de Araujo	Balance entre el conocimiento y aspectos actitudinales.
	“El modo de aplicar los medicamentos; la ocasión; y tiempo: Y siendo esta una condición tan esencial”	Isidro Salvador	Vinculación teoría – práctica para la formación.
Ética del cuidado	“Pero si el Enfermero ess áspero, y cruel, ni á llamarlo se atreve el pobre Enfermo teniendo por menos malo pasar sus penas en silencio que exponerse al baldón; ó á la aspereza”	B. López de Araujo	Enfermedad como miseria y su relación con los votos de la orden.
	“En la primera parte, que trata este Libro el instruir á los Enfermeros, para consuelo, y alivio de los pobres Enfermos; el modo de aplicar los medicamentos; la ocasión; y tiempo”	Isidro Salvador	Libro como “piedra preciosa”. Pericia en la realización de procedimientos para “no dañar”.

Nota. Análisis de variables presentes en “Instrucción de los Enfermeros y modo de aplicar los remedios a todo género de Enfermedades que sobrevienen en la ausencia de los Médicos (1728)”. Adaptado de: p.108 – 109. Capítulo tercero. La categorización. Bardin,1986. En: Bardin (1986). Análisis de contenido.

La tabla 2 presenta los apartados con variables analizadas e hipótesis que sustentan la elección. López de Araujo y Salvador cumplían funciones como médicos de la Corte, dato que permite revisar la configuración de la época sobre aspectos relativos al oficio.

El libro no sólo considera su utilización como “brújula” en el cuidado del paciente durante una dolencia y al final de la vida, sino que coloca al enfermero como un actor de igual importancia en la tríada terapéutica. Las coordenadas pedagógicas (Hernández Conesa, 2013) de *Instrucciones* permiten conocer los discursos en circulación durante el reinado de Felipe II y la configuración de nuevas identidades en la asistencia sanitaria. La orden de los obregones desaparece en el siglo XIX y no hay constancia historiográfica de su paso por el Virreinato del Río de La Plata. Sin embargo, el hallazgo del volumen en la Biblioteca Nacional “Mariano Moreno” sugiere que ha servido como fuente de información en espacios intra y extra cenobiales.

1.4. Consideraciones finales

El tiempo hace olvidar las páginas de la Historia que forman un todo inseparable con nuestra realidad presente y han marcado hitos para el devenir de las generaciones posteriores (García Martínez MJ, 2004, p. 147).

Según Antonio Claret García Martínez (2004) *Instrucciones* (figura 8) es un libro que tiene destinatarios definidos: los enfermeros, nacido en el seno de una Congregación (Hermanos Obregones). Representa un intento de delimitación de los conocimientos que debían adquirir los novicios para el ejercicio de un rol distinguiendo sus tareas de otros profesionales. La existencia de estos manuales puede ser considerado reflejo de la toma de conciencia y desarrollo de una identidad frente al complejo espacio sanitario heredado de la Edad Media (García Martínez AC, 2004, p. 258).



Figura 8. Principio del Tratado (edición 1651). Adaptado de: Benemérita Universidad del Estado de Puebla (Méjico)[en línea], 2016.

La Orden planteaba la necesidad de ofrecer una formación especializada de los profesionales. Entre las exigencias para los novicios figuraban: leer, escribir y contar (García Martínez AC, 2004).

Instrucciones es el primer manual conocido escrito por un enfermero para la formación de los hermanos de su congregación con la necesidad de adquirir una sólida formación en el oficio (García Martínez MJ, 2004).

Este programa estaba bien organizado y tenía una estructura definida. Se fundamentaba en la interacción enfermero/enfermo a través del diálogo, estableciéndose una comunicación continua y fluida que debía ser llevada por el enfermero en función del estado de conciencia y fortaleza de ánimo del enfermo (García Martínez MJ, 2004, p. 135).

En la actualidad y en buena parte del mundo anglosajón se reconoce a la enfermera inglesa Florence Nightingale (1820-1910) como la auténtica creadora de una enfermería moderna, en base a una higiene y alimentación sana, con la recopilación de las técnicas necesarias para la formación de las enfermeras y el planteamiento de unos principios básicos de aplicación en los hospitales y enfermerías. Sin embargo, en la España de los siglos XVI y XVII existió una congregación de enfermeros que contemplaba en su trabajo diario estos

principios, conformando junto a otras órdenes españolas dedicadas al cuidado de los enfermos como la de San Juan de Dios, los cimientos de una nueva profesión: la Enfermería; que se abriría paso legalmente a comienzos del pasado siglo XX (García Martínez, 2004 MJ, p. 148).

2. Cecilia Grierson y la formación de enfermeros en la República Argentina

2.1. Enfermeros, Enfermeras y Masajistas

Hacia fines del siglo XIX la demanda de servicios sanitarios y asistenciales sirvió como acicate para requerir un mayor número de personal de Enfermería. Si bien en el siglo XVIII el cuidado hacia los enfermos estuvo en gran parte en manos de los varones, esta situación se fue modificando con el paso del tiempo y durante el transcurso del siglo XX pasó a ser una actividad feminizada. Se suponía que las mujeres poseían condiciones naturales de abnegación, suavidad, paciencia, minuciosidad, esmero y orden. Estas cualidades las convertían en personas privilegiadas para la actividad y permitía pagarles menos que a los varones considerados proveedores, por lo que se entendía que debían recibir más salario para cubrir la función social impuesta (Ramacciotti y Valobra, 2012, p. 76).

El ingreso de la mujer a los estudios universitarios fue una tarea lenta y dificultosa, pues se consideraban propios de varones (Sánchez, Provenzano y Pégola, 2015, p.21).

Cecilia Grierson (1859 – 1934) se constituye como un modelo de mujer activa desde joven (Figura 9). En 1878 se recibe de maestra normal y es designada como docente por Domingo Faustino Sarmiento y luego directora de la escuela parroquial de San Cristóbal (Sacchetti y Rovere, 2011, p.118). En 1886, la ciudad de Buenos Aires es abatida por la epidemia de cólera. Ante la deserción del personal empírico en los hospitales, Grierson se interna en la Casa de Aislamiento (Hospital Muñiz en la actualidad) para trabajar junto con los Doctores Penna y Estévez. Conmovida por la epidemia, ese año funda la primera escuela de enfermeras en el Círculo Médico (Grierson, 1912). Desacuerdos con la comisión directiva resolvieron llevar la escuela a su casa donde funcionó cuatro años. En 1891 el intendente de Buenos Aires decreta que la escuela se incorpore en el ámbito oficial de salud de la municipalidad de la ciudad como escuela gratuita, laica y pública, comenzando a funcionar en el año 1892 (Sacchetti y Rovere, 2011, p.119). Respecto del año de la fundación como de la fecha de funcionamiento, las fuentes consultadas difieren: algunas toman 1885 como año fundacional (Wainerman y Binstock, 1992). Tal vez esto se deba a la escasa

historiografía sobre los inicios de la Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas EEEYM (Martín, 2012).

Grierson hacía referencia a los orígenes de la EEEYM de la siguiente manera:

[...] “En la República Argentina, desde 1886 se fundó una verdadera escuela de enfermeras, la cual funciona hoy día en Buenos Aires, con las mismas bases que tuvo en su principio.

Al fundarse se ofreció el local del <Círculo Médico Argentino>, dándose las conferencias de noche, y haciéndose, como hoy día, la práctica hospitalaria en las clínicas de los colegas amigos de la fundadora, y llevando las alumnas á la clase de observaciones y libreta de actuación para su correspondiente encaminamiento y corrección.

En 1891, el progresista director de la Asistencia Pública, Doctor Emilio Coni, consideró necesario hacerla una sección de esa repartición municipal, dotándola de los fondos necesarios para su funcionamiento” [...] (Grierson, 1912, p. 824).

Si bien el objetivo de formar enfermeros constituyó una meta con raíces que se remontan a la antigüedad, el carácter profesión tiene fundamentos modernos.

[...] “El dar instrucción á legos en medicina para que cooperaran á la tarea del médico, data desde Hipócrates” [...] (Grierson, 1912, p. 800).

[...] “La formación de cuerpos auxiliares de la medicina, se ha ido produciendo, por la necesidad de la división del trabajo que exige nuestra civilización moderna” [...] (Grierson, 1912, p. 799).

La razón de que la institución fuese dirigida por una mujer era justificada por la autora por su condición de médica y maestra.

[...] “mi triple condición de mujer, maestra y médica, me pone en condiciones para poder dar indicaciones para establecer y tener éxito en una verdadera escuela de esta índole como lo es la Escuela de Enfermeros y Masajistas de la Asistencia Pública de Buenos Aires” [...] (Grierson, 1912, p. 769).



Figura 9. Cecilia Grierson (sentada al centro del cuadro). Adaptado de: Academia Nacional de Medicina – Biblioteca, 2016 [en línea].

Las inquietudes de la Dra. Grierson (que obtiene su título de médica luego de muchas resistencias en el año 1889⁶), se relacionaban con dos cuestiones: la relativa al orden sanitario vinculado a su profesión y la de sus colegas y la condición femenina y la educación de las mujeres. Grierson formaba parte de un heterogéneo núcleo de mujeres instruidas y profundamente comprometidas con la educación de sus congéneres. Un temprano feminismo que cuestionaba el rol de los sexos y aspiraba a que las mujeres obtuvieran un lugar destacado en la sociedad a través de la educación (Martin, 2012).

[...] “El *hombre*⁷ es poco apto para el manejo de la casa; esta tarea es propia de la mujer por su naturaleza, inclinación y educación; ella forma las costumbres dentro del hogar, que después se reflejan en la vida pública por intermedio de los que han formado parte de su familia” [...] (Grierson, 1912, p. 754).

[...] “la mujer por sus condiciones es más apta que el hombre para ser enfermera, pero hoy día la carrera de enfermero ó enfermera es muy científica y hay que estudiar y practicar el oficio” [...] (Grierson, 1912, p. 759).

[...] “La *mujer* con la preparación indicada, sólo tendría que profundizar un poco sus conocimientos sobre anatomía, fisiología é higiene; además de aprender el arte de prestar buenos auxilios en casos de accidentes y la técnica especial de la carrera” [...] (Grierson, 1912, p. 760).

El surgimiento de la Escuela, primera en la Argentina y América Latina, representa un hecho significativo. Los inicios coinciden con el auge de la

secularización del Estado y del higienismo en la Argentina. En efecto, durante 1880 culmina el proceso por el cual el Estado se apropia del manejo de una serie de actividades sociales hasta entonces bajo el control de la iglesia católica y de sociedades particulares. Tal es el caso de la educación y la salud. Los higienistas jugaron un papel protagónico en esta etapa aportando los argumentos técnicos (Wainerman y Binstock, 1992). En la primera década del siglo XX más del 70% de las personas dedicadas a la Enfermería en la ciudad de Buenos Aires eran mujeres, donde se encontraba la única escuela de este ramo en el país (Martin, 2015).

Para los años 1895 y 1914 en la Argentina, los varones representaban respectivamente el 41 y el 42 por ciento de la población que se declaró enfermero. El guarismo para los hospitales municipales era en 1909 del 60 por ciento. La presencia masculina según los censos es muy elevada y apunta en la dirección de que la enfermería no siempre fue "femenina" (Wainerman y Binstock, 1992, p.276).

Grierson proponía un modelo laico y mixto de formación inspirado en Inglaterra con una orientación que respetara la idiosincrasia nacional.

[...] "siendo escuela de adultos, creo que debe ser mixta y donde la enseñanza uniforme las costumbres, amoldándolas á las de nuestro país en todo lo que sea compatible con el mejoramiento del gremio" [...] (Grierson, 1912, p.762)

La presencia masculina entre las personas que cuidaban de la salud persistió durante la etapa de constitución formal de la Enfermería en la segunda mitad del siglo XIX (Wainerman y Binstock, 1995). En 1905, una ordenanza municipal obligaba a los directores de hospitales a enviar al personal a la EEEYM para capacitarse y diplomarse, medida que fue resistida (Sacchetti y Rovere, 2011).

Las tensiones con la dirección de los hospitales fueron relatadas por la Dra. Grierson en "Cuidado de Enfermos" (1912).

[...] "Las autoridades dirigentes de hospitales y sanatorios, aun no se dan cuenta, de que el sacrificar unas horas bisemanalmente á recibir instrucción adecuada, redundan en beneficio de sus mismos establecimientos por los hábitos de orden, proligidad⁸ y economía que se les inculca y ponen luego en práctica en los centros en que están empleados.

Error es creer que la ignorancia sumisa y rutinaria, la mansedumbre del esclavo sin voluntad, es el mejor cooperador en la asistencia médica dentro de los hospitales, y que era el sumun de la perfección cuando no se sabía leer ni escribir" [...] (Grierson, 1912, p. 768 - 69).

El nombre, "Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas" describía la composición del alumnado. Formaba estudiantes de ambos sexos. Contaba en la matrícula con un mayor número de varones. Desde que la escuela se municipaliza, el objetivo era preparar y perfeccionar al personal empleado por la Asistencia Pública (mayoritariamente masculino).

[...] "los hombres, suavizando sus modales con el roce diario entre sus compañeros de tareas; las mujeres adquieren independencia de miras y se preparan á afrontar sus deberes en cualquier situación que el azar de la carrera las ponga" [...] (Grierson, 1912, p. 769-70).

La escuela atendía dos clases de alumnos: los "internos", personal de los hospitales municipales y los "externos". El régimen de estudios era el mismo para ambos, con la sola diferencia de la sede donde realizaban las prácticas. El programa tenía una duración de dos años. Al cabo del primero se otorgaba el diploma de "asistente/a" a quienes no continuaban y al cabo del segundo el de "enfermero/a". Las clases teórico-prácticas se dictaban en la escuela dos veces por semana con una duración de dos horas y media. El campo práctico se constituía en los lugares de trabajo, salvo para los estudiantes externos que concurrían a salas de hospitales municipales (Wainerman y Binstock, 1992).

Para ingresar a la EEEYM, el postulante debía:

[...] "a) Tener por lo menos 18 años y no haber pasado los 35; b) saber leer, escribir y contar y conocimientos elementales de los cuales rendirán examen de ingreso; deben entender el español para seguir el estudio y llevar escritas las observaciones; c) Tener buena constitución, salud y ningún defecto físico notable; ser activos y morales; d) Deben presentar al inscribirse, certificado médico; e) Los alumnos traerán para utilizar en la clase y la práctica, el uniforme modelo de la Escuela, que consiste en un traje corto, cuyas mangas puedan arremangarse al codo; delantal blusa grande blanco, abrochado atrás y ajustado á la cintura; dos bolsillos, uno para el pañuelo y otro para el reloj; zapatos de lona blanca, reloj con segundero, útiles de costura, alfileres de seguridad, tijera, cortaplumas, cinta métrica; y las mujeres: cofia blanca, grande sin adornos superfluos". [...] "f) Los internos necesitan una libreta que lleve el sello de la Escuela y que deben

presentar á los respectivos hospitales ó institutos" [...] "g) Deben preparar una canasta con útiles de aseo" [...] (Grierson, 1912, p. 771).

En 1912 la Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas dependiente del municipio porteño, decidió restringir el ingreso de mujeres a la carrera. No se trató de un fenómeno exclusivamente porteño ni argentino sino de un proceso en Sudamérica (Martin, 2012). Durante 1914 se comienza a emplear mujeres en salas de varones (Hospitales Álvarez, Fernández y Ramos Mejía). El desplazamiento de personal masculino fue causa de una huelga que terminó con la derrota de los trabajadores retirados de sus cargos y reemplazados por enfermeras diplomadas. La escuela siguió siendo exclusivamente femenina hasta 1969 (Sacchetti y Rovere, 2011).

Cecilia Grierson (figura 10) dirigió la Escuela hasta el año 1913 (De Titto, Ricci y De Titto, 2004).



Figura 10. Estampilla. Dra. Cecilia Grierson (1969). Adaptado de: Medicina, 2005.

Las aspirantes a la escuela debían poseer una serie de aptitudes y cualidades para cursar la carrera: ser sanas, higiénicas, poseer belleza conservando la estética, tener destreza, habilidades psicomotoras y una buena salud mental, manteniendo una vida moral y espiritual (Sacchetti y Rovere, 2011, p. 119).

[...] "Las cualidades que se exigen á la enfermera deben ser *físicas, morales é intelectuales*.

La enfermera debe *ser sana, de constitución fuerte* y no tener ningún *defecto físico*" [...] (Grierson, 1912, p. 720).

[...] “debe valerse de todos los medios posibles para desarrollar y fortificar su cuerpo y conservar su salud si desea ejercer su profesión con éxito por algún tiempo.

Recién á los 18 ó 20 años el desarrollo es completo, y es á esa *edad* que deben ser admitidas como enfermeras, debiendo cesar su actividad cuando principia la decadencia física, es decir 45 á 50 años de edad. Veinte años de ejercicio de la profesión es lo más que se puede hacer de enfermera.

Para mantener la salud debe tratar de ser ordenada en el *ejercicio de sus funciones*: alimentarse bien, alejada del enfermo á horas fijas, sin recargar el estómago” [...] (Grierson, 1912, p. 720).

[...] “La primera condición es ser *aseada*, condición inminente, ligada al físico con la conservación de la salud. Debe tomar un baño ó ablución general diaria, y cambiar ropa interior limpia, ventilando bien sus vestidos, lavarse bien las manos y uñas antes y después de cada vez que se toca el cuerpo de un enfermo. Esta es la única manera de preservarse de contagiarse y de contagiar al enfermo” [...] (Grierson, 1912, p. 721).

Su concepción de la Enfermería no logró desprenderse de ciertos atavíos de la época (De Titto, et al, 2004, p.152).

[...] “En el cuerpo médico, de los países latinos, todos somos jefes y oficiales, y hemos descuidado la preparación del enfermero, que es el soldado verdadero; sin él no se puede librar acciones contra la muerte, sin su cooperación no se puede ganar la batalla” [...] (Grierson, 1912, p. 775).

[...] “Las enfermeras educadas mostrarán su fineza para con sus superiores los médicos, en todas ocasiones, acatando con respeto sus órdenes, cumpliendo estrictamente sus indicaciones, mostrando deseo de ser útil en ayudarlos; será solícita en pequeñas atenciones que hará agradable la presencia de la enfermera, sin jamás creer que estas atenciones puedan humillarla o rebajarla (Grierson, 1912, p. 747).

Es de esperar que jamás caerán en un defecto muy común entre las enfermeras viejas: tal es el creer que porque tengan larga experiencia pueden llegar a saber tanto como el médico ó practicante. Un médico joven y recién recibido, siempre sabrá más que una enfermera con veinte años de práctica, sus conocimientos son muy diferentes y de otro orden” [...] (Grierson, 1912, p. 747).

[...] “si á la enfermera se le enseña algo de medicina, es únicamente para que se dé cuenta mejor de sus deberes, para que sepa cuando hay peligro en hacer tal ó cual cosa, y cómo podrá evitar este u otro accidente y hasta cómo tratará de remediarlo en ausencia del médico” [...] (Grierson, 1912, p. 747).

Las iniciativas de Cecilia Grierson acerca de la formación de enfermeros y en especial de enfermeras, deben entenderse en el entramado de su pensamiento

respecto de la condición femenina. En esta visión, la Enfermería era una ocupación de mujeres, ideal para las jóvenes de familias encumbradas que buscaban una tarea decente y profesional, acorde con los atributos de su sexo. El ejercicio de la Enfermería podía significar una promoción social y laboral para quienes la eligieran y al mismo tiempo una tarea casi altruista, de rigor profesional y compromiso con la sociedad. Por esos motivos Grierson aspiraba a atraer mujeres de condiciones similares a las que se interesaban por otras tareas de prestigio como el magisterio, pero hacía notar que para hacerlo realidad era necesario elevar la calificación profesional y las condiciones de trabajo.

[...] “Estos conocimientos tienen que basarse en la economía doméstica científica, que sólo puede ser enseñada por una maestra que al mismo tiempo sea buena ama de casa; por eso los médicos hombres nunca podrán, sin la cooperación de una mujer, *hacer enfermeros*; sólo hacen buenos *ayudantes* ó practicantes, pero nunca verdaderos enfermeros, debido á la falta de instrucción y práctica” [...] (Grierson, 1912, p. V).

[...] “La que desea ser enfermera debe tener *inclinación por la carrera* a que va a dedicarse, sin lo cual no tendrá el valor y la abnegación para soportar pruebas á que esté sujeta y sólo sintiendo más y más esta inclinación, no tendrá miedo y podrá sobrellevar las muchas dificultades y penas anexas al ejercicio de la profesión. En la *vocación* que irá desarrollándose debe sentir cada día más agrado en hacer bien á la humanidad, asistiendo los enfermos; tendrá satisfacción al vencer los obstáculos y perfeccionarse en su profesión; si así no fuera, le aconsejaríamos que abandonara esta vía” [...] (Grierson, 1912, p. 730).

[...] “debe *empezar* por aprender á cumplir los deberes de *ama de casa*; luego los de la *enfermera* para ser más perfecta al ocupar los diversos puestos indicados” [...] (Grierson, 1912, p. 748).

[...] “Así la instrucción sería adecuada á su fin y aprenderían lo que es verdadera administración de un hospital, que no es más que una casa grande con enfermos; y puesto que en el hogar es la mujer la que siempre se preocupa de detalles de la casa, economizando el presupuesto y es la que exclusivamente se encarga de atender á los miembros de la familia cuando alguno está enfermo, otro tanto debe suceder en la administración de los hospitales, que lógicamente es de su exclusivo resorte; bien entendido que debe tener la preparación necesaria, como sucede en Inglaterra y Norte América, en donde la <matrona> es la única administradora” [...] (Grierson, 1912, p. 776).

Resultaba imprescindible que los hospitales porteños mejoraran la situación cotidiana de sus trabajadoras, habitualmente sometidas a extensas guardias de

casi 30 horas de trabajo cada dos días, sin adecuados tiempos de descanso y expuestas a lugares inapropiados como caballerizas o sótanos (Martin, 2012, p.5).

[...] “En un *buen hospital* toda enfermera debe tener sus comodidades: su dormitorio particular aireado y con luz, ropa limpia en abundancia, comedor donde poder comer sobre una mesa, horario de trabajo que no pase de 10 á 12 horas y fijación exacta de sus deberes; tiempo determinado para reposo y descanso, paseo ó instrucción según su propia voluntad y no al capricho de quienes mandan, y trato fino” [...] (Grierson, 1912, p. 749).

[...] “y dormir á horas determinadas, lejos de la enferma; sólo por gran necesidad, nunca por ambición, debe pasarse de las horas necesarias para el descanso, puesto que no podrá cumplir sus deberes y pronto le sobrevendrá un agotamiento invencible, que la inhabilitará para el trabajo” [...] (Grierson, 1912, p. 720).

[...] “la limitación de horas de trabajo debe ser de ocho horas, siendo el máximo doce. Además, la *enfermera* necesita, a lo menos, media hora, después de comer, para caminar, hacer ejercicio y cambiar de aire. Si no consigue realizar estas necesidades bien pronto su organismo se resentirá” [...] (Grierson, 1912, p. 721).

A la falta de estas condiciones laborales atribuía Cecilia Grierson la baja atracción por la ocupación. Se hacía necesario considerar la perspectiva de las enfermeras inglesas formadas por Florence Nightingale, un modelo de escuela que Cecilia Grierson admiraba y luchaba por imponer en nuestro medio (Wainerman y Bainstock, 1992, p.276).

[...] “El último capítulo es dedicado á las *escuelas de enfermeras y gimnasta-masagista*⁹ que urge establecer; pero con bases verdaderas que permita que su éxito sea duradero y no como hasta el presente, que tanto las de enfermeros como las de masagistas, han sido un fracaso completo, á excepción de la Escuela de Enfermeras y Masagistas de la Asistencia Pública de Buenos Aires.

Su éxito se debe á que se ha copiado de las verdaderas escuelas de enfermeras, que son las de Inglaterra y Norteamérica, y para el de gimnasta-masagistas el sistema sueco, con las modificaciones que constituye el método argentino, enseñado por personas idóneas, tanto en teoría como en la práctica de la kinesiterapia.

Es de desear que cuanto antes nos pongamos á la altura que estaba Norte América ahora treinta años, donde tenían entonces 15 escuelas de enfermeras con 323 alumnas, diplomándose en el año 1880 unos 157 enfermeros. Pero allí se ha progresado tanto, que en 1910 tenían 1.129 escuelas con 32.636 alumnos, habiendo extendido 8.140 diplomas de idoneidad en ese año.

No es posible que una sola escuela dé abasto á la demanda creciente de personas idóneas, dentro y fuera del país; pero las pseudo-escuelas a base errónea, no remedian en nada la escasez de personal y, al contrario, engañan á todos con falsas promesas” [...] (Grierson, 1912, p. VII).

La formación de enfermeras en la Argentina tomó como referente el sistema creado en 1860 por la inglesa Florence Nightingale quien fundó una escuela basada en tres pilares: la dirección estaría dirigida por una enfermera, no por un médico; la selección de las candidatas tendría que centrarse en aspectos físicos, morales, intelectuales y profesionales y se debería impartir enseñanza metódica y constante tanto desde el punto de vista práctico como teórico (Ramacciotti y Valobra, 2012, p.76).

Adoptar el modelo Nightingale intentaba trascender la imagen de la enfermera empírica (figura 11), *pseudo-científica*, limitada a la mera ejecución de prácticas.

[...] “aun en los países más adelantados a mediados del siglo pasado, que sirvió de tema a los escritores de la época, especialmente al novelista inglés Charles Dickens en sus notables romances <Oliver Twist> y <Martín Chuzzlewit>, en los que señala las deficiencias de la asistencia pública, el hacinamiento, desaseo y abandono de los enfermos, y pinta con mano maestra a la pseudo-enfermera <Betsy Prig>, vieja alcoholista grosera, y a <Sarah Gamp>, cuya representación gráfica llega hasta nosotros, con sus zuecos ruidosos, cubiertos de barro; su vestido sucio y andrajoso, su chal de color y aseo imposible, su gorra puesta torcida, con sus plumas desrizadas y en desorden; su infaltable paraguas verde, que le servía de bastón para sostenerse de pie, después de las numerosas libaciones cotidianas. Luego la reseña de su papel al lado del paciente: siempre inactiva” [...] “a menudo dormida y roncando; temible así porque llegaba a apretar y sofocar á los niños con su gordura; a lo que se agrega la desaparición, como por arte de encantamiento, del vino de Oporto muy en boga por entonces para los enfermos” [...] (Grierson, 1912, p. 801).



Figura 11. Sara Gamp. Adaptado de: Philatelia.net, 2016

[...] “todos pintaban á la enfermera de entonces como una persona de ignorancia crasa y pretenciosa, de una moralidad dudosa y de un desaseo positivo. La crítica de los escritores fue lo que inició la reforma, formándose en Inglaterra la primera Escuela de enfermeras y su iniciativa débese á una noble mujer: Miss Florence Nightingale” [...] (Grierson, 1912, p. 801).



Figura 12. Enfermeras formadas en la Escuela de Nightingale. Adaptado de: *Florence Nightingale: saving lives with statistics*. BBC timelines, Bostridge M, 2017.

El modelo de una profesión independiente y digna (figura 12), aliada, pero no subordinada a la profesión médica, y femenina se expandió por el mundo (Wainerman y Binstock, 1992, p. 278).

[...] “La enfermera es para el público y las administraciones, una sirvienta fregona, resistente al sueño y a las privaciones, dócil, sin aspiraciones, sin afanes, una verdadera bestia de carga, tratándose como tal, creyendo que así administran mejor, exprimiéndoles el mayor número de horas de trabajo, cuando en realidad sería mayor economía tener personas idóneas, distribuyéndoles el trabajo en armonía con la naturaleza humana” [...] (Grierson, 1912, p. 793).

En muchos casos, quienes asistían a la EEEYM eran personas empleadas y en ejercicio en los hospitales porteños por disposición de Asistencia Pública. Se trataba de facilitar la capacitación, pero en poco tiempo se convirtió en un elemento de resistencia de los directores de hospitales (Martín, 2015, p. 263).

[...] “La verdadera enfermera es aun desconocida en nuestros hospitales; hoy los asistentes hacen los trabajos más rudos al mismo tiempo que tienen que ayudar a médicos y practicantes en los trabajos delicados de operaciones y curaciones, etc., y eso sin horas fijas para comer, dormir, descansar y pasear, teniendo que obedecer a todo el mundo, estén ó no éstos capacitados para dirigirlos” [...] (Grierson, 1912, p. 797).

[...] “Hay que convencerse que la obra de una escuela de enfermeras y masagistas es la educación completa: desarrollo físico, moral é intelectual; formando buenos hábitos, dando el ejemplo el personal dirigente de las cualidades que se desea desarrollar: aseo, actividad, bondad, puntualidad, respeto mutuo, desarraigando criollismos de mala educación; como el tutear al subalterno, gritar, gesticular y mandar con palabras groseras” [...] (Grierson, 1912, p. 775).

[...] “Á pesar de esto, algo hemos conseguido en su favor dentro de los hospitales: ya no tienen treinta horas continuas de guardias, cada dos días, como sucedía antes en algunos hospitales; no duermen en caballerizas, sótanos ó salas de enfermos; ya se les da uniforme y en algunos hospitales se les ha mejorado la comida, en local y hora apropiados; habiéndose también aumentado el personal. Pero, a pesar de estas mejoras, no hemos conseguido todavía, que se les dé ropa limpia en abundancia; guardias de 8 á 12 horas; tener a su cargo de 8 á 10 enfermos en vez de 15 á 20, como hoy tienen; comidas á distinta hora que los enfermos; permiso para asistir á las clases para instruirse; sus horas de recreo, salidas, etc., y diversas otras cosas, tan necesarias para el bienestar de estas empleadas, que debían tener las mismas prerrogativas que las hermanas de la caridad” [...] (Grierson, 1912, p. 825).

Las nociones sobre enfermería moderna que Grierson sostuvo fueron profundizadas luego de un viaje a Europa donde recorrió escuelas y hospitales de varias ciudades como Londres, Viena, Ginebra y París. Una de las cuestiones que enfatizó en los informes que elaboró luego de su gira europea, fue la necesidad de instrucción “técnica”, que significaba otorgar fundamentos científicos a cualquier saber o destreza que tuviera aplicación eminentemente práctica. Los aspectos técnicos se diferenciaban de los teóricos y científicos por un lado y se distinguía una noción frecuente que describía las tareas de cuidado como extensión de los roles domésticos considerados propios de la naturaleza femenina (Martin, 2012, p.6).

[...] “Me he esforzado en tratar aquellos asuntos de cuidado de enfermos en general, dando mayor extensión a la economía doméstica, que es de suma importancia para el enfermero, constituido en soldado de la profesión médica y que tiene que aplicar estos conocimientos a cada momento para producir el mayor bienestar de los enfermos” [...] (Grierson, 1912, p. VII).

Los deberes del régimen de una casa eran moralidad y orden (Grierson, 1912, p. 755), economía, aseo, comodidad, felicidad doméstica e inteligencia (Grierson, 1912, p. 756).

[...] “Debemos hacer estos sagrados deberes sin esperanza de recompensa; sólo con la idea de hacer el bien. Los sentimientos delicados no se gastarán viendo el sufrimiento diario; al contrario, se elevarán más mostrándose severas con las propias faltas é indulgentes con las de los demás” [...] (Grierson, 1912, p. 757).

Los conocimientos requeridos involucraban la moral y educación (Grierson, 1912, p. 756). Saber leer (para seguir instruyéndose) y ejecutar todas las labores de la casa (Grierson, 1912, p. 757).

[...] “Toda persona que se dedique a ser *enfermera* debe poseer algunos conocimientos generales de los instrumentos de su profesión, y saber leer, escribir y contar” [...] “luego los conocimientos fundamentales de la *economía doméstica*” [...] (Grierson, 1912, p. 759).

Cecilia Grierson diseñó uniformes para distinguir a las enfermeras del resto de los profesionales, logró imponer el uso de sirenas para abrir el paso a las ambulancias y fue la primera en proponer que los hospitales tuvieran plantas ornamentales en las salas y que en las salas pediátricas hubiera juguetes al alcance de los niños (De Titto et al, 2004).

[...] “Propongo á nuestras enfermeras argentinas, que adopten para su traje (vestido, pañoleta) el azul y el blanco, *colores* de la patria, que llevarán con satisfacción y orgullo, cuando la sociedad palpe los beneficios que están destinadas á presentar, si continúan en la vía que les señalo, y espero que con este sencillo uniforme revelen siempre su aseo y decencia; así será este uniforme, un distintivo de las alumnas que educo y que espero llegarán a ser verdaderas enfermeras diplomadas, que presten sus auxilios a hombres, mujeres y niños indistintamente, impulsados por ley, idea y sentimiento del deber” [...] (Grierson, 1912, p. 727 - 728).

Utilizando las tres directrices básicas de Nightingale (ejemplos, preceptos y actuación), Grierson preparó manuales para las enfermeras que tenían cualidades didácticas y diferentes de los textos utilizados por los médicos (De Titto et al, 2004).

[...] “He tratado de hacer una guía práctica para los *enfermeros y enfermeras*, y si no encuentran todo lo que les hace falta saber ó desean investigar, contiene, cuando menos, lo esencial y las indicaciones donde pueden ampliar sus conocimientos” [...] (Grierson, 1912 p. V)

[...] “El enfermero necesita saber no sólo las *prácticas médicas* más modernas, sino, las que se han usado desde cincuenta años atrás, porque tiene que cumplir tanto lo ordenado por un médico recién recibido ó diplomado en alguna facultad, como el médico viejo que hace cincuenta años que ejerce su profesión con la experiencia de muchos años” [...] (Grierson, 1912, p. 761).

[...] “Los planes de estudios y programas deben ser completos y modificados según las necesidades del país y en el transcurso de los años, para ponerse a la par de los progresos médicos” [...] (Grierson, 1912, p. 798).

El modelo Nightingale y su reformulación para el ámbito porteño insistió en el sistema de internado con el fundamento de que era la manera de vigilar la conducta y moral de las alumnas. Las jóvenes debían permanecer al menos once meses del año en la escuela. Los hogares escuela favorecían el desarrollo de conductas apropiadas correspondientes con la higiene física y mental de las alumnas y moldearían con rigor disciplinar la personalidad obediente que exigía la vida de la enfermera. Facilitaba a las regentes y directoras la evaluación de capacidades como la “serenidad”, “ternura” y “obediencia” (Martin, 2015). La educación de las *nurses* abrevó en este modelo de sacrificio, feminidad y conocimiento, que se vio reflejado en manuales de estudio y reglamentos internos (Ramacciotti y Valobra, 2012).

[...] “*mano suave ó liviana* para asistir a las enfermas; es esta una cualidad especial de la enfermera que consiste en saber y poder mover, trasladar y curar a los enfermos, sin causarles dolor ó molestia innecesaria” [...] (Grierson, 1912, p. 728).

[...] “Los mejores *caracteres para las enfermeras*, son aquellas naturalezas *tranquilas, suaves y cariñosas*” [...] (Grierson, 1912, p. 731).

[...] “Una de las mejores cualidades del carácter es tener *conciencia de su deber*, y la energía necesaria para cumplirlo con agrado por más que nos cuesta formarnos estos hábitos y la idea clara de la enorme *responsabilidad* que contrae al tomarse cargo de una enfermo ó hacer alguna tarea que se relacione con la asistencia médica” [...] (Grierson, 1912, p. 731).

[...] “al ingresar á la carrera debe estar dispuesta á *trabajar, estudiar, tener paciencia y abnegación*” [...] (Grierson, 1912, p. 737).

La Dra. Grierson murió el 10 de abril de 1934. Desde el año siguiente, la Escuela de Enfermería de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires fue bautizada con su nombre (De Titto et al, 2004, p. 153). Algunas de sus obras son (Sánchez et al, 2015):

1892: Escuela de Enfermeras. Lecciones dictadas durante el año 1892.

1903: Fundación de la revista *Obstétrica*, donde escribe “Historia de las obstétricas”.

1909: Primeros auxilios en casos de accidentes y prevención contra las enfermedades infecciosas.

1912: Cuidado de Enfermos.

1925: Primera y única colonia formada por escoceses en la Argentina (Sánchez et al, 2015).

Profesó un feminismo moderado y pragmático, participando en múltiples entidades feministas. Ideológicamente, estuvo influida por el positivismo, promoviendo el liberalismo y laicismo (Sánchez et al, 2015).

Cecilia Grierson también fue pintora, escultora y gimnasta. No contrajo matrimonio ni tuvo descendencia. Donó parte de sus propiedades para construir una escuela y una casa para artistas en Los Cocos (provincia de Córdoba) donde vivió sus últimos años con una magra jubilación (Binda, Silveira y Krämer, 2010).

Su intenso trabajo para el perfeccionamiento de los recursos humanos en salud generó rupturas con sus colegas, pero reconocimiento de las autoridades sobre el valor de la Enfermería para el sistema de salud. Tempranamente, Grierson avizó el desgranamiento de los estudiantes y problemas que resultan de actualidad referidos a la permanencia y la matriculación.

[...] “poco se ha podido hacer, y aunque han ingresado á razón de 150 alumnas anuales, casi nunca se ha podido diplomar á más de 10 ó 15 por año” [...] (Grierson, 1912, p. 826).

La adopción del modelo foráneo, sus adaptaciones al contexto nacional y el germen sembrado por la EEEYM permiten considerar el enfoque como trascendental (García Martínez MJ, 2004).

[...] “después de Inglaterra y Norte América, el pequeño grupo idóneo formado en Buenos Aires, que se mantiene unido en la asociación, para continuar perfeccionándose y manteniéndose en su mayor altura moral, es tanto ó más selecto que el de muchas naciones europeas” [...] (Grierson, 1912, p. 827).

Las coordenadas pedagógicas (Hernández- Conesa et al, 2013) sugeridas por el modelo Grierson, dieron el puntapié inicial a las competencias que luego serían evaluadas en los estudiantes de Enfermería: conocimientos teóricos, prácticos y actitudinales.

2.2. “Cuidado de enfermos” (1912) por Cecilia Grierson

En la biblioteca de la Escuela Municipal de Enfermería “Cecilia Grierson” se encuentra una fotocopia de “Cuidado de Enfermos” (Grierson, 1912). La institución no cuenta con el volumen original. Debido a ello, no podrán ser descriptos los materiales de encuadernación y características particulares de formato.

El libro está compuesto por un total de 846 páginas divididas en 20 capítulos. La autora hace referencia a la organización del volumen en los primeros párrafos de la introducción:

[...] “He dividido el texto en veinte capítulos, procediendo en un orden que considero como una distribución gradual y lógica de los asuntos más necesarios para el enfermero o enfermera” [...] (Grierson, 1912 p. VI).

La obra busca introducir a los estudiantes en nociones de higiene, anatomía y procedimientos (por ejemplo: alimentación). Los últimos capítulos incorporan aspectos actitudinales y fundamentan la elección del modelo pedagógico. Presentamos a continuación el índice temático:

“INTRODUCCIÓN”¹⁰

CAPÍTULO I

Nociones preliminares esenciales

Conocimientos preliminares de las fases científicas

Contagio o infección

Desinfección doméstica

Transporte de enfermos

CAPÍTULO II

Cama y sus anexos

Prácticas que debe conocer toda buena enfermera

CAPÍTULO III

Cuidado de enfermos en cama

CAPÍTULO IV

Habitación y anexos

CAPÍTULO V

Alimentos y regímenes

Arte culinario

Higiene de la digestión

Leche

Huevos

Régimenes especiales

CAPÍTULO VI

Enfermedad, edad é investigaciones

Investigaciones de laboratorio

CAPÍTULO VII

Síntomas y observaciones

CAPÍTULO VIII

Desinfección y esterilización

CAPÍTULO IX

Medicamentos y medicaciones

CAPÍTULO X

Lavajes y sondas

CAPÍTULO XI

Medicaciones diversas

CAPÍTULO XII

Abluciones¹¹, baños, refrigeraciones y fomentación

CAPÍTULO XIII

Revulsiones¹² y derivados

CAPÍTULO XIV

Enfermedades infecciosas y contagiosas

CAPÍTULO XV

Enfermedades mentales y nerviosas

CAPÍTULO XVI

Cirugía general y vendajes

CAPÍTULO XVII

Especialidades quirúrgicas y artes ortopédicas

CAPÍTULO XVIII

CUIDADO DE NIÑOS SANOS Y ENFERMOS

CAPÍTULO XIX

Enfermera ó enfermero: sus condiciones y deberes.

Reglas generales para la asistencia en hospitales

Deberes como ama de casa

Reconocimientos previos y preparatorios á que deben someterse

Servicio de enfermeros y gimnastas masagistas

CAPÍTULO XX

Escuela y enseñanza de enfermeros masagistas

Escuela de enfermeras

Miss Florence Nightingale ó <la dama de la lámpara>, fundadora de la primera Escuela de enfermeras. Rasgos característicos de esta mujer virtuosa. Su gran obra” (Grierson, 1912).

Los diferentes capítulos se acompañaban de láminas (Figura 13) que tenían por objetivo graficar procedimientos, equipos, principios físicos y personajes históricos.

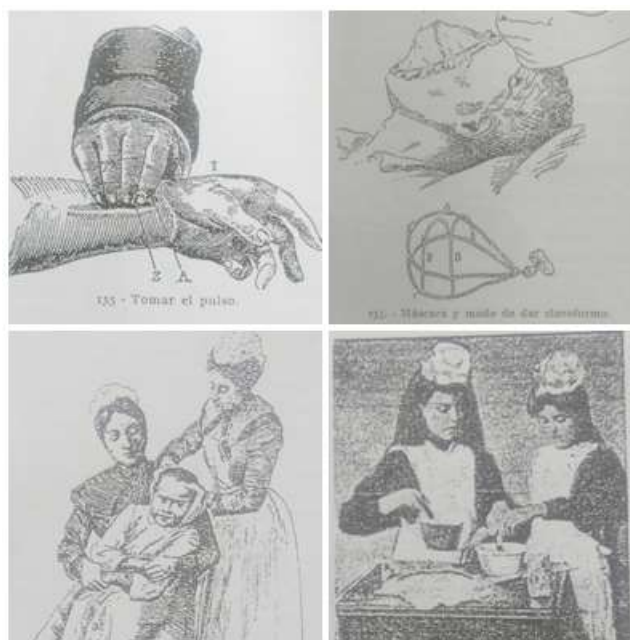


Figura 13. Láminas explicativas de técnicas y procedimientos. Adaptado de: *Cuidado de Enfermos*. Biblioteca personal de la tesista, Grierson, 1912.

El uso de ilustraciones era justificado por la autora en el marco del modelo pedagógico planteado, que buscaba trascender los elementos expositivos (clase magistral) e incorporar aspectos de la práctica hospitalaria.

[...] “Las clases teóricas deben darse siguiendo las reglas pedagógicas: de lo simple á lo complicado; la demostración por medio del objeto real, para que penetre el conocimiento por todos los sentidos; si no se tiene aquél a mano, la imagen del objeto que podrá servir, y en último término nos valdremos de la lámina y demostración gráfica para mayor claridad; jamás conferencias abstractas. Luego, la aplicación inmediata de lo

aprendido; -he aquí el <quid> del método de enseñar bien, en una Escuela de enfermeras, como en cualquiera otra institución” [...] (Grierson, 1912, p. 775).

Referido a la formación de enfermeros y enfermeras, Grierson instaba no sólo a la creación de escuelas sino también a diferenciar de manera clara los encargados de tareas asistenciales de quienes habían accedido a una educación formal.

[...] “Una persona medianamente inteligente se dará cuenta que con simples lecturas ó con un poco de práctica rutinaria nunca podrá llegar á ser una profesional; puesto que para merecer tal nombre necesita una continuada y buena enseñanza teórico-práctica en alguna escuela donde les enseñen verdaderamente el oficio en todos sus detalles, bajo una dirección técnica, donde se instruya y se haga poner en práctica simultáneamente los conocimientos necesarios” [...] (Grierson, 1912 p. V)

En lo referido a las representaciones sobre el rol del enfermero y la importancia de brindar cuidados de calidad y seguros, Grierson menciona la necesidad de mejora de las condiciones laborales y temas vinculados a la relación con otros integrantes de lo que hoy llamamos equipo de salud.

[...] “Respecto de los enfermeros y enfermeras, hay en nuestro país, como en todos los países latinos, ideas muy erróneas en cuanto se refiere al papel de estos auxiliares de la medicina (hipurgos¹³). Unos los consideran como simples mandaderos, peones ó sirvientes de servicio: otros que sirvan de ayudante durante el tiempo que está presente el médico (cirugía), sin preocuparse si sabe proporcionar bienestar ó atender al enfermo en su ausencia, y otros llegan á permitirles, aun exigirles, que hagan tareas que son de incumbencia exclusiva de los médicos.

Con esta anarquía de ideas respecto á los verdaderos deberes del enfermero, mucha gente audaz se declara enfermero, enfermera y aun gimnasta-masagista, sin la menor preparación profesional, siendo el público engañado muy á menudo y los enfermos víctimas de las consecuencias de esta ignorancia” [...] (Grierson, 1912, p. VI).

Estas ideas novedosas entraban en colisión con la hegemonía médica propia de la época. La preocupación por capacitar a los enfermeros que se encontraban en funciones, incorporar mujeres al campo ocupaciones y mejorar el medioambiente laboral, sembró una simiente en la formación de enfermeros en la Argentina.

Para establecer condiciones propicias en el desarrollo profesional era necesario no sólo instalar la figura del enfermero como alguien preparado para llevar

adelante funciones de asistencia clínica sino también precisar las *condiciones y deberes* (Grierson, 1912) que los hombres y mujeres debían respetar y conocer. El capítulo XIX de “Cuidado de Enfermos” detalla las características morales, físicas, actitudinales y cognitivas para el ejercicio del rol.

[...] “No pueden ser *enfermeros* aquellas personas tan rústicas que no tienen el hábito de *aseo personal habitual*; no sólo para su propia salud, sino por lo desagradable que es su presencia á otras personas y que no es tan necesario en otros oficios como el de basurero, changador, papelerero, lavandera; pero muy esencial en la *enfermera* por estar continuamente en contacto con los enfermos” [...] (Grierson, 1912, p. 724).

La higiene, el uso del uniforme y del equipo reglamentario marcaban un quiebre frente al modelo de Enfermería anterior a los profesionales de la EEEYM.

[...] “Poco apreciable para la carrera son aquellos que se visten chillonamente con muchos adornos, con paquetería encima, pero poco aseo debajo; lo mismo esa gente ordinaria que acostumbra á gritar, usar palabras groseras ó soeces, que revela falta de cultura. Tampoco sirven para la carrera de enfermero o masagista, aquellos que beben alcohol, fuman, que tienen enfermedades, defectos ó vicios que los hacen desagradables á la gente decente” [...] (Grierson, 1912, p. 725).

[...] “los únicos adornos que deben llevar las enfermeras, son un prendedor, para sujetar el cuello blanco y cofia, que sirve como símbolo del aseo personal y libra su cabeza de las infecciones. Las mangas deben poder remangarse hasta arriba del codo para la limpieza de los brazos y estar más libres para el trabajo” [...] (Grierson, 1912, p. 727).

El énfasis en la prolijidad y el orden se vinculaba con los conocimientos sobre economía doméstica ya que, según la autora, algunas labores hospitalarias eran similares a tareas realizadas en el hogar.

[...] “La *prolijidad* puede resumirse, en hacer *cada cosa á su tiempo, poner cada cosa en su propio sitio, y usar cada cosa para su propio uso*” [...] (Grierson, 1912, p. 730).

[...] “La *ropa* debe ser liviana y abrigada y no poniéndose demasiada cantidad. Se completa el traje con un par de zapatos bajos que no hagan ruido al caminar para evitar molestias al enfermo” [...] (Grierson, 1912, p. 727).

[...] “es censurable que anden desaseadas, desgreñadas ó sueltas como bolsas mal cerradas, ó con papelitos de rulos ú otros afeites con los cuales no deben presentarse jamás ante las personas á quienes sirven” [...] (Grierson, 1912, p. 728).

Entre las cualidades necesarias para el ejercicio del rol se encontraban *puntualidad* (Grierson, 1912, p. 731), *perseverancia* (Grierson, 1912, p. 732),

condiciones morales (Grierson, 1912, p. 733), *educación* (Grierson, 1912, p. 733), *cortesía* (Grierson, 1912, p. 734), *carácter dócil* (Grierson, 1912, p. 735), *previsión* (Grierson, 1912, p. 741). Dichas cualidades se obtenían con la *bondad* y *dulzura* del corazón (Grierson, 1912, p. 735).

[...] “Se forma así una mezcla de energía y silencio, humildad y pureza, de firmeza y suavidad; lo cual exige una preparación intelectual y moral que hacen que sean bienhechoras de la humanidad doliente” [...] (Grierson, 1912, p. 733).

Aquellos individuos que decidieran dedicarse a la Enfermería debían ejercitar la paciencia, abnegación y pruebas que tenían por objetivo la virtud y caridad.

[...] “Toda persona que intente dedicarse á esta noble carrera, debe estar dispuesta y preparada para hacer un *trabajo material pesado*, para tener abnegación y paciencia, saber obedecer, someterse resignadamente á continuas contrariedades y ver diariamente escenas y cumplir tareas que son desagradables y repugnan á toda persona de sentimientos delicados; pero si está resuelta á ello por amor á su profesión, nunca se arrepentirá de ejercer esta noble carrera tan llena de pruebas que harán resaltar más las condiciones personales de virtud y caridad” [...] (Grierson, 1912, p. 731).

La relación con el enfermo debía sentarse en bases de honestidad, capacitación frente a la ausencia médica, respeto y profesionalismo.

[...] “En muchos casos la vida del enfermo, depende más de la enfermera que del mismo médico” [...] (Grierson, 1912, p. 737).

[...] “debe la enfermera ser *verídica* en su exposición, sin exagerar ni ocultar lo que ha observado; tener orden y método para exponer y registrar en su libreta sólo los datos que cree se relacionan con el estado del enfermo” [...] (Grierson, 1912, p. 737).

[...] “el *secreto obligatorio* de la enfermera” [...] “No dará datos sobre la vida de los enfermos ni de los que lo rodean” [...] (Grierson, 1912, p. 739).

[...] “A veces es fácil *manejar los enfermos* cuando están quietos y sus facultades adormecidas: conversan poco y les agrada el silencio; entonces la enfermera debe ejecutar activamente, con puntualidad y en silencio sus deberes y las órdenes del médico, sin molestar al enfermo” [...] (Grierson, 1912, p. 745).

Objetivos pedagógicos que se persiguen en la actual formación de enfermeros y enfermeras fueron trazados en 1912: el secreto profesional, la información verídica, el respeto por las necesidades del sujeto de cuidados y el registro pertinente de novedades.

Entre los deberes que debían cumplir los enfermeros con sus pacientes (*enfermos*) se encuentran el aseo, la nutrición, la economía y la continuidad de cuidados durante el turno noche.

[...] “1.º Es responsable á toda hora del aseo y arreglo del cuarto del enfermo y sus anexos, de los utensilios, cama, ropa y enfermo [...] (Grierson, 1912, p. 750).

2.º Debe la enfermera *aprender* á hacer la cama con arte, y mudar al enfermo sin causarle molestias [...] (Grierson, 1912, p. 750).

3.º Al recibir á un enfermo en un establecimiento, recogerá los datos sobre la lesión que tiene, para transportarlo con cuidado; se le desvestirá suavemente y luego se procederá á hacer la higiene antes de ponerlo en la cama” [...] (Grierson, 1912, p. 750).

4.º Dará los alimentos del modo indicado por el médico [...] (Grierson, 1912, p. 751).

5.º Por ningún motivo ó consideración tendrán favoritismos con los enfermos [...] (Grierson, 1912, p. 751).

6.º Deben ser económicas con todo lo que tengan á mano [...] (Grierson, 1912, p. 751).

7.º Tratarán de aprender á aplicar con arte todas las indicaciones del médico y de sus superiores” [...] (Grierson, 1912, p. 751).

Los deberes especiales durante el turno noche incorporan la necesidad de rotación del personal para garantizar el descanso.

“1.º [...] alternarse siempre entre las enfermeras que asisten de día para no agotar su salud [...]

2.º [...] se presentará en las condiciones de higiene indicadas á las enfermeras en general.

3.º Recogerá y apuntará en su libreta los datos sobre lo que debe cumplir y observar durante la noche.

4.º [...] Jamás se dormirá en su guardia, pues es un crimen dejar abandonados a los enfermos, y especialmente á aquellos que están graves [...] (Grierson, 1912, p. 751).

5.º Entregará por la mañana á la enfermera diurna todo en perfecto aseo y arreglo [...] (Grierson, 1912, p. 752).

6.º Al retirarse hará su higiene matutina, caminará un poco y tomará un desayuno antes de ir á reposar” [...] (Grierson, 1912, p. 752).

Estas medidas refuerzan las características adecuadas del medioambiente de trabajo y apuestan a que los profesionales ocupen parte del tiempo en

actividades beneficiosas para su estado de salud. En el derrotero histórico de la formación profesional estos *deberes* se convertirán en reivindicaciones laborales.

Se esperaba que los enfermeros respondieran a las órdenes con suavidad y evitaran acciones que se encontraran fuera de las responsabilidades del rol.

“1.º Obedecer estrictamente las órdenes recibidas de médicos, practicantes y enfermeras principales, etc. [...] dar ejemplo de moderación y suavidad para con los enfermos” [...] (Grierson, 1912, p. 752).

[...] “5.º Nunca darán a los enfermos más medicamentos ni alimentos que los ordenados por el médico; ni fomentarán los vicios de los enfermos (juego, bebida, etc.), ni recibirán dinero ni obsequios directamente del enfermo por sus servicios, á no ser la remuneración acordada” [...] (Grierson, 1912, p. 753).

Desarrollar tareas en el ámbito sanitario no sólo vinculaba a los enfermeros con los pacientes y superiores sino también con sus colegas. Eran esperadas ciertas normas de conducta imprescindibles para el funcionamiento de los servicios de Enfermería.

“1.º Nunca llevar cuentos, ni enojarse, ni criticarse unas á las otras, sino ayudarse y enseñarse mutuamente. La chismografía es de gente desocupada y poco decente.

2.º [...] No tomará á su cargo ni visitará al enfermo de otra enfermera sin su consentimiento [...] (Grierson, 1912, p. 753).

[...] 5.º Dormirán á lo menos seis horas al día, tratando de que cada tercera noche puedan dormirla por entero, sin interrupción, alejadas de sus enfermos y en un paraje sano.

6.º Su moralidad, honradez y decencia deben ser irreprochables” [...] (Grierson, 1912, p. 754).

El respeto por los colegas y las pautas de convivencia buscaban la generación de principios cohesionadores que permitieran a los enfermeros/as ubicarse como integrantes de un colectivo profesional, no meros *mandaderos* del sistema sanitario.

La óptica del enfermero como colaborador se expresa en los siguientes párrafos:

[...] “el ayudante inteligente del médico, no sólo en el momento en que éste está al lado del paciente, sino principalmente en su ausencia, en que debe saber prestar primeros

auxilios en casos de necesidad y conocer cuándo es necesario la presencia de un médico” [...] (Grierson, 1912, p. 759).

[...] “Deseamos *enfermeros* inteligentes, instruidos y de conciencia para cuando está ausente el médico; ayudantes hábiles y respetuosos dentro de su gerarquía: un término medio entre el antiguo enfermero ignorante y rutinario y las semicuranderas pretensivas, que son ambos una vergüenza para los verdaderos enfermeros de profesión, á causa de su ignorancia y pretensiones que los hace un estorbo para el médico y un fastidio para el enfermo y aun para los que lo rodean.

A menudo tiene el enfermero, no sólo la *responsabilidad* del enfermo, sino de la casa, establecimiento ó punto en que está, respecto á la higiene, economía y moralidad que comprende múltiples y variados *deberes*” [...] (Grierson, 1912, p. 759).

Las cualidades necesarias para el ejercicio del rol según Grierson no podían escindir los conocimientos teóricos/procedimentales de los actitudinales.

[...] “Para desempeñar á *la perfección* el cargo de *enfermero ó enfermera* se necesita poseer múltiples y variadas cualidades y conocimientos para el desempeño de su noble misión; el cultivar como lo hace toda persona bien educada, todas las cualidades, es preferible á ser perfecta en una sola en detrimento de las demás” [...] (Grierson, 1912, p. 759).

[...] “Luego hay que desterrar una idea anticuada: la de que se nace enfermera, sin necesidad de preparación [...] (Grierson, 1912, p. 759).

[...] “Debe ejercitarse diariamente al lado de los enfermos, aplicando los conocimientos adquiridos en la enseñanza técnico-práctica, porque á fuerza de repetir el trabajo como en todo oficio manual, bajo una dirección competente que corrija las más leves faltas, es que se llega, con el tiempo, á la perfección como en cualquiera otra profesión” [...] (Grierson, 1912, p. 761).

[...] “Las condiciones de carácter son verdaderamente necesarias para el ejercicio de la profesión de enfermero ó masagista; ser perseverantes y pacientes, bondadosos y firmes, ordenados, verídicos y responsables [...] Luego, necesitan ciertas aptitudes intelectuales” [...] (Grierson, 1912, p. 791).

Las características que se fueron adquiriendo históricamente con la especialización en las tareas, permitieron que el enfermero/a compartiera actividades con otros profesionales sin perder de vista cuestiones vinculadas a la seguridad de la atención sanitaria.

[...] “Antes el enfermero necesitaba conocer el arte de herborista, es decir cómo y cuándo recoger plantas, hierbas, raíces, flores, etc. para utilizar en medicina; pero hoy día entra entre los conocimientos del farmacéutico” (Grierson, 1912, p. 763).

[...] “Ya sea en un hospital, sanatorio ó consultorio, debe el enfermero tener gran cuidado con los medicamentos, pues un descuido ó error en administrar una substancia por otra ha dado lugar, más de una vez, á deplorables y fatales consecuencias” [...] (Grierson, 1912, p. 762).

Tabla 3. Cuidado de Enfermos (1912)

Variables de inferencia	Material analizado [original del texto]	Autor	Hipótesis y/o interpretaciones
Tríada terapéutica Relación con: el enfermo, los superiores y colegas	“3.º Al recibir á un enfermo en un establecimiento, recogerá los datos sobre la lesión que tiene, para transportarlo con cuidado; se le desvestirá suavemente y luego se procederá á hacer la higiene antes de ponerlo en la cama”	Cecilia Grierson	Necesidad de alianza: enfermo - enfermero, para la recuperación.
	“1.º Nunca llevar cuentos, ni enojarse, ni criticarse unas á las otras, sino ayudarse y enseñarse mutuamente. La chismografía es de gente desocupada y poco decente”		Vinculación con los colegas
	“1.º Obedecer estrictamente las órdenes recibidas de médicos, practicantes y enfermeras principales, etc. [...] dar ejemplo de moderación y suavidad para con los enfermos”		Relación con la superioridad: obediencia
Competencias actitudinales	“Se forma así una mezcla de energía y silencio, humildad y pureza, de firmeza y suavidad; lo cual exige una preparación intelectual y moral que hacen que sean bienhechoras de la humanidad doliente”	Cecilia Grierson	Competencias actitudinales necesarias y valiosas para el oficio
	“Los mejores <i>caracteres para las enfermeras</i> , son aquellas naturalezas <i>tranquilas, suaves y cariñosas</i> ”		Perspectiva del género en la prestación de cuidados
	“debe <i>empezar</i> por aprender á cumplir los deberes de <i>ama de casa</i> ; luego los de la <i>enfermera</i> para ser más perfecta al ocupar los diversos puestos indicados”		
	“los hombres, suavizando sus modales con el roce diario entre sus compañeros de tareas; las mujeres adquieren independencia de miras y se preparan á afrontar sus		Rol reproductivo y doméstico

	deberes en cualquier situación que el azar de la carrera las ponga”		
Enfoque trascendente	“Toda persona que intente dedicarse á esta noble carrera, debe estar dispuesta y preparada para hacer un <i>trabajo material pesado</i> , para tener abnegación y paciencia, saber obedecer, someterse resignadamente á continuas contrariedades y ver diariamente escenas y cumplir tareas que son desagradables y repugnan á toda persona de sentimientos delicados; pero si está resuelta á ello por amor á su profesión, nunca se arrepentirá de ejercer esta noble carrera tan llena de pruebas que harán resaltar más las condiciones personales de virtud y caridad”	Cecilia Grierson	Carácter pietista, vocacional Óptica recurrente en los textos de formación
	“A menudo tiene el enfermero, no sólo la <i>responsabilidad</i> del enfermo, sino de la casa, establecimiento ó punto en que está, respecto á la higiene, economía y moralidad que comprende múltiples y variados <i>deberes</i> ”		Doble objetivo: vincular la teoría con la práctica sin dejar de lado los preceptos morales del cuidado
Medioambiente laboral	“algo hemos conseguido en su favor dentro de los hospitales: ya no tienen treinta horas continuas de guardias, cada dos días, como sucedía antes en algunos hospitales; no duermen en caballerizas, sótanos ó salas de enfermos; ya se les da uniforme y en algunos hospitales se les ha mejorado la comida, en local y hora apropiados; habiéndose también aumentado el personal”	Cecilia Grierson	Mejoras implementadas a partir de la educación formal
	“5.º Dormirán á lo menos seis horas al día, tratando de que cada tercera noche puedan dormirla por entero, sin interrupción, alejadas de sus enfermos y en un paraje sano”		Deberes para el ejercicio del rol

Provecho de la instrucción	“el ayudante inteligente del médico, no sólo en el momento en que éste está al lado del paciente, sino principalmente en su ausencia, en que debe saber prestar primeros auxilios en casos de necesidad y conocer cuándo es necesario la presencia de un médico”	Cecilia Grierson	Necesidad de la capacitación para la fundamentación de cuidados
Conocimiento procedimental	“Las condiciones de carácter son verdaderamente necesarias para el ejercicio de la profesión de enfermero ó masajista; ser perseverantes y pacientes, bondadosos y firmes, ordenados, verídicos y responsables [...] Luego, necesitan ciertas aptitudes intelectuales”		Balance entre el conocimiento y aspectos actitudinales
		“Debe ejercitarse diariamente al lado de los enfermos, aplicando los conocimientos adquiridos en la enseñanza técnico-práctica”	Vinculación teoría – práctica para la formación
Ética del cuidado	“Ya sea en un hospital, sanatorio ó consultorio, debe el enfermero tener gran cuidado con los medicamentos, pues un descuido ó error en administrar una substancia por otra ha dado lugar, más de una vez, á deplorables y fatales consecuencias”	Cecilia Grierson	Pericia en la realización de procedimientos para “no dañar”

Nota. Análisis de variables presentes en “Cuidado de Enfermos (1912)”. Adaptado de: p.108 – 109. Capítulo tercero. La categorización. Bardin,1986.

Los párrafos seleccionados en la tabla 3 incluyen categorías presentes en la etapa pre-profesional (Hernández Martín et al. 1997). Se incorporan aspectos relativos al género, influencia de la especialización y la modernidad de la atención en salud. La tríada terapéutica es considerada dentro del *deber* al igual que el mejoramiento de las condiciones de trabajo.

2.3. Comentarios finales

En los albores del siglo XX comenzó la Enfermería como profesión. Eventos epidemiológicos instaron a las autoridades sanitarias a considerar a los *colaboradores* algo más que meros *mandaderos* o siervos de la hegemonía médica. Según Hernández Martín y colaboradores (1997), una profesión comienza a surgir cuando ciertos individuos observan una necesidad social y se comprometen a cubrirla.

Ceciilia Grierson detectó esa necesidad y tomó una ruta que dejó un sello personal que perdura hasta la actualidad.

[...] “En la Escuela no se instruye, sino que se educa á los concurrentes, preocupándose de que los alumnos y las alumnas perfeccionen sus condiciones físicas (actividad, aseo, etc.), intelectuales (espíritu de observación, previsión), y tengan conocimientos de escritura (ortografía, aritmética, etc.), y se formen buenos hábitos domésticos necesarios para la carrera” [...] (Grierson, 1912, p. 772).

La fundación de la EEEYM en 1886 tuvo como objetivo garantizar el nivel profesional de un grupo ocupacional mediante la vinculación de los aspectos teóricos con las actividades manuales, la generación de relaciones con profesiones ya reconocidas y el mejoramiento del medioambiente de trabajo otorgando estatus social a la profesión.

[...] “No es dando conferencias, ni extendiendo diplomas a granel, con lo que se modifica la situación; ni considerando que la práctica rutinaria de largos años, da el saber necesario; ni que el más eximio ayudante de un médico ó cirujano, es garantía de buen enfermero: porque entonces lo sería, en alto grado, un practicante de medicina, cuando en general lo es muy mediocre” [...] (Grierson, 1912, p. 827).

El trazado de un perfil profesional se convirtió en un desafío y una preocupación para el ámbito de la educación formal. Entre los riesgos para los profesionales

en formación se encontraba el engranaje sanitario: las direcciones de los hospitales no consideraban necesaria la profesionalización del recurso humano.

Proponer mejoras en el medioambiente laboral fue una de las medidas pioneras del proyecto de Grierson: retirar a los antiguos enfermeros de las caballerizas, instruirlos en aspectos teóricos-procedimentales-actitudinales, fomentar la capacitación continua y el respeto por el desempeño del rol. La provisión de materiales de trabajo, uniforme distintivo, nutrición y de momentos de reposo permitió incorporar a la fuerza de trabajo cambios en los perfiles ocupacionales.

Una educación laica, pública y mixta en una época donde las mujeres disponían de escasas herramientas que les permitieran una independencia representa un notable progreso. Las cualidades que eran patrimonio del género femenino favorecían, según Grierson, el ejercicio de la profesión.

La brújula utilizada por la EEEYM fue la experiencia anglo-americana, cuyos documentos utilizados para la formación de enfermeros/as fueron adaptados al contexto clínico local, con coordenadas pedagógicas (Hernández Conesa et.al. 2013) precisas y fundamentadas.

Interrogantes relacionados con la identidad, el ejercicio del rol y la feminización de la propuesta formativa, generaron continuidades en las representaciones sociales que persistieron en décadas posteriores.

3. Tensiones, rupturas y continuidades en el camino de la profesionalización

3.1. Las enfermeras: colaboradoras de los médicos, auxiliares, trabajadoras, profesionales

La década de 1930 será un momento peculiar de mixtura y coexistencia de posturas respecto de los derechos políticos femeninos. En este contexto la vinculación con la vida electoral y las movilizaciones políticas parecen haber acicateado a las mujeres en pos de la lucha partidaria. Las socialistas escribieron desde su prensa, *Vida Femenina* críticas al sistema electoral imperante. El movimiento de mujeres radicales organizó comités que se desperdigaron por toda la provincia de Buenos Aires y tuvieron una contundente prédica feminista (Rammacciotti y Valobra, 2012).

En los años '40 se produce un proceso de industrialización en la República Argentina. Con el ascenso del peronismo, sectores populares antes marginados comienzan a participar activamente. Las mujeres obtienen la posibilidad de voto que permite su participación en ámbitos antes vedados para el género (De Titto et al. 2004).

La llegada del peronismo al gobierno significó el comienzo de una transformación en la situación sanitaria. En 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública de la Nación (Ministerio desde 1949), que reemplazó al Departamento Nacional de Higiene. Este organismo fue dirigido por el Dr. Ramón Carrillo quien junto con la Fundación Eva Perón fueron los encargados de llevar adelante las ideas de justicia social del gobierno peronista (Panella, Cipolla, Macek, Martínez, Régolo y Vásquez, 2015).

Los nuevos actores que emergen en la escena política alegan disponer de la capacidad de gobierno necesaria para fomentar el crecimiento económico y la integración social. No obstante, reproducen un legado recurrente en la sociedad argentina del siglo XX: la fragmentación les impide actuar de manera unificada. Aparece la construcción de nuevas agencias estatales que toman a su cargo cuestiones vinculadas con la salud/enfermedad/atención médica. En ellas toma cuerpo una consigna formulada en términos militares que tendría amplia difusión en los años veinte y treinta: *unidad de comando*. Lo técnico es utilizado como instrumento de poder político (Belmartino, 2005).

Algunos de esos cambios incluyeron la denominación de “enfermeras diplomadas” en vez de “nurses” para las egresadas de la Escuela de Enfermería “Cecilia Grierson” (1944). Las damas de beneficencia fueron desplazadas en 1946 de sus funciones en hospitales. De esta manera, el Ministerio de Salud Pública de la Nación, impulsó políticas sanitaristas (De Titto et al. 2004).

En mayo de 1946, la creación de la Secretaría de Salud Pública con jerarquía de Ministerio introduce un actor que por mucho tiempo conservará una presencia simbólica en el pensamiento sanitario argentino: Ramón Carrillo, quien formó parte de un proceso histórico que lo tiene como protagonista de primer nivel por la fuerza de sus convicciones y la coherencia de sus propuestas (Belmartino, 2005).

Según Morrone (2014), la gestión del primer ministro de salud argentino Ramón Carrillo impulsó el desarrollo de la profesionalización en Enfermería, entendiendo que era un eslabón necesario para cumplir una misión dentro del proyecto del primer gobierno peronista.

En la propuesta de Carrillo la organización del sistema de servicios se definía según el concepto de región sanitaria, que suponía la coordinación de los establecimientos por área geográfica de acuerdo con su nivel de complejidad y población a cargo. Se producía entonces la integración de diferentes aspectos de la práctica asistencial: médico – ambulatoria, médico – sanitaria y médico – social, con incidencia sobre el individuo, su familia y el medio ambiente (biológico, biofísico y social). Fue criticada en su época por centralizadora y medicalizante. El Ministerio reivindicaba jurisdicción sobre toda actividad que pudiera influir en las condiciones de salud de la población. Así, la medicina asume un papel modelador de conductas individuales que se supone eficaz para la transformación social (Belmartino, 2005).

Durante los años peronistas la formación de enfermeras quedó asociada al mundo de las mujeres. Esta situación no produjo un quiebre con la visión patriarcal, ya que se siguieron reproduciendo esquemas jerárquicos y bipolares (Ramacciotti y Valobra, 2008, p.146).

Diferencias en la socialización de varones y mujeres contribuyen a delinear la visión acerca de sí mismos, sus posibilidades laborales, tipos de empleos y

expectativas. Las clasificaciones científicas se instalaron en el lenguaje médico para designar a los cuerpos femeninos colocando a las mujeres en lugares idealizados, fijos e inmutables. El proceso de feminización del mercado laboral de la época se refiere al incremento de la participación femenina en el ámbito del trabajo (Ramacciotti y Valobra, 2015). Numerosas mujeres aceptaron ocupar cargos de enfermeras, mucamas, visitadoras o secretarias en los servicios hospitalarios, atraídas por un exiguu salario o por la esperanza de obtener un cargo efectivo. Esas actividades se caracterizaron por compartir la lógica del sacrificio y se convirtieron en tareas para mantener sueldos bajos o *ad honorem*. Concepciones del trabajo femenino como complementario del presupuesto familiar sostenido por los varones reforzaron el mantenimiento de salarios inferiores (Ramacciotti y Valobra, 2015, p.291).

Las fuentes documentales de la Enfermería son profusas en el período 1946 y 1955, dando cuenta de la presencia de las mujeres en la escena pública (Ramacciotti y Valobra, 2008).

Una experiencia formativa particular surgió en el año 1937 con la fundación de la Escuela de Nurses del Hospital Campamento Central de la petrolera Standard Oil Company en la ciudad de Tartagal - ESSO (Provincia de Salta), que tenía por objetivo brindar atención de salud para los empleados y sus familias. Incorporó como novedad (anterior al surgimiento de la propuesta de Carrillo) la formación en salud pública. La primera directora fue Cecilia Benet, procedente del Hospital Británico contratada por la empresa (Moi de Segal y Padula, 2002). Del primer curso se graduó Celestina Aponte Rioja quien más tarde y durante al menos una década dirigió la escuela y fue becada por la compañía petrolera para completar sus estudios en Estados Unidos (Martín, 2012).



Figura 14. Imágenes de la Escuela de Nurses. Adaptado de: *Enfermería y sus tiempos. Relato histórico en contexto local, nacional e internacional*. Moi de Segal y Padula, 2002. Biblioteca del Hospital Británico de Buenos Aires

La instrucción se dirigía hacia el desarrollo de comportamientos compatibles con la disciplina en el ámbito hospitalario, el estudio y establecimiento de relaciones armoniosas con la comunidad (Moi de Segal y Padula, 2002).

En una entrevista realizada a Hermosinda Eguez de Campos (Carrazan, 2006), la protagonista relata de la siguiente manera su paso por la Escuela de Nurses:

[...] “un ejemplo en cuanto a la aplicación de las normas de medicina del trabajo. La escuela de enfermería más antigua de nuestro país se basó en los programas de enseñanza de la escuela de enfermería del área norte; no es casual que fuera fundada por una querida compañera de egreso Mercedes López y el médico sanitarista jujeño Carlos Alvarado, quien trabajó junto a Ramón Carrillo” [...] (Carrazan, 2006, p. 106).

El acceso a un aprendizaje innovador para la época y las favorables condiciones de alojamiento y convivencia (figura 14), convirtieron a esta institución (ESSO-Tartagal) en una oportunidad atractiva para jóvenes de todo el país, de distintas edades y niveles sociales con el objetivo incorporarse a una profesión con futuro (Moi de Segal y Padula, 2002).

De esta manera, la Enfermería se convertía en una “profesión atajo” para conciliar el mundo femenino y el mundo laboral (Martín, 2012). Referido a los

criterios de selección, podemos identificar aspectos relacionados con la estética femenina que serán una constante en el período 1930 – 1960.

Eguez de Campos justifica la selección y los criterios de salud necesarios para el ingreso a la institución:

[...] “Yo era muy flaquita, ese era mi problema. Hasta el cura del pueblo tuvo que intervenir para que me aceptaran porque estaba firme en mi decisión. Claro que no me equivoqué porque no sólo entré sino fui la abanderada”, recuerda con orgullo [...]

[...] Sucedió que en una zona donde enfermedades como la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla, las parasitosis y hasta una epidemia de viruela como la que en el año 1940 había golpeado con dureza a las poblaciones norteñas, se requería de jóvenes saludables” [...] (Carrazán, 2006, p. 103).



Figura 15. Enfermeras de Standard Oil. Adaptado de: p. 103. *Hermosinda Eguez de Campos* “Dediqué mi vida a aprender y enseñar enfermería”. Carrazán, 2006. Petrotecnia.

Las egresadas tenían la oportunidad de quedar vinculadas laboralmente con la empresa en servicios nacionales e internacionales (Moi de Segal y Padula, 2002).

En el campamento de Tartagal se tenían en cuenta competencias morales y pietistas. Eguez de Campos (Carrazán 2006) recuerda de la siguiente manera las normas de conducta y ejercicio del rol (figura 15):

[...] “Teníamos una disciplina religiosa y casi militar y no debíamos relacionarnos sentimentalmente con ningún compañero de trabajo, por lo que preferentemente debíamos ser solteras” [...] (Carrazán, 2006, p.104).

[...] “no tenía día ni horario. Sabíamos que ante cualquier circunstancia debíamos salir del Campamento Central a cualquiera de las áreas de trabajo, en el norte, en el sur, o de ser necesario fuera del país. Pero el servicio de salud no era sólo para la gente que trabajaba en la ESSO sino para toda la población, la familia extensa de la compañía,

porque era la única manera de tener un control de las enfermedades tropicales que assolaban la región” [...] (Carrazán, 2006, p.104)

Incorporar asignaturas relacionadas con la salud pública se fundamentaba en las características peculiares de la región y en las condiciones laborales de los empleados. La necesidad de formar enfermeras se justificaba en la atención a los trabajadores y la expansión de la empresa en el territorio nacional.

En 1959, por cambios en la política petrolera del país, la ESSO dispuso el cese de actividades de la Escuela de Nurses en Tartagal. La última graduación de enfermeras fue en 1960 (Moi de Segal y Padula, 2002).

La Escuela de Enfermería dependiente de la Secretaría de Salud Pública, es creada en el año 1947 durante el primer gobierno de Perón y la gestión de Carrillo. Fue pensada como un espacio de capacitación para las mujeres relacionado con la enfermería y la divulgación sanitaria (Ramacciotti y Valobra, 2015). El peronismo se propuso redefinir los perfiles de algunas profesiones en las que, como en el caso de la Enfermería, se destacaba la vocación de servicio. Ciertas ideas del catolicismo vinculadas con la ayuda al prójimo influyeron para acercar las personas a la vocación (Ramacciotti y Valobra, 2008).

Un informe de la Comisión de Cultura Sanitaria perteneciente al año 1947 llamaba a contar con profesionales capacitados.

[...] “contar en lo que atañe a su aspecto asistencial, con el número suficiente de personal capacitado para actuar en forma verdaderamente útil a la colectividad, tanto en la época normal o de siniestro, epidemia, etc., como que es propósito de la Secretaría de Salud Pública de la Nación, de solucionar el problema referente a la falta de personal idóneo en las distintas ramas auxiliares de la medicina y otras de vital importancia descuidados hasta el presente, coincidente con los deseos expresados por el Excelentísimo señor Presidente de la Nación” [...] (Secretaría de salud pública, 1947, p.3)

El esquema pautado por Carrillo era que una enfermera atendiera cuatro camas, por lo que un hospital de cien camas necesitaría como mínimo veinticinco enfermeras. La problemática sanitaria hizo necesario programar intervenciones estatales de modo que la profesión no quedara librada al voluntarismo individual o al empirismo (Ramacciotti y Valobra, 2008).

Algunas de las preocupaciones de Carrillo fueron planteadas con anterioridad por Cecilia Grierson: idoneidad, profesionalismo, ayuda a la profesión médica. Sin embargo, no existió una política estatal nacional que dirigida a la unificación sistemática de los profesionales hasta el advenimiento del peronismo.

Entre las medidas para generar políticas nacionales se planteó la necesidad de conocer de manera estadística el estado del recurso humano en salud y trazar perspectivas futuras.

[...] “La falta de enfermeras asistenciales, se agudiza con la futura habilitación hospitalaria, programada en el Plan Quinquenal. De un número aproximado de 20.000 enfermeras que serían indispensables, tan solo contamos con alrededor de 8.000 muchas de ellas sin título habilitante y carente de las aptitudes indispensables para llenar inteligentemente el complemento de colaboración del servicio médico” [...]

[...] “debemos elevar el número de enfermeras por lo menos a 45.000, lo que es solo posible llevando una acción inmediata y coordinada con: la Dirección General de Sanidad del Ejército, la Dirección General de Sanidad de la Armada, con el Comando de Defensa Antiaérea Pasiva del Interior y con la Cruz Roja Argentina.

A estas 25.000 enfermeras que van a constituir la reserva para los casos de emergencia, considero que se las debe formar como enfermeras en salud pública para que trabajen como tales en tiempo de paz y que son imprescindibles para la organización de la medicina preventiva que forzosamente habrá de hechar¹⁴ mano de ellas, pues sus conocimientos implican el de la enfermera asistencial, además de su especialización en dicha materia” [...] (Secretaría de salud pública, 1947, p.4-5)

La escasez del recurso humano continúa siendo una preocupación para sectores intra y extraprofesionales. Diferentes iniciativas a lo largo de la historia intentarán de manera infructuosa aumentar las filas de una disciplina de alto valor social con riesgo de atomización en las titulaciones.



Figura 16. Enfermeras de salud pública (11-04-1947). Adaptado de: Archivo General de la Nación, 2016.

El plan de estudios de las enfermeras de salud pública consideraba la importancia de incluir mujeres cultas para la realización de las tareas de “colaboración” (Figura 16).

[...]” El campo profesional de la enfermera, debe ser para mujeres cultas porque poseen en más alto grado las aptitudes para afrontar los graves problemas que se les plantearía en cada momento, con un concepto superior de su responsabilidad, para llegar a resolverlos. Como enfermera de Salud Pública, llegará donde el médico no lo hace y en paciente lucha en el interior del hogar, transformará los hábitos de la vida insalubre en la mejora gradual del ambiente físico e higiénico de la familia. La enfermera debe ser siempre la colaboradora profesional del médico, no su ayudante, ni mucho menos su sirviente.

Lógicamente esta renovadora medida de educación para el personal auxiliar de la medicina, debe estar reforzada por el estímulo de la conciencia profesional en la población, que despierte el interés por esta carrera” [...] (Secretaría de salud pública, 1947, p.6).

Preocupaciones referidas a la presencia, educación y conocimientos de economía familiar persisten en el discurso de la Secretaría de Salud Pública (posteriormente convertida en Ministerio). No sólo era necesario que las mujeres pudieran leer y escribir sino también, a partir del conocimiento de las tareas del hogar (propias de la condición femenina) ser factores de cambio para la salud de la población. Si bien se señala que serán colaboradoras o auxiliares de la tarea médica, es importante que puedan ejercer su rol en caso de ausencia de los galenos. El término auxiliar proviene del latín *auxiliare* de *auxilium*: auxilio, ayuda, apoyo, socorro, amparo. También puede significar subsidiario, complementario y adicional (Gómez de Silva, 1998, p.95).

La feminización hace referencia a la participación de las mujeres en el ámbito de trabajo. En los párrafos anteriores pueden identificarse fenómenos asociados a la manera en que los estereotipos sexuales se ponen en juego en el mercado laboral, esto es, la condición femenina ligada al trabajo liviano, fácil, limpio, paciente y minucioso (Ramacciotti y Valobra, 2015). Estas se ven reflejadas en la diferenciación de tareas en función del sexo para la Comisión de Cultura Sanitaria.

[...]”La Comisión ha formado criterio que el servicio auxiliar de la medicina, relacionado con la enfermería, debe estar en su mayor parte a cargo de enfermeras, dejando por el

momento al sexo masculino la parte asistencial de los servicios mentales, urinarios y de las fuerzas armadas. Cuando el clima sea propicio, se hará la sustitución por mujeres, dado que su condición biológica, y natural benevolencia las hace felizmente eficaces en la atención del sufriente, y más accesible su penetración en los hogares para impartir sus conocimientos sanitarios” [...] (Secretaría de Salud Pública, 1947, p. 7).

Enfermería se convertía en una profesión femenina con una fundamentación biológica y moral que permitía ejercer las actividades de colaboración con eficacia.

Un aspecto innovador de la propuesta pedagógica era el aprendizaje progresivo, la especialización y los contenidos relativos a la organización sanitaria del país.

[...] “El plan de estudios se unificará en forma progresiva a medida que se lleven los recursos necesarios a las escuelas inferiores” [...]

[...] “(Se) desarrollará en tres años [...] La aprobación de los exámenes teórico-prácticos habilitará para obtener el título básico de enfermera en Salud Pública” [...]

[...] “Partiendo del título básico aludido y después de un curso de un año de duración, se otorgarán títulos de otras especializaciones de las diversas ramas de la enfermería” [...] (Secretaría de Salud Pública, 1947, p. 7).

Las Escuelas de Enfermería que funcionaban en la Argentina eran, para el año 1947, las siguientes:

[...] “La Secretaría de Salud Pública de la Nación tiene reconocidas en la actualidad, diez Escuelas de Enfermeras; otras cinco hacen sus trámites en procura de ese requisito”.

“En el orden municipal funciona y diploma enfermeras la Escuela Dra. Cecilia Grierson” [...]

[...] “En el privado se destaca, la Escuela de la Standard Oil Company con asiento en Tartagal (Salta), que prepara un número muy reducido de enfermeras, a quienes les asegura un trabajo remunerativo en cualquiera de los campamentos de la Compañía dentro y fuera del país”.

“Como modelo debemos mencionar la del Hospital Británico de esta Capital.

Sin internado funcionan en el país 31 Escuelas de Samaritanas, 19 de Enfermeras y 2 de Enfermeros, dependientes de la Cruz Roja Argentina” [...]

[...] “El criterio moderno de la carrera de enfermera exige la implantación de la Escuela Internado, que traerá como ventaja para la alumna la aplicación total de su tiempo en los estudios y prácticas de enfermería.

Para llegar al objetivo propuesto, consideramos como primer punto formar los núcleos de instructoras y enfermeras de elevada cultura, que sirvan de base para orientar esta rama de la enseñanza en todas las escuelas que actualmente funcionan” [...] (Secretaría de Salud Pública, 1947, p. 9).

La modalidad escuela- internado beneficiaba el acceso de aspirantes de diferentes regiones del país a la posibilidad de capacitación y un futuro laboral promisorio. María Eugenia Álvarez (Instituto de Investigaciones Históricas Eva Perón, 2010), relata modificaciones a las condiciones de trabajo incorporadas por el gobierno peronista que significaron la dignificación de las tareas de Enfermería.

[...] “Respecto al Hospital ¡se imaginan! El General Perón ya era presidente, por supuesto. Llegaron finalmente las ocho horas, los nombramientos, los sueldos, los francos, porque perdón, pero nosotros teníamos un franco una vez al mes” [...] (Instituto de Investigaciones Históricas Eva Perón, 2010, p. 26).

El acceso a la capacitación y la incorporación de las mujeres a la vida laboral fueron banderas del peronismo que resultaron favorecedoras en el incremento de las matriculaciones de estudiantes.

Las aspirantes a la Escuela de Enfermería de Salud Pública debían presentar condiciones “intelectuales, morales y físicas” (Secretaría de Salud Pública, 1947, p. 15).

[...] “Ser argentina o poseer carta de ciudadanía y hablar correctamente el idioma castellano;

Poseer certificado de bachiller o maestra normal y por excepción aquellas que aprueben un examen de competencia sobre cultura general, con certificado de sexto grado como mínimo;

No ser menor de 17 años ni mayor de 32;

Ser soltera o viuda sin hijos;

Tener una talla comprendida entre 1.55 y 1.80 mts.;

El peso corporal deberá guardar relación con la talla;

Llenar los formularios reglamentarios;

Presentar autorización del padre o tutor en caso de ser menor de edad” [...]

[...] “La aceptación de la aspirante tendrá carácter condicional, por un término de tres meses” (Secretaría de Salud Pública, 1947, p. 15).

Estas cualidades eran asociadas a la creencia de que las mujeres trasladarían sus instintos y dotes maternas al cuidado de enfermos (Ramacciotti y Valobra, 2008). Los aspectos biológicos y actitudinales asociados a la condición femenina eran favorecedores para la realización de tareas vinculadas al rol. El perfil se completaba con aptitudes culturales de las futuras alumnas, quienes eran bienvenidas cuando contaban con título de maestra.

En consonancia con los requisitos de ingreso se enumeraban los deberes de las alumnas.

[...] “Cumplir con todas las reglamentaciones y órdenes vigentes de la Escuela, demostrando espíritu de disciplina y sentido de colaboración con las autoridades” [...]

“Es deber de la alumna tratar con el mayor respeto a sus superiores, no expresarse nunca en términos desconocidos ni criticar sus actos; la discreción es una de las grandes virtudes que debe caracterizar a la enfermera;

Cuidar debidamente el aporte e higiene del uniforme, el que será costeado por la alumna. El lavado y conservación del mismo correrá por parte de la Escuela” [...]

“Le será concedido dos (2) permisos mensuales para salir de noche, debiendo regresar antes de la 1. Se llevará un registro donde quedará consignado: la autorización del padre o tutor si fuere menor de edad, hora de salida y de regreso, nombre de los acompañantes y lugar donde concurre” [...] (Secretaría de Salud Pública, 1947, p. 22).

Los mecanismos de control formal se orientaban al objetivo de modelar conductas no sólo en aspectos laborales/profesionales sino también morales/actitudinales. Era necesario que las estudiantes aprendieran normas de higiene, modales sociales y culturales.

Estas normas de conducta se reflejaban en el diseño de los uniformes (figura 17) que usaban las enfermeras: austeros, sin adornos, que variaban según el contexto de uso (hospital o vía pública). Su utilización por parte de las estudiantes y futuras profesionales las diferenciaba del resto de los actores del sistema sanitario, identificándolas a los ojos de la población.

Un aspecto digno de mención que marcaría la diferencia (y las posteriores tensiones) con la propuesta de la Escuela de Enfermeras – Fundación Eva Perón fue la participación en actos públicos.

[...] “No podrá distraerse el tiempo destinado para la enseñanza de las alumnas, en la concurrencia a desfiles, concentraciones y demás actos públicos” (Secretaría de Salud Pública, 1947, p. 16).



Figura 17. Uniformes de las Enfermeras de salud pública. Adaptado de: pp. 58 – 60. *Escuela de Enfermería de Salud Pública*. Secretaría de Salud Pública, 1947.

El programa de enseñanza (3 años) comenzaba con asignaturas troncales como anatomía y fisiología pasando por enfermería quirúrgica (segundo año). En el último año se ofrecían las especialidades: ginecología, obstetricia, pediatría. La materia común a los tres años era “Arte de la Enfermería”, que desarrollaba aspectos técnico-procedimentales. “Historia de la Enfermería”, correspondía sólo al primer año del programa de enseñanza, situación que se repite en las curriculas profesionales.

“Historia de la Enfermería” incluía 4 bolillas frente a las 15 de “Farmacología y Toxicología” o las 8 de “Psicología”. Los contenidos estaban organizados de manera gradual: las primeras bolillas desarrollaban temas acerca de los orígenes de las profesiones médicas y la última se refería a la Enfermería en América y Argentina (Secretaría de Salud Pública, 1947).

Un año posterior a la Reglamentación de la Escuela de Enfermeras (Secretaría de Salud Pública, 1947) surge la Fundación Ayuda Social María Eva Duarte de Perón (Pérgola, 2012). Entre sus objetivos se encontraban:

[...] “otorgar becas para estudios universitarios y especializados a toda persona carente de recursos y que, a juicio de la fundadora, merezca ser otorgado” [...]

[...] “Crear y/o construir establecimientos educacionales, hospitalarios, recreativos o de descanso y/o cualesquiera otros que permitan una mejor satisfacción a los elevados fines que persigue la institución” [...] (Castiñeiras, 2010, p. 11).

En el año 1950 la *Escuela de Enfermeras* se integró a la Fundación, adquiriendo una sede definitiva en Buenos Aires para el dictado de sus clases teóricas (Castiñeiras, 2010). María Eugenia Álvarez recordaba la obra de la Escuela de Enfermeras y las características de la propuesta pedagógica (así como sus diferencias con los programas de, por ejemplo, la Sociedad de Beneficencia, anteriores al gobierno peronista).

[...] “con la Fundación se dignificó el trabajo de la enfermera [...] teníamos un plan de estudios de primer nivel. Eso queda demostrado en nuestras egresadas, actualmente en su mayoría son Licenciadas en Enfermería por la Universidad de Buenos Aires, han sido jefas de servicio de los hospitales más importantes del país, otras hoy en día son directoras de escuelas de enfermería de primer nivel, realmente verdaderas profesionales. En ese momento Evita planeó la profesionalización pero no pudimos alcanzar la licenciatura” [...] (Instituto Nacional de Investigaciones Históricas Eva Perón, 2010, p.59).

Durante el período 1949 – 1955 egresaron 1.279 enfermeras, 848 completaron el posgrado y 432 las diversas especializaciones. La Escuela se organizó bajo la dirección de Teresa Fiora. El plan de estudios tenía doce asignaturas distribuidas en dos años de cursada. Las estudiantes podían ser internas o externas y los requisitos eran tener 16 años de edad y escolaridad primaria (Panella et al, 2015).

Álvarez recordaba el paso de las alumnas externas de la siguiente manera:

[...] “Fue muy importante la incorporación de dos maestras” [...] “Las alumnas que venían de otras provincias tenían problemas serios para redactar teniendo en cuenta las reglas ortográficas, de allí que estas maestras, muy didácticas y amables, se dedicaron a darles una hora extra de clases durante días” (Instituto Nacional de Investigaciones Históricas Eva Perón, 2010, p.55).

La propuesta formativa contemplaba la diversidad del alumnado incluyendo clases de diversa índole: conducción de vehículos (ambulancias, motocicletas, jeeps y camiones) y prácticas hospitalarias en diferentes especialidades (Panella et al, 2015). El plan de estudios incorporaba prácticas de deportes y entrenamiento con perros de rescate para auxilio en emergencias (figura 18). En cuanto a los uniformes eran internos, de gala y de labor (Morrone, 2013).



Figura 18. Fotos de las enfermeras de FEP en diferentes actividades. Adaptado de: *Fundación Eva Perón. Escuela de Enfermeras*. Secretaría de Prensa y Difusión, 1955. Original, biblioteca de la tesista.

Los vínculos entre la escuela de Carrillo y la FEP sucedieron según Ramacciotti y Valobra (2008) en tres etapas:

1. 1948-49. Complementariedad y colaboración.
2. 1950-51. Tensiones y superposiciones en el área de intervención.
3. Desde la muerte de Eva Perón (1952) hasta la renuncia de Carrillo en 1954. Antagonismo institucional.

Carrillo consideraba que no era necesario apelar a la centralización de la educación en Enfermería. Todo hospital estaba capacitado para la formación de profesionales. En contraste con esta propuesta, Eva Perón deseaba que en un futuro la escuela de enfermeras fuese administrada por la Confederación General del Trabajo (CGT). La FEP tenía una postura crítica con la Escuela de

Enfermeras de Cruz Roja y los cursos universitarios. Para Eva Perón, la oscuridad política encontraba su paralelo en el campo sanitario, donde la población era olvidada y se discriminaba según el origen social (Ramacciotti y Valobra, 2008, p. 131). Un punto de comunión entre la propuesta de la FEP y del ministerio de salud pública (MSP) era la necesidad de profesionalizar la Enfermería, pero las concepciones de ambas instituciones acerca del modo de concretarlo difirieron y colisionaron impidiendo la unificación. Las propuestas programáticas tenían metas diferentes, así como el perfil de los docentes y estudiantes (Ramacciotti y Valobra, 2008).

Los programas del MSP tenían una pesada carga teórica evidenciada en la cantidad de asignaturas y horas de clase. Una de las materias que atravesaba el programa de estudios era “Arte de la Enfermería”, impartida exclusivamente por enfermeras. Ofrecía aspectos de cordialidad hacia el paciente y nociones prácticas (armado de equipos, tendido de cama, etc). Cualidades como la amabilidad, los consejos suaves y el uso de la cortesía eran consideradas estrategias adecuadas para el manejo hospitalario (Ramacciotti y Valobra, 2008).

El plan de estudios de la Escuela de la Fundación Eva Perón se extendía en tres años, luego de los cuales la estudiante podía optar por una especialización de posgrado. En contraste con el MSP las materias estuvieron centradas en temas médicos y políticos. Ejemplo de ello fueron asignaturas como “Formación Política”, “Defensa Nacional” y “Calamidades Públicas” (Ramacciotti y Valobra, 2008, p.135). La inclusión de estas materias justificaba la preparación especial en rescates con perros, manejo de vehículos y conocimientos para el socorrismo en zonas inhóspitas.

“Formación Política” pasó a denominarse “Doctrina Peronista” en el segundo gobierno de Perón (1952 - 55). Esta situación respondía, según Ramacciotti y Valobra (2008) a un proceso de verticalización y adoctrinamiento partidario que había comenzado en 1949 (figura 19). Tendencias de unificación colocaban al líder de gobierno en una posición privilegiada (Ramacciotti y Valobra, 2008, p.135).



Figura 19. Foto de propaganda de FEP – Escuela de Enfermeras. Adaptado de: *Fundación Eva Perón. Escuela de Enfermeras*. Secretaría de Prensa y Difusión, 1955. Original, biblioteca de la tesista.

La participación en actividades políticas era otra diferencia respecto a la propuesta del MSP. Sin embargo, la politización no resignaba aspectos relativos a la formación técnica.

En el cuadro superior derecho de la figura 19 se puede leer:

“Bajo los pliegues del símbolo de amor, valor y sacrificio se cobija la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón, creada por el espíritu de la Jefa Espiritual de la Nación”. (Secretaría de Prensa y Difusión, 1955).

El aprovechamiento de profesiones de alto valor social para su vinculación con políticas de gobierno se convertía en una oportunidad para un movimiento de corte popular. Del paternalismo médico al estatal, no sería la única vez en que aspectos simbólicos de la Enfermería quedarán impresos bajo el manto proteccionista de una entidad con categoría “superior”.

Las ideas de adoctrinamiento también pueden observarse en la segunda foto de la figura 18, que mostraba una clase de instrumentación quirúrgica impartida por un médico. Detrás de la escena pedagógica puede leerse pintado en la pared:

“Nuestro ejemplo Eva Perón. Abnegación, desinterés y amor”. (Secretaría de Prensa y Difusión, 1955).

El género femenino presentaba características que le permitían ejercer las cualidades necesarias de la profesión: desinterés, amor, valor, sacrificio. La óptica pietista perduraba en las representaciones del rol y trascendía los ámbitos religiosos para incorporarse a los públicos.



Figura 20. Adaptado de: *Fundación Eva Perón. Escuela de Enfermeras*. Secretaría de Prensa y Difusión, 1995. Original, biblioteca de la tesista.

En el margen inferior izquierdo de la figura 20 se hace referencia a estas cualidades específicas de la condición femenina y se pueden trazar ciertas características de una óptica trascendental (García Martínez MJ, 2004) alejadas del marco religioso, pero con ciertos elementos comunes.

“El cuadro que observa la nueva alumna es todo un símbolo. Porque es en la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón donde se realiza uno de los experimentos sociales más humanos, capacitar a la mujer para aliviar el dolor” (Secretaría de Prensa y Difusión, 1955).

El peronismo articuló hasta la crisis con la jerarquía eclesiástica en 1954 el discurso religioso como si fuera propio (Ramacciotti y Valobra, 2008).

En el caso de la escuela del MSP, el discurso religioso podía verse en la “ceremonia de las tocas” que era presidida por un sacerdote y con la compañía de madrinas. Esta ceremonia destaca el tono ritual y el simbolismo iniciático del pasaje de mujer a enfermera. Bajo un discurso racional y profesional, era posible

encontrar aspectos vinculados a la misericordia y piedad cristiana (Ramacciotti y Valobra, 2008). La ceremonia de las tocas perdurará en décadas posteriores al peronismo.

En 1951, el MSP modifica el Código de Enfermería invitando a las enfermeras a fomentar la salud pública y a participar en funciones de ciudadana mediante el ejercicio del voto. Las otras dos asignaturas de tinte político tenían por objetivo que las enfermeras se convirtieran en heroínas del orden y la salud del cuerpo social. Ya no era sólo el personal militar quien tenía que formarse para un eventual conflicto bélico, los civiles debían conocer su papel en tiempos de paz y de guerra (Ramacciotti y Valobra, 2008).

El diseño de los uniformes y la participación en desfiles como cuerpos ordenados permiten identificar elementos castrenses en la formación de las enfermeras de la FEP (Figura 18).

La Escuela de la FEP participó en viajes solidarios a otros países (Ramacciotti y Valobra, 2008) debido a que la instrucción posicionaba a las enfermeras en un lugar de privilegio frente a otras propuestas formativas.

En cuanto a la relación enfermería-trabajo, si bien esta sufrió transformaciones durante el peronismo, la superposición de significados, las tensiones entre las propuestas formativas y la posterior interrupción del proyecto con la Revolución Libertadora (1955) no contribuyeron a la ampliación de derechos de las enfermeras (Ramacciotti y Valobra, 2008).

3.2. Primer Congreso Argentino de Enfermería (1949)

En el año 1949 se realizó en la ciudad de La Plata el primer congreso argentino de Enfermería (figura 21). El logo fusionaba elementos de la historia de la profesión (lámpara de Nightingale), la entidad auspiciante (Cruz Roja Argentina) y símbolos nacionales (bandera argentina).



Figura 21. Logo del Primer Congreso Argentino de Enfermería. Adaptado de: p. 12. *Revista Oficial de la Filial La Plata*. Cruz Roja Argentina. 1952. Original perteneciente a la biblioteca de la tesista.

La Revista de la Cruz Roja Argentina (filial La Plata) dedicó algunos de sus números a la reproducción de las actividades realizadas durante el evento. Sus diferentes líneas permiten identificar tensiones entre la técnica, las condiciones morales y los atributos asociados a la condición femenina.

[...] “La profesión de enfermera es una vocación que impone sacrificios, deberes, fatigas y abnegación sin límites. La profesión de enfermera es un arte y como tal exige talento innato, sensibilidad y habilidad técnica.

La profesión de enfermera se basa en la ciencia; por eso requiere preparación inicial sistemática y continuo perfeccionamiento. La profesión de enfermera importa la realización de las más nobles potencias del ser humano. Para ser enfermera se ha de poseer espíritu de enfermera, que sintetizamos en tres postulados: técnica científica, sensibilidad profesional y comprensión humana”

Tales palabras fueron consignadas en el Acta que signaron las Delegaciones de veintiséis Escuelas de enfermeras de nuestro país que concurrieron, el 1º de julio de 1947, a la colación de grados correspondientes al curso de 1946, de nuestra Escuela de Enfermeras y Samaritanas” [...] (Cruz Roja Argentina, 1952, p.35)



Figura 22. Enfermeras de Cruz Roja en un homenaje a las víctimas del terremoto de San Juan. Adaptado de: p. 28. *Revista Oficial de la Filial La Plata*. Cruz Roja Argentina, 1952. Original perteneciente a la biblioteca de la tesista.

Entre las preocupaciones de las participantes del Congreso se encontraba la necesidad de la incorporación de jóvenes y la generación de medidas tendientes a generar permanencia en la formación profesional.

[...] “¿Qué detiene a esas jóvenes? La inseguridad de un título cuya prestancia suele ser empañada, desgraciadamente, por la falta de comprensión en el eco de nuestro medio ambiente científico y social. Vaya este justificado afán de perfeccionamiento para una de las más dignas carreras emprendidas por la mujer al encuentro de la comprensión y buena voluntad de los hombres, cuyo valor científico y personal llevó hacia altos destinos y a los cuales cabe el honor y regocijo de las realizaciones. Todo será cosecha, el fruto cuajará en legiones de futuras enfermeras, debidamente preparadas para la atención del enfermo y la inteligente colaboración con el médico” [...] (Cruz Roja Argentina, 1952, p.14)

En este sentido, la profesión necesitaba mejorar su imagen social para que fuese atractiva a mujeres jóvenes. Elegir la Enfermería no sólo permitía un salario sino también el “regocijo de las realizaciones”. Sin embargo, su campo de acción continuaba bajo la órbita de colaboración.

El puntapié para un mayor reconocimiento en los ámbitos científicos sólo era posible mediante la inclusión de las futuras profesionales en el ámbito académico.

[...] “La Medicina Argentina es una montaña, la Enfermería Argentina un precipicio. Tan triste conclusión nos lleva a explicarla sosteniendo que los medios para enaltecer la Enfermería, si bien es cierto que fueron dignísimos, como todo esfuerzo, carecieron de efectiva utilidad por su carácter personal y esporádico”.

“La delegación en la enfermera, por parte del médico, de tratamientos de técnicas delicadas, convierte cada vez más a aquella en **“la asistente del médico”**.”¹⁵

“Nosotras hemos venido a decir que, por “acepción de vocablos” y hechos establecidos, la Enfermería en nuestro país no será una **“profesión”** hasta que ella no emane del **“centro profesional”**: **la Universidad**. [...] (Cruz Roja Argentina, 1952, p.13)

Los desafíos para profesionalizar fueron una preocupación de las organizaciones profesionales en décadas posteriores a 1949. La necesidad de reconocimiento, especialización, desarrollo universitario y delimitación de la tarea respecto de otros profesionales persisten como discusiones intradisciplinarias.

La posibilidad de una especialización en el exterior surgió con un viaje de enfermeras a los Estados Unidos en el año 1951. Visibilizar estas posibilidades en la revista de Cruz Roja tenía por objetivo seducir a nuevas aspirantes para la elección de la profesión. Para el periplo fueron seleccionadas egresadas de la Escuela de Enfermería (MSP), de la Standard Oil, del Hospital Británico (HB) y de la Escuela de Enfermería de Cruz Roja (Figura 23).



Figura 23. Enfermeras enviadas a EEUU para especializarse en cáncer (1951). Adaptado de: p. 27. *Revista Oficial de la Filial La Plata*. Cruz Roja Argentina. 1952. Original perteneciente a la biblioteca de la tesista.

Un dato de interés reside en que no se menciona la participación de profesionales de la FEP ni de la Escuela de Enfermería “Cecilia Grierson”. Es probable que esta situación reflejara las tensiones entre Eva Perón y Ramón Carrillo. El colectivo profesional se convertía en un instrumento de utilización política afectando a sus integrantes. Ejemplo de ello es lo relatado por Morrone (2013) sobre el aislamiento, persecución y acoso laboral sufrido por las egresadas de la FEP luego de la Revolución Libertadora.

3.3. Textos de formación profesional (1939 – 1952)

Este apartado presenta textos procedentes de la búsqueda bibliográfica y el trabajo de campo que posibilitan la elaboración de categorías a la luz de fuentes primarias.

La organización cronológica de las fuentes ilustra el surgimiento y la desaparición de variables vinculadas a los procesos identitarios profesionales.

Durante el año 1939 se edita en Buenos Aires “A la cabecera del dolor. Preceptos y consejos de moral hospitalaria”. La autoría pertenece a la vicepresidenta de la Asociación Nacional de Enfermeras Diplomadas de Francia. Con un formato de bolsillo y sin ilustraciones de procedimientos o técnicas, el volumen se organiza en apartados con temas vinculados a la ética y moral cristiana. En las primeras páginas se encuentra una carta del Arzobispo de París (1935) quien define el “deber” de la enfermera como:

[...] “El primer deber de la enfermera es, sin duda, ser una excelente “auxiliar médica”, para lo cual debe adquirir todos los conocimientos indispensables, iniciarse sabiamente y resueltamente en todos los progresos que la medicina y la higiene han realizado en los últimos tiempos sobre todo.

En este punto, como en todos los otros, que nuestras enfermeras católicas, sean ejemplares” [...] (Verdier, 1935).

Los párrafos citados trazan características remanentes de la formación durante la etapa pre-profesional. El ritual iniciático, la importancia de la higiene y el segundo plano en la atención persisten, como cualidades necesarias para el ejercicio del rol. Entre los objetivos de la publicación se encontraban:

[...] “ayudar a cada enfermera a adquirir una completa formación moral” [...] (Verdier, 1935)

Con el propósito de alcanzar una formación moral que “eleve su misión a la altura de un apostolado”, el libro comprende veintiún capítulos en función de las cualidades imprescindibles para la enfermera (vocación, abnegación, obediencia, entre otros).

[...] “Existe, pues, una *moral teórica* que establece los principios, y una *moral práctica* que deduce de ellas sus consecuencias, informando la actividad humana” [...]

[...] “La moral profesional nos señala el camino de nuestro deber de enfermeras; los extremos de este camino tomarán a menudo la forma de una cruz –forma sugestiva; – ¿no debemos acaso progresar en altura y anchura, nuestros brazos no deben mantenerse abiertos a los que sufren y lloran?”

“Toda la vida cristiana, es una vida ascendente, una subida no rápida, de un aletazo, sino una ascensión, grada por grada. Hagamos de la nuestra, en medio de nuestros pacientes, una “*Scala Sancta*”.

“En Roma la “*scala sancta*” se sube de rodillas y no se baja. Por el camino de nuestro deber, no resbalemos, no descendamos jamás” [...] (RM Catalina de JC, 1939, p.14).



Figura 24. Ilustración de enfermera/novicia. Adaptado de: p. 97. *A la cabecera del dolor*.RM Catalina de JC, 1939. Copia del original en poder de la tesista.

Los preceptos indispensables para el ejercicio del rol se vinculaban de manera directa con la moral religiosa. La tarea trascendía la atención del enfermo para convertirse en una meta misional orientada al servicio.

Según Arias Bautista (2011), el cristianismo había introducido en las conciencias los valores de piedad, caridad y misericordia. Muchas mujeres se dispusieron a mitigar las penas de los desheredados y de los sufrientes entregando su vida por vocación de servicio.

Las coordenadas pedagógicas (Hernández Conesa et al, 2013) de esta publicación de 1939 tenían fuertes conjunciones con los preceptos de los hermanos obregones. Estos puntos de coincidencia, con 211 años de diferencia entre ambas publicaciones, dan idea del valor otorgado al sacrificio, la piedad, la voluntad y al enfermo como “carne de tu carne”. La marca identitaria de la

formación cenobial tuvo su extensión en diversas congregaciones e instituciones de capacitación. Dan ejemplo de ello elementos que fueron tenidos en cuenta para el diseño de los uniformes, las competencias de los estudiantes y ceremonias intraprofesionales (figura 24).

[...] “Nuestra vocación no consiste en hacer algo, no debemos decirnos sencillamente: “Tengo deberes que cumplir, algo que hacer”; es más que eso: “Tengo alguien a quien cuidar, alguien a quien puedo hacer un servicio, a quien sirvo”. Ahora bien, servir es ser útil.

¡Qué gran cosa es servir a alguien!, ved cómo se transforma la vida, ¡vuestra vida! ¡Qué alma le da! Y ese alguien, no lo olvidéis jamás, es Jesucristo mismo...”Lo que hacéis al más pequeño de los míos, a mí me lo hacéis” [...] (RM Catalina de JC, 1939, p.16 -17)

Servir tiene diversas acepciones: trabajar para otro, poner comida delante, ayudar, ser útil, ser un instrumento (Gómez de Silva, 1998, p.636). Proviene de la voz latina *servus* (esclavo, servidor). Así, el cuidado a los enfermos se convierte en una transferencia que permite el contacto con lo divino.

[...] “Además, amad vuestra vocación haciendo todo lo que dependa de vosotras para estar a la altura de vuestro cargo; nada de medianías; aspirad a ser una excelente enfermera, tan perfecta como lo permitan vuestras aptitudes.

Desarrollad vuestra inteligencia, haced trabajar vuestro espíritu, no os contentéis con obtener un diploma, aspirad a adelantar continuamente, puesto que estáis al servicio de esos seres sagrados que son los miembros dolientes de Nuestro Señor. Debéis inspirar confianza a los médicos y los enfermos” [...] (RM Catalina de JC, 1939, p.17)

Al analizar el concepto de salud pueden identificarse dos vertientes: la relativa a las representaciones históricas (definición, origen, fórmulas para remediarla) y a las funciones de los encargados de vigilarla y cuidarla con el objeto de retornar a su estado primigenio a quien padeciese una perturbación. Estas dos visiones son pertinentes a la hora de determinar la participación de la mujer en el cuidado de la salud. El cuidado se ha atribuido al hogar como una tarea más, aunque no recibiera reconocimiento, toda vez que se contemplaba como extensión de los cuidados maternos (Arias Bautista, 2011, p. 143).

Dentro del paradigma religioso para practicar el amor a Dios y a los semejantes, era importante el cultivo de cualidades fundamentales en el ejercicio de la profesión.

[...] “La primera, que en cierto modo forma parte de la vocación, es el **dominio de sí mismo**. No seáis de esas impresionables que nada las emociona, titubean y se turban en cuanto se les dirige una pregunta. Para nosotros, Religiosas, la cosa no es difícil, pues estamos familiarizadas con las palabras de la Escritura: “El justo tiene su alma en las manos”. Habituaos, pues, a poseeros; cuando os habla un doctor (están a menudo muy ocupados, muy cansados, pueden ser bruscos), escuchad hasta el fin lo que os dice, lo que os pide, y responded con claridad a la pregunta que os ha dirigido”.

“En presencia de algo imprevisto, de cualquier accidente, aunque sea trágico, dominaos, permaneced tranquilas, serenas, tratando de obrar prudentemente, sin perder tiempo. A veces un minuto puede valer una vida; tenéis a cargo vuestro vidas humanas.

Otras cualidades indispensables: **la rectitud, la lealtad [...] La abnegación [...] La resistencia [...] La discreción**”¹⁶ [...] (RM Catalina de JC, 1939, p.18 - 19)

[...] “Las enfermeras Religiosas deben poder darlo en más amplia medida, y en cierta manera sin interrupción. Impregnadas en El, harán gustar cuán dulce y bueno es, al círculo de los pacientes” [...] (RM Catalina de JC, 1939, p.27)

El complejo mundo de creencias requería de la virtud cristiana oficiar como un puente sobre los afligidos a través del ejercicio de la piedad y la caridad. La mirada compasiva sobre los sufrientes será una recomendación a los creyentes en el entendimiento de que en el proceso de santificación de quien sufría, estaría igualmente bendecido aquel que se compadeciese del sufrimiento e intentase aliviarlo con misericordia (Arias Bautista, 2011, p. 147).

Cuatro años después de “A la cabecera del dolor. Preceptos de moral hospitalaria” aparece la publicación “Asistencia de enfermos y primeros auxilios” que tuvo como autor al Dr. Navarro Malbrán (1942). La quinta edición contaba con 1128 grabados, 8 láminas y un total de 1031 páginas. Estaba dedicado a programas de facultad de medicina, enseñanza médica, asistencia pública, ejército, armada nacional e instituciones de asistencia médica (Navarro Malbrán, 1942). De tamaño enciclopédico y tapa dura, el ejemplar consultado pertenece a la Biblioteca del Hospital Británico de Buenos Aires. Consta de 6 libros con información sobre diferentes especialidades y tópicos biológicos.

Navarro Malbrán (1942) justifica la publicación haciendo referencia a la necesidad de unificar criterios para la formación de “auxiliares de la medicina”:

[...] “surgieron muchos y enormes problemas que eran indispensables resolver”.

“Uno de los más importantes era el que se planteaba con la falta de un criterio uniforme de instrucción, es decir, de la disparidad existente sobre el concepto fundamental, que ha de determinar los contenidos básicos que toda enfermera debe poseer, sin que esto importe desconocer el elemental derecho de toda Institución, de preparar a su personal con un criterio que esté más de acuerdo a la índole o necesidad de sus servicios” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 8).

La unificación de contenidos básicos era una preocupación que trascendió el período. El rol del Estado durante los años 40 – 50 avanzó en la profesionalización pero no realizó acciones concretas para unificar los contenidos curriculares.

[...] “la necesidad de persistir en el perfeccionamiento de la instrucción del actual enfermero, elevando su misión y por ende su categoría hasta convertirlo en un verdadero profesional, cuyo mejor título es “Auxiliar de Medicina”; en sus distintos grados, porque así lo merecen y porque es nuestro deber amparar a estas profesiones, que vienen a resolver uno de los puntos más fundamentales que se relacionan con la salud pública” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 9).

El autor describía las condiciones laborales de épocas pasadas y las amenazas que constituía el ejercicio de acciones sin fundamentos científicos.

[...] “la profesión de enfermera estaba reducida a menesteres subalternos sin ningún fundamento científico y confiada a elementos mercenarios sin vocación, sin escrúpulos, que muchos hacían ya con arriesgarse en tareas a las que toda la gente huía por temor al contagio” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 15).

Treinta años antes, Cecilia Grierson en “Cuidado de Enfermos” (1912) había planteado inquietudes similares. El impulso que tuvo la profesión de la mano de movimientos políticos no pudo quebrar dificultades intraprofesionales vinculadas a concepciones que afectaron las representaciones sociales sobre el rol.

[...] “Este personal no será ni siquiera formado por enfermeros; era simplemente un mal servicio doméstico, como el que Carlos Dickens encarna en los famosos personajes de su obra “Martin Chuzzlewit” (1844) reclutados del hampa, mercenarios inconscientes, viciosos y antihigiénicos, que no tenían el más mínimo aprecio por su propia vida y mucho menos debían tenerlo por la ajena” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 15-16).

La Dra. Grierson había utilizado el mismo ejemplo para realizar un llamamiento a la mejora de las condiciones laborales, pedagógicas y profesionales de las personas que se dedicaran a la Enfermería (Grierson, 1912, p. 801). Adoptar

modelos que habían probado resultados en Europa daba la oportunidad de soñar con prestaciones de salud beneficiosas para la población.

Los llamados “empíricos” son caracterizados por Navarro Malbrán (1942) como “mercenarios” recordando los soldados profesionales contratados por gobiernos o personas que solo sirven para recibir el sueldo (Gómez de Silva, 1998, p. 451). En el texto hace referencia a los orígenes de la disciplina con la vinculación a personas que eran poseedoras del “arte de curar”: los chamanes y curanderos tribales (figura 25).



Figura 25. Fotos de chamanes y curanderos. Adaptado de: lám. 1 – 2. *Asistencia de enfermos. Primeros auxilios*. Navarro Malbrán J, 1942. Original. Biblioteca del Hospital Británico de Buenos Aires.

La profesionalización hacía necesaria una capacitación técnica cuyo basamento debía justificarse en principios emanados de las ciencias.

[...] “la técnica de los cuidados relacionados con la *vigilancia*, el *bienestar* y la terapia del *enfermo*, ella está permanentemente a su cargo, *triple técnica* que representa la esencia de su misión científica y que debe cumplirla hoy con ausencia del facultativo.

De ahí que se ha impuesto la necesidad de considerar a la Enfermera y Visitadora de Higiene, no como un servicio doméstico hospitalario, sino como a verdaderas profesionales, que han cursado una carrera hecha en el aprendizaje hospitalario, científica y prácticamente dirigida; vale decir, como Auxiliares indispensables de la Medicina Práctica y social.

Se hace, pues, indispensable mirar estas viejas profesiones, sobre nuevos conceptos”
[...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 11).

El reconocimiento de la Enfermería como profesión con basamento científico actualizado permitía el quiebre con antiguas concepciones relativas a la organización del trabajo hospitalario. De esta manera, las enfermeras formaban parte del cúmulo de trabajadores profesionales de la salud. Esto era posible mediante el ingreso a los ámbitos formativos.

[...] “Dentro de las profesiones vocacionales, la Enfermera representa el más alto y bello exponente de la filantropía y la más noble expresión de caridad del espíritu y sentimiento humano.

Es así, porque se funda en el sacrificio permanente, y nace del impulso de sentimientos puros, sinceros y altruistas, como son la piedad y el amor al prójimo.

Profesión bella y digna de la más alta consideración social cuando su ejercicio se hace sentir en todo momento y circunstancia, por igual, con la más abnegada y fraternal dedicación, sin que logren entorpecer los sentimientos ni prejuicios de ninguna especie, porque sólo contempla el hecho de ser el que sufre un ser humano” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 13)

Las fronteras entre la necesidad de profesionalizar y a su vez comprender la Enfermería como una vocación filantrópica sugieren tensiones en la delimitación de los alcances de las acciones profesionales. Filantropía proviene del griego *φιλόανθρωπος* (*philánthrōpos*) o “que ama a la humanidad”, en este caso, el cuidado hacia los semejantes en estado de vulnerabilidad. *Vocación* puede ser definida como “fuerte inclinación al trabajo o profesión”. Procede del latín *vocationem*, acusativo de *vocatio*: llamamiento, invitación (Gómez de Silva, 1998, p. 724). Navarro Malbrán (1942) elige estos términos de manera intencional para que los lectores adviertan no sólo la necesidad de conocimiento teórico/técnico sino también la formación moral.

[...] “No esperemos *ángeles de bondad*; formemos dentro de lo posible, lo que razonablemente pudiera llamarse una *buena enfermera*, o cuándo más una *Enfermera* modelo, pero sin alas.

Exijámosle que sea *humanitaria*, hagámosla *científicamente práctica*, indiquémosle dónde están los *caminos rectos del deber y la justicia*; y luego, ¡paguémosle como merece!” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 14).

El ejercicio repetido de un arte o facultad y la destreza adquirida por el mismo sumado al cuidado humanitario permitía alejar a las enfermeras del paradigma pietista asociado a la formación en las congregaciones hospitalarias. Estos profesionales se constituían como trabajadores con derechos y obligaciones entre las cuales se encontraban una remuneración acorde a lo trabajado.

Los requisitos para el estudio de la Enfermería sugeridos por Navarro Malbrán (1942) no distaban de las condiciones para el ingreso en otras entidades formativas de la época.

[...] “certificado de salud, de vacunación, de buena conducta, cédula de identidad, certificado de 6º grado para Enfermeras y de maestra para Visitadoras de Higiene Social; documentos que deben ser expedidos por las autoridades competentes” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 19).

Las futuras ingresantes debían, además de proporcionar documentación formal, poseer “cualidades constitucionales” necesarias para el ejercicio del rol:

[...] “**APTITUD FÍSICA.** [...] “normal constitución orgánica y normal funcionamiento” [...].

[...] **EDAD.** [...] “18 a 20 años para la mujer, [...] dado que esa edad representa el máximo de su desarrollo físico y se le supone ya dotada de la instrucción y educación escolar correspondiente, a la vez del discernimiento que es menester poseer para esta delicada misión” [...]

[...] “En el hombre, se requiere una edad algo mayor, entre 20 y 22 años, porque por lo general, las actividades de los enfermeros son más pesadas, como son las maniobras que corresponden a la sanidad naval, militar, alienados, delincuentes, marítima, fluvial, etc.” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 20).

Los párrafos plantean la división de tareas según el género, asignando las consideradas “pesadas” a los hombres. Esta situación respondía a la presencia masculina en los efectores de salud. Sin embargo, como fue detallado en el capítulo dos, la matrícula masculina había disminuido debido a tensiones en el ámbito hospitalario. La presencia de los hombres en las llamadas “tareas de colaboración” quedaría registrada en las películas filmadas por Py entre los años 1899 y 1900 que daban cuenta de las primeras cirugías realizadas por el Dr.

Posadas en la Argentina. En la figura 26 se puede observar que en el equipo quirúrgico se encuentra Ramón Vásquez, enfermero del sexo masculino.



Figura 26. Captura de la filmación de Py sobre las cirugías de Posadas. A la derecha del cuadro puede observarse a Ramón Vásquez. Adaptado de: Cinemargentino (2013 – 2015).

Operaciones del Dr. Posadas. Eugenio Py.

Las aptitudes físicas se acompañaban de acciones dirigidas al acicalamiento, presentación y hábitos personales.

[...] “en el caso de las profesionales dedicadas al cuidado de enfermos, esta circunstancia cobra un valor inusitado, por la especial psicología que poseen los enfermos, durante el proceso de su enfermedad; quienes por lo regular, juzgan la competencia de la enfermera por su presencia o presentación” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 20)

[...] “Los hábitos a los que nos referimos, están relacionados con la *higiene*, el *trabajo*, la *disciplina*, el *estudio*, la *pulcritud del tocado*, del *aseo personal*, la *urbanidad*, etc.” [...] (Navarro Malbrán, 1942, p. 21)



Figura 27. Figura de enfermera hospitalaria con el uniforme completo. Adaptado de: p.19. *Asistencia de enfermos. Primeros auxilios*. Navarro Malbrán, 1942. Biblioteca del Hospital Británico de Buenos Aires.

El uniforme consistía en el delantal (figura 27) con una cruz que seguramente haya sido de color rojo, la gorra/cofia y los zapatos. Indumentaria similar a la propuesta por la escuela de MSP y a los uniformes para uso hospitalario de la FEP. Un vestido por debajo de la rodilla resalta la figura femenina y la pulcritud.

Otras cualidades necesarias para el ejercicio de la profesión eran (Navarro Malbrán, 1942, pp. 22-25): las morales (vocación, conducta, temperamento, carácter, ética o moralidad profesional, secreto profesional); las intelectuales (observación) y las atribuciones o deberes (con las salas, sus compañeros y los enfermos). Estas características eran consideradas fundamentales para el ejercicio eficaz y pertinente del rol. La vocación podía definirse atendiendo al renunciamiento a los goces y comodidades en pos de una tarea filantrópica.

[...] (La vocación) “implica una predisposición natural al sacrificio y al estudio, porque implica un noble y renovado impulso filantrópico, y más aún, porque significa un verdadero renunciamiento a muchos goces y comodidades, para consagrarse únicamente a aliviar el dolor ajeno” [...] (Navarro Malbrán, 1942, pág. 22)

Para el autor era importante que los enfermeros tuvieran claro sus deberes frente a otros profesionales y se delimitara el campo de acción.

[...] “es indispensable que el enfermero, en ningún momento olvide su verdadero rol, es decir, que es un *ayudante o auxiliar* indispensable, si se quiere del médico, pero *no su suplente*” [...]

[...] “el enfermero tiene el deber de observar un trato correcto y amable con los familiares y visitantes de los enfermos sin llegar a la familiaridad, ni mucho menos a hacer comentarios ni suministrar informes referentes a la marcha de la enfermedad” [...]
(Navarro Malbrán, 1942, pág. 26)

Era necesario rescatar de la órbita del empirismo a los profesionales dedicados al cuidado sin superponer espacios de poder con los galenos. Para el canon de la época este rol era más funcional para las damas debido a características ligadas a la condición femenina. El texto no diferencia el valor de la triada terapéutica.

Paralela a la publicación del libro de Navarro Malbrán (1942) vio la imprenta “Notas para aspirantes a Nurses. Nursing notes for practitioners” (Macintosh, 1942) de la Escuela de Enfermería del Hospital Británico de Buenos Aires (HB). El volumen constaba de una versión en español y otra en inglés, organizado en 16 “lectures” o “ejercicios” y un último apartado dedicado a la historia de la Enfermería. Salvo por el epítome de historia y otros capítulos relacionados con los aspectos éticos, el volumen se concentraba en procedimientos/técnicas y cuidados hospitalarios: baños, modos de hacer la cama, higiene de la sala, higiene personal, etc. (Macintosh, 1942).

La publicación se ocupa en delimitar las acciones y alcances profesionales de las enfermeras.

[...] “Con lealtad [...] ayudaré al médico en su trabajo, con devota dedicación a las personas a mi cuidado”¹⁷ [...] (Macintosh, 1942, p. 13)

Del mismo modo que Navarro Malbrán, Macintosh justifica el rol enfermero de colaboración en un escenario de cuidado al enfermo. La utilización del término “devoción” trae reminiscencias del paradigma pietista de épocas pasadas. Esta palabra puede ser definida como lealtad o afecto especial (del latín *devotionem*) y dedicar o consagrar (Gómez de Silva, 1998, p. 221).



Figura 28. Enfermeras del HB (1941). Adaptado de: *Notas de aspirantes a nurses*. Macintosh, 1942. Original en la Biblioteca del Hospital Británico de Buenos Aires.

Como puede observarse en la figura 28, el predominio femenino y las características del atuendo coinciden con las propuestas por Navarro Malbrán en consonancia con los postulados de Nightingale que asociaban el cuidado de enfermos al género femenino (Osses Paredes, Valenzuela Suazo, Sanhueza Alvarado, 2010).

[...] “La etiqueta hospitalaria es sin lugar a duda una parte fundamental de la disciplina. Es la expresión exterior de las leyes de armonía que permiten el funcionamiento de la compleja maquinaria sanitaria” [...] (Macintosh, 1942, p.13).

La palabra disciplina hace referencia al comportamiento obediente u ordenado como derivación del término latino *discipulus*: discípulo o alumno (Gómez de Silva, 1998, p. 227). El discurso se configura en función de la reiteración de términos relacionados con la obediencia, sumisión, colaboración ocupando el ejercicio del rol un segundo plano.

[...] “(La enfermera) debe tratar de anticiparse a las necesidades del médico antes de que éste la solicite” [...] (Macintosh, 1942, p. 13).

El capítulo dedicado a la historia marca como bisagra el trabajo de Nightingale y su papel protagónico en la fundación de la Enfermería moderna (Macintosh, 1942, p. 83). Menciona también la obra de la Cruz Roja en la República Argentina

con el inicio de escuelas para “enfermeros” y “enfermeras” y a Cecilia Grierson como fundadora de la “Sociedad Argentina de Primeros Auxilios” en 1892 (Macintosh, 1942, p. 94).



Figura 29. Estatua de F. Nightingale. Adaptado de: *Notas de aspirantes a nurses*. Macintosh, 1942. Original en la Biblioteca del Hospital Británico de Buenos Aires.

La figura 29 muestra a F. Nightingale con su austero atuendo y la lámpara que se convertiría en símbolo de la Enfermería (nótese que fue el objeto elegido para el Primer Congreso Argentino de Enfermería en 1949). Debajo de ella se encuentra un epígrafe que muestra la visión y misión para la formación de enfermeras.

[...] “No buscamos crear mujeres médicas, simplemente enfermeras, que lleven y conozcan los principios requeridos para aplicar de manera constante a pie de cama del enfermo” ¹⁸ [...] (Macintosh, 1942).

Era necesaria no sólo la profesionalización sino también la delimitación del territorio y su relación de dependencia con la profesión médica.

Cinco años transcurrieron desde los libros de Navarro Malbrán y Macintosh hasta la aparición del “Manual de la Enfermera Hospitalaria” (Boffi, 1947). Esta publicación se inscribe dentro del primer gobierno peronista cuya política de

estado inclusiva permitió a muchas mujeres considerar la inserción en el mercado laboral. Sin embargo, las acciones de cuidado permanecieron dentro del marco de la colaboración.

[...] *“La enfermera ya no es la “cuidadora de enfermos” de acuerdo al concepto clásico, sino que es una persona que debe reunir un conjunto de cualidades especiales y necesarias para su eficaz desempeño.*

En primer lugar, es una colaboradora directa del médico. Para ello, debe ser inteligente, culta y estudiosa. Sigue cursos especiales que se dictan en diversas escuelas, lo que ha hecho que esta profesión sea de orden técnico. Al graduarse, previo examen de idoneidad, reciben un diploma que las capacita para desempeñar la profesión. Por todas estas razones, ella, al igual que el médico, tiene responsabilidad profesional. El adelanto de la técnica médica, la práctica de la medicina por equipos y un sinnúmero de cosas más, hace que el médico delegue en sus manos la solución de algunos problemas y el cumplimiento de otros; la enfermera debe hacerse, pues, acreedora a esa confianza cumpliendo con perfecta idoneidad todas las indicaciones.

En segundo lugar, a pesar de su carácter técnico, no debe olvidar que su palabra y acción influyen profundamente en el ánimo de los pacientes; debe, pues, ser amable, bondadosa y tolerante.

Junto a la multiplicidad de su técnica y al científicismo de su arte, debe poseer esa suavidad y dulzura, característica del temperamento femenino, que le ha de servir para prestar no solamente el socorro físico, sino también el socorro moral tan ansiado por el que sufre”¹⁹ [...] (Boffi, 1947, pp. 7-8).

La caracterización de las cualidades necesarias para el ejercicio de la Enfermería oscilaba entre la colaboración, la técnica, el profesionalismo, el ejercicio de un “arte” con características científicas y rasgos ligados a la condición de mujer (amabilidad, bondad, dulzura, tolerancia). Era necesario no sólo ser una buena profesional sino también “ser acreedora” de la confianza del médico para dar cumplimiento de manera eficiente en sus tareas como colaboradora.

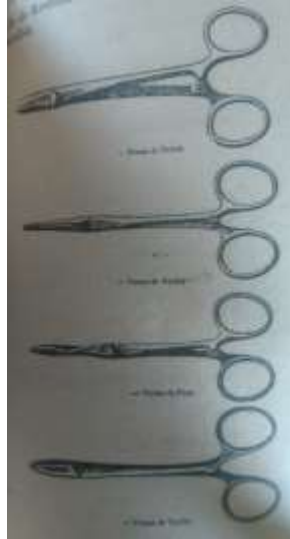


Figura 30. Detalle de instrumental. Adaptado de: p.137. *Manual de la enfermera hospitalaria*. Boffi, 1947. Original biblioteca de la tesista

El volumen escrito por Boffi estaba compuesto de 205 páginas totales, tamaño bolsillo, tapa dura y XVII capítulos sobre materias técnicas tal como se muestra en la figura 30: cuidados en cirugía, características del instrumental, curaciones, anestesia, signos clínicos según aparatos (respiratorio, cardiovascular, urinario, etc.). No hay imágenes o ilustraciones referidas a las características del uniforme a diferencia de las publicaciones anteriores. Boffi (1947) consideraba que las habilidades de las enfermeras se vinculan con la aplicación de técnicas y conocimientos sobre el instrumental hospitalario (rutinas de trabajo). Sin embargo, no deja de lado las cualidades morales, actitudinales y de “etiqueta” necesarias para el ejercicio de una profesión que “científicamente” ejerce su “arte”.

La Revista de la Cruz Roja Argentina, número 2, año I (1952), cinco años después del texto de Boffi (1947) citaba los postulados del “Libro Blanco de la Enfermería Argentina”.

[...] “La profesión de Enfermera es una VOCACIÓN, que impone sacrificios, deberes, fatigas y abnegación sin límites.

La profesión de Enfermera es un ARTE y como tal exige talento innato, sensibilidad y poseer habilidad técnica”. [...] (Cruz Roja Argentina, 1952, pp.35-36).



Figura 31. Caricatura de la sección “Preguntas de examen”. Adaptado de: p. 24. *Revista Oficial de la Filial La Plata*. Cruz Roja Argentina (1952). Original perteneciente a la biblioteca de la tesista.

[...] “La profesión de Enfermera se basa en la CIENCIA: por eso requiere preparación inicial sistemática y continuo perfeccionamiento.

La profesión de Enfermera implica la realización de las más nobles potencias del ser humano.

Para ser Enfermera se ha de poseer Espíritu de Enfermera que sintetizamos en tres postulados:

Técnica científica – Sensibilidad profesional – Comprensión humana [...] (Cruz Roja Argentina, 1952, pp.35-36).

Las coordenadas profesionales se colocaban en un vaivén entre la vocación (ligada a la abnegación, el sacrificio en el ejercicio del deber), el arte (relacionado a la ejecución de técnicas) y la ciencia (entendida como la capacitación y el perfeccionamiento). Los requerimientos dan lugar a la confirmación de que el género, las “cualidades” personales y una voluntad férrea son condiciones suficientes para ingresar a las filas de la Enfermería.

Del mismo período es el libro “Manual de la Enfermera” (Usandizaga, 1952). Impreso en España, con tapa dura, formato académico y 847 páginas totales. Destacamos esta publicación ya que fue utilizada de manera informal en la Argentina, pero también porque refleja que ciertas categorías de rol trascienden las fronteras e ilustra una visión de época sobre las enfermeras.

Entre las actividades de la enfermera (el texto no utiliza términos masculinos) destaca: misión, vocación y cualidades morales.

[...] “La enfermera debe hacerse cargo de la total asistencia de los enfermos; recibe las órdenes del médico que dirige el tratamiento y tiene a las suyas a las empleadas

encargadas de la limpieza (de suelos y vajilla casi exclusivamente). Estas últimas en ningún caso deben entrar en contacto con el enfermo; su cuidado, insistimos una vez más, debe estar íntegramente en las manos de la enfermera" [...] (Usandizaga, 1952, p. 2)

La "maquinaria hospitalaria" (Macintosh, 1942) convertía a la Enfermera en un estrato más en la pirámide: por arriba (o delante) de ella se encontraban los médicos, por debajo las empleadas de limpieza quienes tenían tareas de "colaboración" con la Enfermería.

Los límites entre la profesión y la vocación se fundían con la imagen profesional de la enfermera. Una vez más, cobraban importancia para Usandizaga (1952) las diferencias entre las profesionales devotas y responsables de las "mercenarias" (Navarro Malbrán, 1942).

[...] "Lo que nosotros queremos subrayar es que los móviles que guíen sus actos deben ser siempre, muy en primer término, los vocacionales y muy en último término el profesionalismo.

Porque tenemos un concepto tan noble, tan elevado de la enfermera es por lo que entendemos que no hay más que una clase de enfermeras, que no debe haber distinción entre enfermeras profesionales y enfermeras por vocación. Enfermeras profesionales son todas, sin conocer la profesión no se puede ser enfermeras. Enfermeras con alto espíritu de vocación deben serlo todas y el que carece de él no merece ser enfermera" [...] (Usandizaga, 1952, p. 3)

Las cualidades físicas eran indispensables para el ejercicio de la profesión al igual que el desarrollo moral de la enfermera. La influencia del modelo higienista había dejado huella en la exaltación de estas características.

[...] "a éstas (las enfermeras) hay que exigirles una excelente salud y, hasta cierto punto, buena presencia física que también tiene su importancia para hacerse agradable a los pacientes y para conservar la autoridad" [...]

[...] "La profesión de enfermera exige cualidades morales que no son necesarias para muchas profesiones; es consagrar una vida entera a hacer el bien a nuestros semejantes, sacrificando en todo momento su bienestar; son años y años de abnegación, renunciaciones, de sacrificios...Para ello no basta con aprobar unos exámenes, sino que requiere un temple moral, una energía, una perseverancia, que no están al alcance de todo el mundo y exige una serie de cualidades morales que pueden mejorarse por una formación adecuada [...] (Usandizaga, 1952, p. 4)

De la lectura de los párrafos anteriores, se pueden desprender cualidades compartidas con otras fuentes analizadas: abnegación, sacrificio, renunciaciones, perseverancia, temple moral, etc. Otras competencias morales/actitudinales consideradas valiosas (al mismo nivel que el conocimiento teórico/procedimental) eran la sinceridad, bondad, paciencia, obediencia, sentido del deber, de la responsabilidad, economía y amor a la limpieza (Usandizaga, 1952, pp. 4 -6).

El énfasis colocado en la responsabilidad, la limpieza y la economía había sido planteado por Grierson (1912). Estas características sumadas al sentido del deber, la obediencia, el sacrificio y las renunciaciones colocaban al género femenino en una posición privilegiada frente a los hombres.

En cuanto a los deberes de la enfermera se encontraban los contraídos con los enfermos:

[...] “a) Secreto profesional [...]

[...] b) Conducta personal con respecto a los enfermos. [...] la enfermera que ve en el paciente algo más que a un ser doliente sometido a sus cuidados, no merece serlo [...]

c) Deberes religiosos del enfermo. [...] La enfermera debe mantenerse en una posición de neutralidad, limitándose a facilitar por todos los medios, los deseos del enfermo” [...] (Usandizaga, 1952, pp. 8-9)

Evitar el trato personal, respetar los deberes religiosos y mantener el secreto profesional marcaban la diferencia entre las enfermeras que habían recibido instrucción de las empíricas. Los deberes también se relacionaban en el trato con los médicos.

[...] “a) Obediencia. [...] al médico, en su aspecto profesional, no puede hacer más que obedecerle y respetarle [...]

b) Ejercicio ilegal de la profesión.

c) Relaciones entre médicos y enfermeras. [...] La coquetería y la frivolidad ante el médico es una grave falta en las enfermeras; quienes así proceden causan grave daño al prestigio de sus compañeras y de la profesión” [...] (Usandizaga, 1952, pp. 8-9)

Obedecer, delimitar los alcances de los cuidados y mantener una relación cordial si bien limitada a los temas profesionales se vincula con la imagen de bondad, pureza, obediencia y lealtad que se esperaba de las mujeres.

[...] “solamente con esta indulgencia recíproca puede conservarse el espíritu de fraternidad que debe existir en la gran familia de enfermeras” [...] (Usandizaga, 1952, p. 10)

Para la época y en los albores de la profesionalización hubiese sido presuroso o imprudente mencionar conceptos como “principios cohesionadores de rol” o cuestiones identitarias profesionales. El espíritu de fraternidad era considerado por Usandizaga (1952) como indispensable para la realización de las tareas.



Figura 32. Enfermera cargando a un bebé. Adaptado de: p. 726. *Manual de la Enfermera*. Usandizaga, 1952. Original cedido por La Lic. Arona para la realización del trabajo de investigación,

Una mirada a la figura 32 permite identificar los componentes del uniforme que persisten a lo largo de los años: el color (de preferencia blanco), la cofia, sin atavíos o joyas, con una expresión austera y segura frente a la tarea. Los deberes con ella misma mencionados por Usandizaga (1952) eran la conservación de la salud, la formación profesional y la autoridad moral (Usandizaga, 1952, pp.10 – 11). Se aprecia una conexión con los postulados de la Cruz Roja: “*Técnica científica – Sensibilidad profesional – Comprensión humana*” (Cruz Roja Argentina, 1952, pp.35-36).

La formación exaltaba cualidades científicas, morales, normas de conducta y etiqueta necesarias para el cuidado compasivo de los enfermos. El texto también refiere deberes con los tribunales (Usandizaga, 1952, p.11) que no habían cobrado importancia en las publicaciones nacionales.

Tabla 4. Textos de formación 1939 – 1952

Variables de inferencia	Material analizado [original del texto]	Autores	Hipótesis y/o interpretaciones
<p>Tríada terapéutica</p> <p>Relación con: los colegas, los médicos, el paciente y la institución</p>	<p>“aspirad a adelantar continuamente, puesto que estáis al servicio de esos seres sagrados que son los miembros dolientes de Nuestro Señor. Debéis inspirar confianza a los médicos y los enfermos”</p> <p>“Habituaos, pues, a poseeros; cuando os habla un doctor (están a menudo muy ocupados, muy cansados, pueden ser bruscos), escuchad hasta el fin lo que os dice, lo que os pide, y responded con claridad a la pregunta que os ha dirigido”</p>	<p>RM Catalina de JC 1939</p>	<p>Necesidad de alianza: médico, enfermo, enfermero, para la recuperación</p>
	<p>“la técnica de los cuidados relacionados con la <i>vigilancia</i>, el <i>bienestar</i> y la terapia del <i>enfermo</i>, ella está permanentemente a su cargo, <i>triple técnica</i> que representa la esencia de su misión científica y que debe cumplirla hoy con ausencia del facultativo”</p>	<p>Navarro Malbrán, 1942</p>	<p>Enfermero como individuo valioso en la atención del sujeto de cuidados</p>
	<p>“Con lealtad [...] ayudaré el médico en su trabajo, con devota dedicación a las personas a mi cuidado”</p>	<p>Macintosh 1942</p>	
	<p>“a pesar de su carácter técnico, no debe olvidar que su palabra y acción influyen profundamente en el ánimo de los pacientes;</p>	<p>Boffi 1947</p>	

	debe, pues, ser amable, bondadosa y tolerante”		
Competencias actitudinales	“Desarrollad vuestra inteligencia, haced trabajar vuestro espíritu, no os contentéis con obtener un diploma”	RM Catalina de JC 1939	Competencias actitudinales necesarias y valiosas para el oficio
	“Dentro de las profesiones vocacionales, la Enfermera representa el más alto y bello exponente de la filantropía y la más noble expresión de caridad del espíritu y sentimiento humano” “Es así, porque se funda en el sacrificio permanente, y nace del impulso de sentimientos puros, sinceros y altruistas, como son la piedad y el amor al prójimo”	Navarro Malbrán, 1942	Óptica misional vinculada a los aspectos actitudinales
	“La etiqueta hospitalaria es sin lugar a duda una parte fundamental de la disciplina. Es la expresión exterior de las leyes de armonía que permiten el funcionamiento de la compleja maquinaria sanitaria”	Macintosh 1942	Enfermera como parte del engranaje hospitalario.
	“Junto a la multiplicidad de su técnica y al cientificismo de su arte, debe poseer esa suavidad y dulzura, característica del temperamento femenino, que le ha de servir para prestar no solamente el socorro físico,	Boffi 1947	Importancia de las cualidades ligadas al sexo femenino para el cuidado de enfermos

	sino también el socorro moral tan ansiado por el que sufre”		
Enfoque trascendente	“estáis al servicio de esos seres sagrados que son los miembros dolientes de Nuestro Señor. Debéis inspirar confianza a los médicos y los enfermos”	RM Catalina de JC 1939	Carácter pietista, vocacional hacia los más necesitados
	“No esperemos <i>ángeles de bondad</i> ; formemos dentro de lo posible, lo que razonablemente pudiera llamarse una <i>buena enfermera</i> , o cuándo más una <i>Enfermera</i> modelo, pero sin alas”	Navarro Malbrán 1942	Desplazamiento de la óptica trascendente a una justificada mediante la formación técnico/procedimental
	“El adelanto de la técnica médica, la práctica de la medicina por equipos y un sinfín de cosas más, hace que el médico delegue en sus manos la solución de algunos problemas y el cumplimiento de otros”	Boffi 1947	Justificación de algunas acciones independientes del rol
	“La profesión de Enfermera implica la realización de las más nobles potencias del ser humano”	Cruz Roja 1952	Relación con el carácter pietista y las cualidades morales
	“La moral profesional nos señala el camino de nuestro deber de enfermeras; los extremos de este camino tomarán a menudo la forma de una cruz –forma sugestiva; – ¿no debemos	RM Catalina de JC 1939	Vinculación con la perspectiva religiosa en el cuidado de los enfermos

Doctrina religiosa	acaso progresar en altura y anchura, nuestros brazos no deben mantenerse abiertos a los que sufren y lloran?”		
	“La profesión de Enfermera es una VOCACIÓN, que impone sacrificios, deberes, fatigas y abnegación sin límites”	Cruz Roja 1952	Cualidades consideradas para el ejercicio de la profesión relacionadas con el sacrificio personal en pos de otros.
Provecho de la instrucción	“la necesidad de persistir en el perfeccionamiento de la instrucción del actual enfermero, elevando su misión y por ende su categoría hasta convertirlo en un verdadero profesional”	Navarro Malbrán 1942	Comparación entre la “Nueva Enfermería” frente a la de años anteriores basada en acciones con escaso fundamento científico.
	“La profesión de Enfermera se basa en la CIENCIA: por eso requiere preparación inicial sistemática y continuo perfeccionamiento”.	Cruz Roja 1952	Capacitación continua como medio para jerarquizar la profesión.
Conocimiento procedimental	“la técnica de los cuidados relacionados con la <i>vigilancia</i> , el <i>bienestar</i> y la terapia del <i>enfermo</i> ”	Navarro Malbrán 1942	Óptica plural para la realización de cuidados.
	“Sigue cursos especiales que se dictan en diversas escuelas, lo que ha hecho que esta profesión sea de orden técnico. Al graduarse, previo examen de idoneidad, reciben un diploma que las capacita para desempeñar la profesión”.	Boffi 1947	Capacitación técnica como vía hacia una mejora en las prestaciones.
	“La profesión de Enfermera es un ARTE y como tal exige talento innato, sensibilidad y poseer habilidad técnica”	Cruz Roja 1952	Asociación entre rasgos procedimentales y actitudinales

Ética del cuidado	“el enfermero tiene el deber de observar un trato correcto y amable con los familiares y visitantes de los enfermos sin llegar a la familiaridad, ni mucho menos a hacer comentarios ni suministrar informes referentes a la marcha de la enfermedad”	Navarro Malbrán 1942	Confidencialidad como modo de trato adecuado al individuo y su familia Respeto por las costumbres personales
-------------------	---	-------------------------	---

Nota. Textos para la formación de enfermeros/as en el período 1939-1952 y variables de inferencia. Adaptado de: p.108 – 109. Capítulo tercero. La categorización. Bardin,1986.

3.4. Acciones a favor de la profesionalización ¿Confluencia de miradas?

Durante el período se identifican la preocupación por generar medidas concretas para identificar campos de acción, consensos en la formación, perfiles profesionales y delimitación de deberes. Sin embargo, persisten estereotipos de rol ligados a la condición femenina y se resaltan las cualidades de obediencia en el desempeño profesional.

El fortalecimiento de políticas desde el Estado tendientes a la captación del recurso humano y el aumento de la participación de las mujeres en la vida política de la Argentina fueron sin duda eventos que impulsaron discusiones sobre los alcances del rol. Comenzaban a delinearse desafíos vigentes en la actualidad: la atomización de visiones sobre el perfil, el grado de autonomía, los procesos de feminización y la continuidad del desarrollo de acciones en salud pública.

La imperiosa necesidad planteada en el 1º Congreso de Enfermería de incorporar a los enfermeros a la vida académica de manera permanente abrió oportunidades para emprender actuaciones a largo plazo de modo que la Enfermería se convirtiera en una profesión de alto valor social.

Quedaron pendientes discusiones intraprofesionales respecto al rol de cuadros políticos y de empresas o fundaciones extranjeras en la construcción de ámbitos formativo-laborales.

4. Enfermería, Universidad e historia profesional

4.1. Acceso a los claustros

Durante la primera parte del siglo XX en la República Argentina el perfil de la Enfermería local fue tributario de las influencias de la tradición religiosa, la corriente anglosajona y el peronismo (Faccia, 2015).

En la década de 1960 la formación en Enfermería se vio influenciada por la impronta de las ideas provenientes de organismos internacionales como la organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Según las recomendaciones de estas entidades, la capacitación de los recursos humanos en Enfermería era considerada un aspecto central de las políticas para fomentar el desarrollo económico (Faccia, 2015).

La primera escuela de Enfermería de nivel universitario en la República Argentina comenzó a funcionar en 1940 en la Universidad del Litoral (Escuela de Nurses) en la ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fe), dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas. Los elementos de trabajo, material didáctico y becas fueron provistos por la Fundación Rockefeller (Molina, 1973). La regente fue Jean Martin White enfermera seleccionada mediante una convocatoria en la prensa norteamericana. En la figura 33, puede verse a la Sra. White sentada al centro con un grupo de enfermeras y estudiantes. Eran condiciones de ingreso ser bachiller o maestra. El programa tenía una extensión de tres años con énfasis en Salud Pública y Medicina Social (Molina, 1973).



Figura 33. Escuela de Nurses – Universidad Nacional del Litoral. Adaptado de: p.70. La foto histórica. *Revista Médica de Rosario*. Berra, 2009. Original en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas – UBA.

La escuela funcionó durante el período 1940 – 1944 con tres promociones de egresadas (Molina, 1973). Sirvió como germen para visibilizar la importancia de la formación profesional disciplinar.

En la década de 1960 la OPS impulsó la organización de Congresos Argentinos de Enfermería y la participación de representantes argentinos en actividades científicas de nivel internacional. Producto de estos intercambios se implementaron reformas en los planes de estudio (Faccia, 2015).

Por gestiones de las ex estudiantes de la Escuela de Nurses, la Asociación de Mujeres Universitarias y otros profesionales del país, en 1958 fue abierta la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas dependiente de la Universidad Nacional de Rosario (UNR). Contó con ayuda de la OPS/OMS mediante asesoría especializada en educación, temas de Enfermería en salud pública, becas para el cuerpo docente, equipos y materiales (Molina, 1973).

Esta institución fue pionera en la formación de grado para Enfermería inaugurando, en 1969, dos ciclos: un ciclo de Enfermería Universitaria (3 años) y la Licenciatura en Enfermería de 2 años para el título de grado (De Titto, Ricci & De Titto, 2004). La propuesta permitía no sólo la formación universitaria de jóvenes sino también la incorporación de estudiantes terciarios al sistema universitario con la obtención de un título de grado.

Con la aparición de la ley 19.988 del año 1972, se estableció un régimen de reconocimiento automático de títulos y estudios no universitarios al que

adhirieron todas las provincias, logrando el reconocimiento de los estudios superiores no universitarios cursados en instituciones de las diferentes jurisdicciones y la consiguiente validez nacional (Tauro, 2015).

Posibilitar el ingreso al sistema universitario constituyó un salto cualitativo como forma de movilidad y de ascenso social para los enfermeros y un espacio de jerarquización de la profesión (Faccia, 2015).

El 24 de marzo de 1976 un golpe militar instala un gobierno de facto que procede a la intervención de las universidades nacionales. Durante los años de dictadura se prohíben textos y se censuran teorías (Tauro, 2015). Docentes, estudiantes e investigadores son perseguidos, obligados al exilio y en el peor de los casos, detenidos/desaparecidos. Productos del desarrollo académico son incinerados y ocurren graves violaciones a los derechos humanos (Tauro, 2015).

La derrota en Malvinas (1982) precipita la caída del gobierno militar dando comienzo a los años de transición democrática (Tauro, 2015).

4.2. Modos de contar historias

En el año 1961 la Editorial Intermédica publica “Historia de la Enfermería” escrita por Teresa María Molina (Figura 34). El libro constituye uno de los primeros antecedentes bibliográficos sobre la historia profesional compilado y editado en la Argentina.



Figura 34. Teresa Molina (1904 – 2000). Adaptado de: p. 8. *Teselaciones. Historia y Fundamentos de la Enfermería*. Soto Vércher, 2014. Universidad Nacional de San Luis: Argentina.

Según Soto Vércher (2014), no se puede considerar a Molina una historiadora. Sin embargo, el modo de comprensión de la historia que retrata en el volumen permite identificar representaciones de un relato.

En una entrevista realizada por Floridia y Balderrama (1994), Molina hacía referencia al perfil deseado del estudiante/profesional:

[...] “El estudio de enfermería respondió a programas formales y el estudiante comenzó a dedicarse tiempo completo a su educación” [...]

[...] La enfermera dejó de ser la auxiliar del médico para convertirse en un miembro del equipo de salud con aporte propio, como propia es su vivencia y su campo de acción” [...] (Floridia y Balderrama, 1994, p. 13).

En 1947 fue convocada junto a otras colegas con formación secundaria por la Secretaría de Salud Pública para dictar un curso a instructoras de Enfermería, coordinado por la Enfermera María Elena Ramos Mejía, quien la introdujo en la Escuela de Enfermería del Ministerio de Salud Pública de Nación. Ese año fue nombrada directora por el entonces Ministro de Salud Pública Prof. Dr. Ramón Carrillo donde permaneció hasta 1968 (Soto Verchér, 2014, p.9). Asumió la intervención de la Escuela de Enfermería de la Fundación Eva Perón – FEP (1955), ocupándose de las promociones de enfermeras (Floridia y Balderrama, 1994, p. 13).

Molina fue condecorada por la Jefatura Militar del Hotel de Inmigrantes y la Cruz Roja en 1944 debido a su accionar en el terremoto de San Juan, declarada ciudadana ilustre de la Ciudad de Buenos Aires en 1990 y reconocida por su trayectoria profesional. Trabajó como presidente de la Asamblea Constitutiva de la Federación Argentina de Enfermería en 1965 (Soto Verchér, 2014, p.9).

Con relación a sus vínculos con la clase política, Teresa Molina refería ciertas tensiones.

[...] “Tuve que enfrentarme a varios ministros. Fui combatida porque no hacía política; a mis alumnas nunca las utilizaron para sus campañas” (Floridia y Balderrama, 1994, p. 13).

Estas ideas eran consonantes con la reglamentación de la escuela del MSP dependiente de Carrillo (de la cual Molina fue parte), que desalentaba la participación de las estudiantes en actos políticos (ver capítulo 3).

“Historia de la Enfermería” (Molina, 1961) puede considerarse un texto pionero del tema en el país, inspirador de varias colegas de diversas provincias argentinas (Soto Verchér, 2014, p.9). Muestra la historia del desarrollo del pensamiento social judío-cristiano occidental, el rol reservado a la mujer hasta el siglo XX y el predominio del modelo médico. En algunos pasajes parece justificar el modelo hegemónico como historia de la Enfermería (Soto Verchér, 2014).

Consultada por Floridia y Balderama (1994), la autora de “Historia de la Enfermería” hacía referencia a las dificultades de la publicación de la siguiente manera:

[...] “Este libro apareció ante la necesidad de contar con material propio para satisfacer el programa de las Escuelas de Enfermería. Fue un desafío que asumí y que me dio muchas satisfacciones espirituales. Los problemas que tuve fueron más de orden editorial. Cuesta mucho editar un libro en el país, y más tratándose de libros para enfermeros. Tuve que pelear con los editores para conseguir que el libro fuera impreso en un material aceptable, además yo no tenía experiencia en esas cosas, y bueno, tuve que pagar el derecho de piso. Actualmente, estoy terminando la revisión de la 3ª edición, en la que estoy incluyendo la Ley de Enfermería que es uno de los logros más significativos que hemos tenido” [...]. (Floridia y Balderrama, 1994, p. 15).

Según algunos académicos de la Enfermería, la selección de eventos y el modo de contar la historia ha reforzado la idea de subordinación a la medicina no un desarrollo paralelo y/o divergente (Soto Verchér, 2014, p.XIV).

“Historia de la Enfermería” consta de 193 páginas, tamaño de bolsillo y quince capítulos (más apéndice). Está dedicado a “las alumnas y ex alumnas de la Escuela de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social de la Nación” (Molina, 1961).

Los contenidos del volumen tienen una organización cronológica/lineal.

“DEDICATORIA

Oración de San Francisco de Asís

Prólogo del Profesor Aníbal Ruiz Moreno

Introducción de la autora

Curva demostrativa de la Historia de la Enfermería

CAPÍTULO I

Introducción a la Historia de la Enfermería

CAPÍTULO II

Roma

CAPÍTULO III

La Edad Media

CAPÍTULO IV

Tiempos modernos

CAPÍTULO V

La Enfermería durante los siglos XVII-XIX

CAPÍTULO VI

Enfermería en América

CAPÍTULO VII

Florence Nightingale

CAPÍTULO VIII

La Cruz Roja Internacional

CAPÍTULO IX

Difusión del Sistema Nightingale

CAPÍTULO X

Enfermería en el Virreinato del Río de la Plata

CAPÍTULO XI

Mujeres patricias que actuaron como enfermeras

CAPÍTULO XII

La Cruz Roja Argentina

CAPÍTULO XIII

Evolución de la Enfermería en las Américas

CAPÍTULO XIV

Escuelas de Enfermería en la República Argentina

CAPÍTULO XV

La mención a Francisco de Asís (figura 35) permite identificar las dimensiones valorativas del texto: amor, obediencia, perdón, humildad, abnegación. Este devoto lideró un movimiento de renovación cristiana centrada en el amor a Dios, la pobreza y la fraternidad. Fue fundador de las órdenes franciscanas (Ordo Fratrum Minorum). Lideró el movimiento de la pobreza evangélica a principios del siglo XIII (Brady, 2011). El celo evangélico, la consagración a la pobreza, la caridad y el carisma personal atrajeron a miles de seguidores. La devoción de Francisco al Jesús humano y su deseo de seguir el ejemplo reflejaron y reforzaron la espiritualidad medieval. El *Poverello* es una de las figuras religiosas más veneradas de la historia católica romana. En 1979 el Papa Juan Pablo II lo reconoció como el santo patrón de la ecología (Brady, 2011).



Figura 35. Francisco de Asís. Adaptado de: *Saint Francis of Assisi*. Brady, 2011. Encyclopædia Britannica.

Aníbal Ruiz Moreno, prologuista del libro de Molina, coloca la labor de Enfermería dentro de las actividades de colaboración y subraya el valor de contar con una publicación de estas características.

[...] “Cumple con su cometido pedagógico con la exposición ordenada y correctamente expresada del verdadero libro de texto: responde ampliamente a las necesidades de un plan de estudio, despertando interés casi apasionante por esta rama auxiliar de la Medicina” [...] (Ruiz Moreno, 1969 en Molina, 1961)

El párrafo coincide con las ideas de la autora: la rama “auxiliar” de la Medicina despierta un interés “casi apasionante” a los lectores, que son mujeres y alumnas.

Los motivos que impulsaron a Molina se derivan del escaso material bibliográfico existente en castellano y a la posibilidad de contar con información pertinente (texto único).

[...] “Desde hace más de una década la Historia de la Enfermería figura en los programas oficiales de enseñanza de nuestro país, de donde surge la necesidad imperiosa de contar con un texto que sirva de guía a las estudiantes, carentes de toda bibliografía en castellano sobre el tema “

[...] “Sólo espero que el relato de la vida y obra de nuestras antecesoras, religiosas o laicas, sirva de ejemplo a la juventud estudiosa y la aliente y ayude a realizar obra de bien por la humanidad doliente y por el progreso de tan digna profesión “[...] (Molina, 1961, p.12)

Transcurridos treinta y ocho años de publicaciones como “A la cabecera del dolor. Preceptos de moral hospitalaria” (Catalina de JC, 1939) continúan persistiendo el pietismo y la influencia religiosa.

La condición de “auxiliar” se retoma en el primer capítulo que hace referencia a las etapas pre – profesionales.

[...] “A una de las actividades más importantes de la humanidad –la mano tendida al enfermo- pertenece la Historia de la Enfermería.

Estrechamente relacionada con la Historia de la Medicina, sus orígenes, sin embargo, son más difíciles de trazar. Conviene, pues, analizar los distintos períodos históricos, estudiar en ellos la Historia de la Medicina y considerar a la Enfermería –su precioso auxiliar- como formando parte de la misma, ya sea ejercida por el propio médico o por los seres allegados al enfermo por parentesco o bien por sentimiento de caridad” [...] (Molina, 1961, p.12)

Enfermería no puede despegarse de un pasado centrado en la caridad hacia el sufriente. Esta representación del cuidado en términos de lo familiar y femenino parece fundamentar el ejercicio del rol.

[...] “La madre que atiende al niño enfermo y le prodiga sus mil cuidados es siempre la visión que acude a nuestros ojos al pensar en la primera enfermera de la humanidad” [...] (Molina, 1961, p. 18)

Considerar que el relato histórico es una “historia de la verdad” puede convertirse en una postura epistemológicamente contradictoria (Canguilhem, 2005) que se pone de manifiesto en la práctica reflexiva sobre los presupuestos subyacentes al rol.

El Capítulo VI del libro versa sobre la “Enfermería en América” y describe el trabajo de las misiones religiosas durante la conquista.

[...] “Los primeros conquistadores pudieron observar el conocimiento que los indios tenían sobre las plantas medicinales y de ellos aprendieron a usarlas; a su vez, los conquistadores, españoles, franceses, ingleses u holandeses, introdujeron el modo de cuidar y atender a los enfermos de acuerdo a las modalidades que les eran familiares.

Los misioneros católicos, y las hermanas de la caridad fueron los primeros en entrar en contacto amistoso con los indios. También enviaron las primeras enfermeras para cuidar a los nativos en los hospitales primitivos a la vez que enseñaron algo de ese arte a las mujeres indígenas” [...] (Molina, 1961, p. 86).

La pintura que traza Molina sobre el fenómeno de la colonización en las Américas es ingenua frente a la afirmación referida al cuidado materno. Identificar al colonizador como un “pedagogo” o adalid del conocimiento frente a profanos que utilizaban lo provisto por la madre tierra aparece como un recorte que no permite al lector considerar el rol de los pueblos originarios como sujetos de derecho.

Estos modos de ver al otro se vinculan con estereotipos culturales fuertemente arraigados y vinculados a la idea de “salvación”. Según Marvin Harris (1974):

[...] “La ignorancia, el miedo y el conflicto son los elementos básicos de la conciencia cotidiana. El arte y la política elaboran con estos elementos una construcción onírica colectiva cuya función es impedir que la gente comprenda qué es su vida social. Por consiguiente, la conciencia cotidiana no puede explicarse a sí misma. Su misma existencia depende de una capacidad desarrollada en negar los hechos que explican su existencia” [...] (Harris, 1974)

“Enfermería en América” (Molina, 1961) continúa con un detalle de los primeros hospitales, biografías de personajes (Mance, Santa Rosa de Lima) soslayando la mención a las culturas que habitaban el territorio.

El capítulo X dedicado al Virreinato del Río de La Plata retoma algunas de estas ideas y amplía el rol de las compañías religiosas en la conquista.

[...] “Los documentos sobre las doctrinas guaraníes de los Padres de la Compañía de Jesús, nos hablan del interés especial que se tenía en el cuidado de los enfermos.

En esta época se menciona la existencia de un enfermero llamado *Curuzuyá*, que era un indio que había adquirido algunos conocimientos prácticos como para prestar atención a los enfermos y preparar medicamentos. Bajo la dirección de un sacerdote misionero, recorría el pueblo en las primeras horas de la mañana y se informaba sobre el estado de los enfermos y acerca de nuevos casos producidos” [...] (Molina, 1961, p. 127)

[...] “Los indios tenían gran amor a su familia y no les gustaba internarse en el hospital, sólo lo hacían en época de peste; normalmente preferían ser atendidos durante su enfermedad por el *Curuzuyá*” [...] (Molina, 1961, p. 128)

[...] “Los sacerdotes de la Compañía de Jesús que llegaron al Río de La Plata, realizaron obra ejemplar, también en medicina y enfermería, efectuaron estudios profundos sobre las plantas medicinales aborígenes y sin ser profesionales en el arte de curar, supieron desempeñarse recurriendo algunas veces a los conocimientos europeos y otros a los puestos en práctica por los indígenas para el cuidado de los enfermos” [...] (Molina, 1961, p. 128)

La palabra *doctrina* hace referencia a un conjunto de principios que se enseñan o a los conocimientos adquiridos (Gómez de Silva, 1998, p.231). Los párrafos citados dan idea de un “intercambio” de conocimiento en situaciones de asimetría. Se recurre a una suerte de caricatura del acceso a la salud por parte de los pueblos originarios, sin considerar la desconfianza que depositaban en la medicina occidental y en el trato que habían recibido en la conquista.

Molina omite la participación de mujeres que arribaron con Pedro de Mendoza consideradas como las primeras en cumplir tareas de cuidado en el Virreinato (Morrone, 2013, p. 50). Subestima el conocimiento de los pueblos originarios, enfatizando la superioridad del conocimiento europeo.

[...] “Los estudios históricos que rozan el trayecto de la enfermería se han apoyado en las visiones parciales de la medicina, que considera la enfermería como una actividad subordinada, y de la religión católica, que coloca la actividad del enfermero dentro de un marco propio de la fe, valorando ante todo la entrega ilimitada, el sacrificio y la abnegación” [...] (Morrone, 2013, p. 57)

El capítulo sobre la Enfermería en el Virreinato (Molina, 1961) finaliza con una somera descripción de los hospitales surgidos durante esa etapa. Los capítulos XI y XII se dedican a relatar las vidas de algunos personajes surgidos en la

Argentina. La autora dedica el capítulo XI a mujeres patricias y el XII a la Cruz Roja Argentina con mención a Cecilia Grierson. Ambos incluyen la persistente referencia a personas o congregaciones vinculadas a la caridad religiosa.

En cuanto al desarrollo de las escuelas de Enfermería en la Argentina, el capítulo XIV (Molina, 1961) menciona: el Hospital Británico, la Conservación de la Fe, la Escuela de Enfermeras “Cecilia Grierson”, la Cruz Roja Argentina, el Hospital Campamento Central (Standard Oil), la Escuela de Enfermeras “Helena Larroque de Roffo” , la primera escuela universitaria de la República Argentina (Universidad Nacional de Litoral), escuelas de sindicatos (sanidad), y escuelas privadas (Hospital Israelita, por ejemplo). Omite la referencia a la Escuela de Enfermería de la Fundación Eva Perón, dato sugerente dado que la autora participó en la intervención luego de 1955.

De los quince capítulos de “Historia de la Enfermería” (Molina, 1961), cinco son dedicados al desarrollo de la profesión en la Argentina. Según Morrone (2013) no se generó otro libro utilizado de manera masiva por las escuelas de Enfermería.

Las omisiones de determinados eventos contemporáneos, la falta de referencia a las fuentes consultadas en el cuerpo del texto y la constante alusión al trabajo de las congregaciones religiosas permiten identificar las coordenadas pedagógicas en la obra de Molina (Hernández Conesa et al, 2003). El criterio de selección de los materiales supone una toma de posición que combina lo histórico con lo ideológico. Utilizar un análisis que tiende a desestimar las estructuras, aun cuando se mencionen datos sobre hechos no políticos, acentúa el riesgo de plantear una mera descripción donde queda al margen la utilización práctica (Pla, 1972).

4.3. Enfermeros/as, compromiso político y participación social

En América Latina los partidos obreros y los primeros sindicatos se organizan desde finales del siglo XIX. A partir de la década del setenta surgen nuevos movimientos sociales: feminismo, ecologismo, pacifismo, etc. que recogen problemáticas específicas (Godio, 1987, p. 14).

Si durante el gobierno de Perón las ideas de Ramón Carrillo sobre la salud pública habían actuado como ordenadoras y legitimadoras del diseño sanitario,

a partir de los años sesenta quedan invisibilizadas (Cerdá y Ramacciotti, 2015, p.206).

El 24 de marzo de 1976 el gobierno de Isabel Perón es derrocado por un golpe que bajo el mando de juntas militares implanta el terrorismo de Estado en la Argentina. Se inicia el autodenominado "Proceso de Reorganización Nacional", conocido comúnmente como "el proceso". Miles de personas, víctimas de secuestros y torturas llevadas a cabo por comandos de las fuerzas militares, paramilitares y policiales jamás fueron halladas a pesar de las desesperadas búsquedas de familiares y amigos (Spinelli, 2004). Se estima que alrededor de 30.000 personas desaparecieron, fueron apresadas, sometidas a tormentos y sus cuerpos enterrados como NN o arrojados al mar con vida ("vuelos de la muerte"). Cerca de 500 niños fueron apropiados, algunos nacidos en cautiverio y otros separados de sus padres (Allerbon, 2007).

El plan de exterminio de la Junta Militar no se propuso solamente matar, el objetivo fue borrar la historia de las víctimas, sus cuerpos, sus nombres, su recuerdo (Allerbon, 2007) ¿Su recuerdo?

Historias como las del enfermero Osvaldo Fraga o la enfermera María Ángela Cairo (desaparecidos en 1976), fueron recuperadas por organizaciones sindicales. Muchos profesionales eran secuestrados en sus lugares de trabajo (Morrone, 2013, p. 134).

Otros jóvenes corrieron la misma suerte en países vecinos con políticas represivas que eran llevadas a cabo por el Estado ("Plan Cóndor"). La represión no conoció fronteras, partidos políticos, género o edad.

[...] "Luisa Sonia Maceiro Pérez (Asilú) nació en Montevideo el 24 de septiembre de 1929. Enfermera de profesión, de orientación anarcosindicalista, actuó en el ámbito de la Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas.

Perteneció a la FAU (Federación Anarquista Uruguaya). En 1975 participó de la formación del PVP (Partido de la Victoria del Pueblo), organización armada que remplazó a la OPR (Organización Popular Revolucionaria) que había operado clandestinamente en Uruguay y que provenía de la FAU. Asilú curó las heridas que tenía en las manos el dirigente anarquista Alberto (Pocho) Mechoso después de su espectacular fuga en 1972 a través de un túnel del 5º Regimiento de Artillería donde estaba detenido.

El apodo de Asilú lo tomó de la inversión de las letras de Luisa, su nombre.

Exiliada en Buenos Aires como el resto de los integrantes del PVP, Asilú fue secuestrada el 13 de julio de 1976, junto con su compatriota Sara Méndez, desde el domicilio que compartían en la calle Juana Azurduy del barrio de Belgrano. Ambas fueron llevadas al centro de detención Automotores Orletti de Buenos Aires. En octubre de 1976 fueron trasladadas de modo clandestino junto a otros veintidós uruguayos al aeropuerto de Carrasco, transformándose en sobrevivientes de ese “primer vuelo”, operativo realizado por efectivos militares uruguayos y argentinos dentro del marco del Plan Cóndor. En Montevideo Asilú Maceiro fue alojada en el centro de detenciones “Casa de Punta Gorda” donde permaneció desaparecida durante tres meses. Luego fue legalizada por las Fuerzas Conjuntas, llevada a juicio y condenada a cinco años de cárcel que cumplió en el penal de Punta de Rieles.

Asilú rehízo su vida en libertad junto a su compañero Mauricio Vergara, maestro rural, viviendo de manera sencilla en Laguna Merín. Con el paso del tiempo retornó a la actividad política como militante del Frente Amplio.

Falleció el 7 de enero de 2007 rodeada del afecto y respeto de sus compañeros” [...] (Guzzo, 2014, p.89).

El conocimiento de las historias de vida permite construir la imagen del sujeto. Cada texto actualiza el pasado recuperando al protagonista. Quiebra las representaciones construidas por otros acerca de la capacidad de acción histórica de los actores sociales (Vasilachis, 2004, p.18).

Según Morrone los planes de estudio pensados para enfermeros no incorporaron la problematización de los hechos como parte de la historia profesional (Morrone, 2013, p. 135).

Durante los meses de abril/julio del año 1982 tuvo lugar la guerra de Malvinas. El acompañamiento de la población argentina al conflicto fue duramente criticado por algunos intelectuales. En la posguerra, esta postura se hizo carne en amplios sectores de la población (Pratesi, 2007).

Alicia Panero (2014) recuperó los testimonios de las enfermeras que participaron de la guerra de Malvinas en un libro cuyo título es “Mujeres invisibles”.

[...] “Las mujeres en el ámbito de las Fuerzas Armadas han avanzado mucho en integración, no existiendo seguridad que sea una integración por vocación genuina, en todos los casos. Las banderas de la igualdad de género han sido en el caso de muchos militares, impuestas, y se van afianzando con el ejercicio. Y esto se corresponde también, a mi experiencia personal.

Respecto de las mujeres de estas fuerzas, que tuvieron participación en el conflicto armado por la Soberanía de Malvinas, el silencio es inexplicable.

De las más de 24 mil pensiones de veteranos de guerra que paga el estado, no son más de diez las mujeres beneficiadas en esa categoría. Y seguramente ni siquiera ellas son del todo conocidas en la sociedad ²⁰[...] (Panero, 2014, p. 8)

Del mismo modo que en otros momentos de la historia disciplinar, la condición “mujer” o “profesional” no garantiza el reconocimiento de derechos laborales o civiles. Esta situación se torna más grave durante conflictos internos o externos como fue el caso de la dictadura militar y la guerra de Malvinas.

[...] “El abandono institucional fue acompañado del político y social, porque si las instituciones que cobijaron a aquellas mujeres no son quienes hacen conocer sus historias, en el caso del ámbito militar, la política y la sociedad, difícilmente las rescaten.

La realidad, cuando aparece, desnuda una red bien armada de mujeres que estuvieron allí, en el horror de la guerra.

Probablemente, porque su accionar estuvo más vinculado a la atención y contención de soldados conscriptos y no son ellos los que han escrito la historia. Algún oficial alguna vez dijo “creo que tenemos unas enfermeras veteranas por acá” , lo que tristemente evidencia no sólo el desconocimiento de su labor y su participación, sino lo que es peor, ignora la enorme importancia que tuvieron para los heridos” [...] (Panero, 2014, p. 9)

La condición femenina se vincula al cuidado y atención de los jóvenes heridos durante el conflicto bélico (figura 36). Según Panero esto contribuyó a silenciar las historias de las enfermeras.



Figura 36. Mujeres durante el conflicto de Malvinas retratadas por una publicación de la época.

Adaptado de: *La silenciada historia de las veteranas en Malvinas*. Parrilla, 2015.

Panero (2014) retrata la incorporación de las mujeres a las Fuerzas Armadas en los siguientes párrafos:

[...] “En Argentina, la primera fuerza armada en incorporar mujeres, fue la Fuerza Aérea, eran enfermeras universitarias asimiladas, esto es, incorporadas mediante un curso al ámbito militar.

Fueron las primeras, las pioneras, y las que fueron desplegadas a Comodoro Rivadavia durante la Guerra de Malvinas.

El Ejército Argentino, tenía enfermeras instrumentistas quirúrgicas civiles que se ofrecieron como voluntarias para embarcar en el buque Hospital Almirante Irizar. Como militares la incorporación se produjo con posterioridad a la guerra.

La Armada Argentina no tuvo mujeres en sus cuadros durante la guerra, sólo una, correspondiente a la marina mercante, civil, que participó del conflicto por ser requerido el buque donde trabajaba.

Había jóvenes aspirantes a enfermeras en la base naval de Puerto Belgrano, que participaron activamente de la preparación de los buques hospitales.

El Ministerio de Defensa sostiene que las primeras mujeres en incorporarse a las Fuerzas Armadas fueron las enfermeras asimiladas a la Fuerza Aérea en 1980, el Ejército lo hizo en 1997 y la Marina en 2001, estas incorporaciones se fueron dando paulatinamente al cuerpo profesional primero y a los cuerpos de comando después” [...] (Panero, 2014, pp. 12 – 13).

La incorporación de las mujeres no se concretó de manera homogénea, influenciada por el carácter profesional de algunas y de voluntario de otras.



Figura 37. Stella Morales. Adaptado de: *La silenciada historia de las veteranas en Malvinas*. Parrilla, 2015.

Recuperar los testimonios de actores clave en el soporte emocional de los soldados, permite identificar las relaciones de poder y la invisibilización de las mujeres que participaron en acciones de cuidado (figura 37).

[...] “La enfermera de guerra trasciende la batalla, porque queda frente a la esencia misma del ser humano que sufre. Sin banderas, sin territorio, humanitariamente. Es, por eso forjadora de la paz” [...] (Panero, 2014, p.27)

Considerar a la enfermera como “forjadora de paz” permite delinear aspectos del perfil relacionados con textos del período 1939 – 1955 (ver capítulo 3). Es la encargada de mitigar el sufrimiento de manera humanitaria.

El término “humanitario” alude a quien *se dedica al bien de los humanos*, (latín *humanus*) o relativo al hombre (Gómez de Silva, 1998, p. 353). La paz se consigue en el cuidado individualizado, ético y libre de nacionalidades por parte de las enfermeras.

Las privaciones a las que eran sometidos los soldados son reflejadas en una anécdota que Panero detalla con crudeza.

[...] “hablo de una historia que se rumoreaba respecto del manejo de la comida y el hambre y la dolorosa experiencia del piloto la confirmó.

En el Hércules, nadie sabe cómo, había aparecido un cajón lleno de golosinas, en cada vuelo, luego de pasar la zona de peligro, repartían las golosinas a los heridos.

Un joven, con las manos totalmente quemadas por el frío, miraba con ojos ansiosos el reparto, el militar se acercó a él, y se dio cuenta que no podía sostener con sus manos vendadas, nada.

Tomó un chocolate, se lo fue dando de a pedacitos, hasta que con avidez se lo comió todo, y cuando acabó, le hizo una pregunta que al militar le apuñaló el alma “¿Cuanto le debo?” [...] (Panero, 2014, pp. 100- 101).

El cuidado trascendía fronteras y había llegado un punto donde las enfermeras veían en esos jóvenes algo más que “enfermos” o “pacientes”. La contención emocional se convirtió en una herramienta indispensable para el cuidado, a pesar de que muchas de ellas debido a su juventud tenían escasa experiencia clínica.

[...] “Ese día, contó cómo las subían a aviones de Aerolíneas que prestaban apoyo logístico y no les decían dónde iban, con la prohibición de no mirar por las ventanillas que permanecían cerradas, buscaban y llevaban heridos. Alicia no puede asegurar, ni negar, que no tocó alguna vez, en uno de esos viajes misteriosos, suelo de Malvinas. Pero la orden fue el silencio.

Recuerda al prisionero inglés, no saben cómo llegó ni de dónde, permaneció unos días en el hospital reubicable, y ellas lo atendieron. Estaba aterrado, alterado por la idea de que pudieran fusilarlo, ellas debieron dejar su armamento para atenderlo y hacerlo custodiadas. Fue una situación extraña. Peligrosa, de la que también les prohibieron hablar.

Alicia tardó veintiocho años en hablar como tantas otras y otros, y lleva una ventaja, ha podido hacer la catarsis de la guerra, tan necesaria para sanar el alma. Otros, esperan poder hacerla aún. La vergüenza del regreso, oculta, silenciada, tuvo mucho que ver” [...] (Panero, 2014, p.106).



Figura 38. Veteranas de Malvinas. Adaptado de: *La historia jamás contada de las enfermeras abusadas durante la guerra de Malvinas*. Parrilla, 2015.

[...]” No he podido evitar volver una y otra vez al recuerdo de mi padre, a sus palabras duras aquel 2 de abril “no hay nada que festejar, lo que queda después de la guerra es un dolor enorme”

El país donde se esconden historias, se tapan con futbol, con anuncios vacíos, con desvíos de atención, es el mío. Era ése que me mantuvo al margen de la guerra en Córdoba y el que me dio un puñetazo de realidad muchos años después en Comodoro Rivadavia.

Fue ahí, cuando entendí hasta dónde alcanzan las guerras, y hasta dónde dañan los silencios.

Todos perdieron con Malvinas, los más damnificados la vida, otros la salud, otros la paz, y yo me perdí la verdad. Y hubo otros, que en contacto con los soldados, perdieron la dignidad” [...] (Panero, 2014, p. 215).

Las 231 páginas del libro de Panero marcan a fuego al lector mediante el relato de microhistorias sobre los soldados, profesionales y militares que participaron de la Guerra de Malvinas. Sin embargo, es poco utilizado en los contextos de formación de enfermeros.

“Mujeres invisibles” hace uso del estilo biográfico (acompañado de fotos y publicaciones de época) para construir un relato enmarcado en el género de la narración donde se entrelazan familias, recuerdos personales, grupos e instituciones en el contexto sociohistórico donde transcurrieron eventos de su vida (Sautu, 2004).

4.4. El Manual de Rosario

En el año 1982 se publica la segunda edición del “Manual de Enfermería” (Universidad Nacional de Rosario - UNR, 1982). Consta de 343 páginas totales, tapa blanda de color rojo con el título y lugar de publicación. Ilustra la tapa una foto de una enfermera colocándose un barbijo (Figura 39).

Para las diferentes generaciones de estudiantes de Enfermería, el libro fue y es conocido como el “Manual de Rosario”, haciendo alusión a la Universidad responsable de la edición. La claridad conceptual, la fundamentación de las intervenciones y un compendio de procedimientos variados según las necesidades, contribuyó a su difusión en distintos contextos formativos de la Argentina hasta la actualidad.

El índice incluye 9 temas que abordan procedimientos (admisión del paciente, cateterismo, medias de bioseguridad, etc.) con la respectiva fundamentación. Consta de dos prólogos (primera y segunda edición).

Incluye guías, tablas y orientación para la construcción del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), herramienta metodológica profesional para la organización de cuidados que contempla las etapas de valoración, planificación, diagnóstico y evaluación.

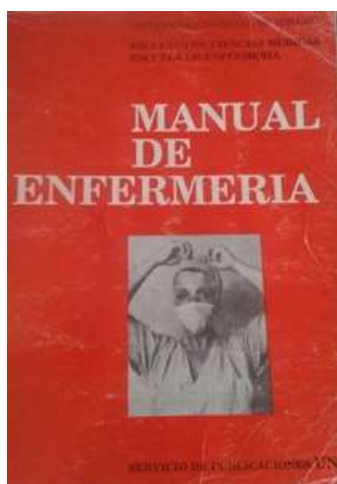


Figura 39. Tapa del manual y fotografía ampliada. Adaptado de: *Manual de Enfermería*. Universidad Nacional de Rosario, 1982. Biblioteca personal de la autora.

La figura 39 (derecha) vincula elementos de género con el status profesional de la disciplina. Una enfermera mujer, moderna, que no muestra objetos históricamente ligados al rol (lámpara, cofia, vestido). Sugiere un profesional

decidido y capacitado (el atuendo es característico de cirugía), sin maquillaje, ornamentos o simbolismos de carácter pietista. Promueve una idea de capacitación, especialidad e independencia, constituyendo una ruptura frente a la abnegación y el sacrificio exigidas a las mujeres vinculadas al modelo Nightingale (Barrancos, 2014).

Mostrar de manera individual al profesional puede considerarse una imagen diferente respecto de modelos de subordinación y/o colaboración con los médicos. Esta idea se sustenta en el constructo “hibridación” (Bhabha, 1994) entendida como la transferencia estratégica del tono, el valor, la significación y la posición (transferencia de poder) de un sistema autoritario o de hegemonía cultural a un proceso emergente de reubicación cultural. El proceso emergente cambia interpretación e institucionalización por apertura. Busca afirmar que hay un valor positivo en toda la sucesión de cambios (Chulach y Gagnon, 2016).

La noción hibridación pone de relieve la necesidad de concebir la igualdad junto a la diferencia, de manera tal que un proceso político-emancipatorio sea posible vía la operación de un dislocamiento o disenso productivo (Álvarez, 2011).

En la República Argentina el estatus de autonomía profesional de la Enfermería sería logrado en forma de ley (24.004) doce años después. Iniciativas como la de la UNR son piedras angulares en el ingreso de los enfermeros a la vida académica.

Los autores del manual de Enfermería (UNR, 1982) fundamentan el propósito de la publicación de la siguiente manera:

[...] “Ayudar al Estudiante de Enfermería en el proceso de enseñanza-aprendizaje a través del acceso a informaciones que en su mayoría no se encuentran en las bibliografías de Enfermería, en un texto único al alcance del alumno.

Ofrecer al personal de Enfermería actualización sobre distintos temas profesionales y/o informaciones necesarias sobre otras que no fueron recibidas en su período de formación” [...] (UNR. 1982, V).

El libro tiene un objetivo dual: ayudar a los que se inician en la profesión y ampliar los conocimientos de los profesionales que se encuentran realizando tareas en el ámbito clínico. Dicho propósito se concreta en la oferta académica de la Universidad que contempla un ciclo de actualización profesional y otro de formación de base para ingresantes.

Un aspecto interesante es la referencia al “proceso de enseñanza aprendizaje”. La adquisición de conocimiento es vista como un continuum, donde la teoría necesariamente debe vincularse a la práctica. Este concepto va de la mano con la mención al futuro profesional como “estudiante”, partícipe activo de la búsqueda, comprensión y generación de masa crítica, no un mero espectador pasivo.

Los aportes de la Psicología Cognitiva a la pedagogía universitaria han influenciado los alcances de rol del estudiante en la relación pedagógica. A fin de párrafo, se caracteriza al estudiante como “alumno” (*alumnus - alĕre alimentar*): uno de los sentidos es el de “discípulo” (Real Academia Española, 2016), aquél que es “alimentado” por el conocimiento y crece con luz propia. La palabra refuerza el carácter progresivo del aprendizaje y puede convertirse en un llamamiento a la generación de futuros profesionales que, al ser nutridos por la vida académica, participen de manera activa en el desarrollo disciplinar. El intercambio pedagógico se convierte en un acto que trasciende el asistencialismo docente hacia una construcción cooperativa del conocimiento.

Considerar la publicación como “texto único” trae reminiscencias de los primeros manuales utilizados para la formación de los enfermeros en el cenobio (García Martínez y García Martínez, 2012). Estos textos tenían una estructura de consulta durante la práctica clínica. El formato permitía llevarlos en una chaqueta o colgados del uniforme para facilitar el acceso a la información. Un compendio de técnicas acompañada de la fundamentación respectiva en un único volumen portable ayuda a que los estudiantes puedan consultarlo durante la práctica hospitalaria. Resulta novedosa para la década del 80 la propuesta de un libro que sirviera de guía rápida, que aspirase a su vez a brindar información basada en fundamentos profesionales. Este formato permite considerar que, a diferencia de la Medicina, en la cual el principal valor no epistémico constitutivo se asocia con aspectos patológicos o una alteración de una norma dada, la Enfermería tiene el papel propio de inducir a los individuos a aprovechar al máximo el potencial para regular sus procesos psicofísicos o para activar su salud (Zanotti y Chiffi, 2016, p.9). Estas concepciones marcan una fractura con el paradigma biologicista a favor de la ejecución de cuidados integrales (bio-psico-sociales).

El concepto de “actualización” será retomado en otros párrafos de la Introducción al Manual y décadas después considerado fundamento de la ley de ejercicio profesional (24.004/1991), en línea de documentos producidos por diversas asociaciones internacionales como la OMS/OPS. La consonancia puede asociarse al financiamiento recibido de dichas organizaciones para la formación de recurso humano enfermero (Faccia, 2015).

Esta publicación se inscribe dentro de la definición de salud de la OMS (1948), pero amplía el campo de acción hacia criterios de atención que involucran el concepto de calidad tal como se refleja en el siguiente párrafo:

[...] “alcanzar el único y esencial objetivo de todo profesional de la salud, que es el de ofrecer al individuo sano o enfermo la más eficaz y eficiente atención con un mínimo de riesgos” [...]. (UNR, 1982, V)

La figura del enfermero/a se inserta en el equipo de profesionales. Difiere de concepciones relativas a la “vocación de servicio” que lo alejaban del circuito profesional. Adquiere “estatus” dentro del enclave sanitario. Para ello, se hace necesaria una formación que permita ofrecer “eficaz y eficiente atención con un mínimo de riesgos”.

Considerar el paradigma de la calidad cobra sentido en requerimientos como “eficaz y eficiente” que abarcan dimensiones procedimentales y teóricas. En la actualidad, brindar cuidados eficientes y eficaces minimizando riesgos es un estándar en la práctica clínica (CIE, 2006). Este texto, en la Argentina de los años 80 hacía necesario el comienzo de una resignificación del rol profesional y la adquisición de un nivel mayor de autonomía, superando la idea de “colaboración”.

Entre los aspectos normativo/prescriptivos del manual se destacan:

[...] “El aporte que los autores consideran más significativo es la fundamentación científica del quehacer técnico, es decir la explicación del por qué se hacen las cosas. Entendemos que el modo de realizar las actividades puede variar siempre que no se transgreda la fundamentación científica que las está avalando [...] Se tiende a desarrollar en el profesional enfermero la capacidad de pensamiento reflexivo y juicio crítico dado que la misma es más importante en la conducta humana que la destreza manual, posible de ser alcanzada a través de una ejercitación adecuada” [...]. (UNR, 1982, V).

Los autores resaltan la importancia de legitimar el conocimiento profesional mediante la referencia al saber científico. El enfermero deja de ser un mero “hacedor” para convertirse en un profesional formado, que trasciende la técnica y se posiciona dentro de la órbita científico – académica. Estas ideas guardan coherencia con los principios internacionales que en los años 80 se orientaban al desarrollo de un cuerpo de conocimientos propios con la intención de precisar los alcances del rol. La pedagogía en Enfermería dio un giro sustancial desde los orígenes enfocados en aspectos procedimentales hacia la redistribución curricular que incorpora conocimientos de teoría (Piovano y Gómez, 2008).

El aspecto normativo/prescriptivo se identifica en la expresión “el modo de realizar las actividades puede variar siempre que no se transgreda la fundamentación científica que las está avalando”, idea que puede vincularse al paradigma positivista que considera los elementos de análisis *objetivos* y *objetivables* (Vasilachis, 2003, p.24).

En la historia profesional, la asimetría de conocimientos entre el cuerpo médico y los enfermeros hacía necesaria una fundamentación basada en la “evidencia”, no sólo en la ejecución de prácticas. Surge la necesidad de generar un “pensamiento crítico” en el estudiante y en los profesionales, que permita diversificar la técnica sin perder de vista los juicios basados en la evidencia.

La pericia en la realización de una técnica puede ser lograda mediante la ejercitación, pero el juicio o pensamiento crítico será posible sólo a partir del paso por contextos estimulantes de la reflexión en entornos adecuados.

Estas concepciones apoyan la capacitación en servicio donde la formación universitaria se torna un facilitador (mediante la fundamentación de acciones) de los cuidados en el ámbito sanitario.

El *Manual* considera asimismo el rol de Enfermería en las especializaciones:

[...] “Este Manual comprende técnicas, sus fundamentaciones científicas, procedimientos y tablas, utilizados por Enfermería en la satisfacción de las necesidades básicas del individuo sano o enfermo y en acciones específicas de las áreas materno-infantil, médico-quirúrgica en adultos y niños, salud pública en Enfermería. Se incluyen ilustraciones a fin de facilitar la comprensión del material escrito” [...] (UNR. 1982, V).

En este párrafo encontramos nuevamente la mención a fuentes teóricas y su vinculación con la atención a los individuos sanos o enfermos. Los enfermeros se convierten en un recurso de valor a partir de conocimientos y prácticas que les permiten la atención a individuos en situaciones intra/extra hospitalarias. Este apartado anticipa la inclusión de la Enfermería en el ámbito académico y brinda la posibilidad de un futuro promisorio para la formación superior de las nuevas generaciones.

La inclusión de tablas e ilustraciones hacía atractiva la publicación que se inscribía en las corrientes pedagógicas de la época. Perseguía un objetivo doble: la fundamentación científica de los procesos y el desarrollo de los procedimientos por medio de figuras.

Los autores señalan obstáculos para la elaboración del *Manual*:

[...] “escaso material bibliográfico de habla hispana sobre los temas tratados, como así también sobre investigaciones y experiencias de grupos latinoamericanos de Enfermería” [...] (UNR. 1982, V).

Insertarse en el mundo de la investigación continúa siendo un desafío para la Enfermería en la Argentina en la actualidad. La escasez de profesionales con conocimiento de idiomas, la falta de pertenencia a instituciones con convenios y los desbalances en la economía nacional se convierten en amenazas para el acceso a información actualizada. El *Manual* señala esas necesidades: información actualizada, desde una perspectiva pedagógica, con fundamentación científica, un “texto único” y destinatarios de diferente pertenencia (profesionales y estudiantes). Allí reside su actualidad, así como el impacto en el uso y distribución.

El libro puede considerarse un eslabón en el proceso de formación profesional. Cifra la revisión en el avance del conocimiento científico. Esta idea se expone en la afirmación del prólogo:

[...] “Por todo esto consideramos que este material estará sujeto a permanentes revisiones” [...] (UNR. 1982, VI).

La posibilidad de aumentar y mejorar el saber en una disciplina requiere un marco de autonomía que se revela como un signo cuya función ha sido la de

representar la cualidad del autogobierno (Sánchez, 2009) que llegaría a principios de la década del 90 con la ley 24.004 de ejercicio profesional.

“Manual de Procedimientos de Enfermería” (UNR, 1982) constituye un ejemplo de los desafíos que enfrenta la inserción de una profesión en el contexto académico. La educación de Enfermería se originó en el ambiente monolítico del hospital que no se traduce fácilmente en el nivel universitario. Así, el estatus de Enfermería como profesión era problemático. El estatus como disciplina de estudio es ambiguo e "intermedio" (Brooks, 2005). Las continuidades y los cambios que surgieron a raíz de la profesionalización, el ingreso de nuevas generaciones, la normativa tendiente a regular derechos y obligaciones, las asimetrías de funciones respecto al resto de los integrantes del equipo de salud permanecen como discusiones del ámbito universitario.

El libro se convierte en una campana que repica de manera incesante problemas persistentes: la objetividad como condición para la inclusión del saber, la necesidad de una visión educativa que respalde el recorte de información, la practicidad en la consulta de contenidos, la inclusión de profesionales con necesidades de actualización, el empleo del libro como “texto único”, la formación continua en un país como la Argentina donde las disparidades económicas y las barreras lingüísticas dificultan la docencia - investigación.

La narrativa que traza el Prólogo del *Manual* ilustra el significado de categorías consideradas relevantes en la Enfermería argentina de los 80 y el posicionamiento de la disciplina en el enclave mundial (Seixas y Peck, 2004).

4.5. Voces, historias, identidad

Las fuentes primarias pasadas y presentes utilizadas en la formación de Enfermería, permiten identificar categorías edificadas desde una perspectiva sociohistórica. Involucran competencias, alcances de rol, dificultades para la inserción en la vida académica, corrientes educativo - sanitarias y eventos socioprofesionales. El análisis de textos se convierte en una herramienta de la metodología cualitativa que comparte supuestos del paradigma interpretativo. En esta línea, el análisis lingüístico hace manifiesta la capacidad del discurso para crear la realidad social (Vasilachis, 2012).

Tabla 5. Textos procedimentales e históricos para la formación de enfermeros

Variables de inferencia	Material analizado [original del texto]	Autor	Hipótesis y/o interpretaciones
<p>Tríada terapéutica</p> <p>Relación con: el enfermo, los superiores y colegas</p>	<p>“A una de las actividades más importantes de la humanidad –la mano tendida al enfermo- pertenece la Historia de la Enfermería. Estrechamente relacionada con la Historia de la Medicina, sus orígenes son más difíciles de trazar. Conviene analizar los distintos períodos históricos, estudiar en ellos la Historia de la Medicina y considerar a la Enfermería –su precioso auxiliar- como formando parte de la misma, sea ejercida por el propio médico, por los allegados al enfermo por parentesco o por sentimiento de caridad”</p>	<p>Molina, 1961</p>	<p>Vinculado a preceptos religiosos y concepciones biologicistas del proceso salud - enfermedad</p> <p>Auxiliar de la profesión médica</p>
<p>Competencias actitudinales</p>	<p>“A una de las actividades más importantes de la humanidad –la mano tendida al enfermo- pertenece la Historia de la Enfermería”.</p> <p>“Se tiende a desarrollar en el profesional enfermero la capacidad de pensamiento reflexivo y juicio crítico dado que la misma es más importante en la conducta humana que la destreza manual, posible de ser alcanzada a través de una ejercitación adecuada”</p>	<p>Molina, 1961</p> <p>UNR, 1982</p>	<p>Enfermería como arte de cuidar</p> <p>Ejercitación del pensamiento crítico como modo de jerarquización profesional y su relación con el manejo de procedimientos</p>

Enfoque trascendente	“Sólo espero que el relato de la vida y obra de nuestras antecesoras, religiosas o laicas, sirva de ejemplo a la juventud estudiosa y la aliente y ayude a realizar obra de bien por la humanidad doliente y por el progreso de tan digna profesión “	Molina, 1961	Carácter vocacional Preceptos morales del cuidado
Acceso al conocimiento	“la necesidad imperiosa de contar con un texto que sirva de guía a las estudiantes, carentes de toda bibliografía en castellano sobre el tema“	Molina, 1961	Mejoras implementadas a partir de la educación formal
	“escaso material bibliográfico de habla hispana sobre los temas tratados, como así también sobre investigaciones y experiencias de grupos latinoamericanos de Enfermería”	UNR, 1982	Mejoras implementadas a partir de la educación formal
Provecho de la instrucción	“Ayudar al Estudiante de Enfermería en el proceso de enseñanza-aprendizaje a través del acceso a informaciones, que en su mayoría no se encuentran en las bibliografías de Enfermería, en un texto único al alcance del alumno. Ofrecer al personal de Enfermería actualización sobre distintos temas profesionales y/o informaciones necesarias sobre otros tópicos que no fueron abordados en el período de formación”	UNR, 1982	Necesidad de la capacitación para la fundamentación de cuidados.
	“Desde hace más de una década la Historia de la Enfermería figura en los programas oficiales de enseñanza de nuestro país, de donde surge la necesidad imperiosa de contar con un texto que sirva	Molina, 1961	Texto único y socialización del conocimiento basado en los requerimientos instruccionales

Conocimiento procedimental	de guía a las estudiantes, carentes de bibliografía en castellano sobre el tema “		
	“Este Manual comprende técnicas, sus fundamentaciones científicas, procedimientos y tablas, utilizados por Enfermería en la satisfacción de las necesidades básicas del individuo sano o enfermo”	UNR, 1982	Vinculación teoría – práctica para la formación.
Ética del cuidado	“alcanzar el único y esencial objetivo de todo profesional de la salud, que es el de ofrecer al individuo sano o enfermo la más eficaz y eficiente atención con un mínimo de riesgos”	UNR, 1982	Pericia en la realización de procedimientos para “no dañar”.

Nota. Variables de inferencia identificadas en textos históricos y procedimentales para la formación profesional. Adaptado de: p.108 – 109. Capítulo tercero. La categorización. Bardin, 1986.

La tabla 5 tiene por objetivo identificar categorías compartidas en ambos textos a pesar del intervalo cronológico. Las publicaciones coinciden en la preocupación de no contar con datos actualizados en el idioma castellano.

Difieren en la óptica pietista vinculada a lo religioso/moral en la obra de Molina frente a una visión laica dirigida hacia un perfil universitario de la UNR. La publicación de la UNR no incluye consideraciones actitudinales, morales, de etiqueta o pietistas.

Los dos textos son utilizados hasta la fecha en contextos universitarios y terciarios.

El ingreso al medio universitario coloca a los profesionales de Enfermería en paridad respecto a otras disciplinas del campo de la salud. Esta situación favorece la generación de textos orientados a tal fin. No obstante, la persistencia de categorías que ubican al enfermero/a en situaciones de inferioridad o subordinación persisten, dando continuidad a un perfil profesional teñido de representaciones provenientes de épocas pasadas.

5. Enfermería en el Siglo XXI. Desafíos para la formación profesional

La labor del profesional enfermero es objeto de expectativa e interés en la sociedad, la familia, los profesionales de la salud y el usuario. Cuestiones derivadas plantean hasta qué punto una imagen o modelo se refleja en el perfil académico/sanitario.

Enfermería como disciplina de valor social surgió en el siglo pasado con el estudio de los fenómenos relativos al cuidado de la salud. Los saberes milenarios y las dimensiones históricas y filosóficas sobre los cuidados humanos han perfilado el rol desde los cuidadores informales hasta ser definidos en el marco de una profesión a partir del siglo XIX con los aportes de Nightingale (Aimar, Videla y Torre, 2006).

En la República Argentina, la ley de ejercicio de la Enfermería (24.004/91) brindó un marco regulatorio en términos de formar profesionales que pudiesen integrarse al ámbito nacional y participar activamente en las decisiones referidas a la salud de la población en su conjunto, que demandó a las instituciones formativas una revisión curricular y la expansión de las ofertas de posgrado.

Entre los años 2004 – 2015 surgieron una serie de textos que tenían por fin relatar eventos históricos de la Enfermería. La metodología elegida por los autores es de variada índole, así como el recorte de eventos elegidos. Algunos de estos textos son creaciones colectivas y multidisciplinarias; otros relatan historias en primera persona.

El pensamiento histórico no es un proceso natural ni brota del desarrollo psicológico. Esta es una de las razones por las que es más fácil aprender nombres, fechas e historias que cambiar las estructuras mentales para indagar el significado del pasado (Wineburg, 1999).

Analizar eventos históricos permite considerar el proceso de formación de la identidad como algo fluido y continuo, en relación con el entorno organizacional, así como con otros proveedores de salud, pacientes y familias (Chulach y Gagnon, 2016).

5.1. Nuevos textos, viejos problemas

En el año 2004 se encuentra en los anaqueles de las bibliotecas para la formación de Enfermería el libro “Historia de la Enfermería. Formación y perspectivas” (De Titto, Ricci y De Titto, 2004). El volumen se organiza en 11 capítulos, prólogo, epílogo, anexo documental y bibliografía. Propone un recorrido lineal por la historia de la Enfermería mundial dedicando 5 capítulos a eventos que tuvieron lugar en la República Argentina.

La importancia de revisar la historia profesional, su vinculación con la medicina y la relación con el paciente es tenida en cuenta desde los primeros párrafos del libro, prologado por Abraam Sonis²¹.

[...]” Una visión de la enfermería enfocada globalmente en el campo de la atención en salud a lo largo de la historia y en función del entorno social correspondiente a cada época resulta, sin duda, interesante y atractiva para la comprensión de los problemas que caracterizan hoy al sector salud y a la profesión en sí misma.

El entrelazamiento del acontecer político-social y económico con las adquisiciones científicas que se han sucedido en la historia, aceleradas en las últimas décadas, proporciona una visión muy aguda para el análisis de las profesiones que conforman el recurso humano para la atención en salud.

Y la enfermería constituye un caso especialmente adecuado para este análisis, al desarrollar actividades que comprendan las dos pautas básicas de la atención médica: el conocimiento científico y la relación con el paciente; la “función apostólica”, como la denominó el maestro Lain Entralgo²² [...] (Sonis, 2004, p.12).

El término apostólico/a hace referencia a los discípulos elegidos por Cristo para predicar el Evangelio. Proviene de la voz latina tardía *apostolus* y del griego *Ἀπόστολος* (apóstolos), mensajero, enviado (Gómez de Silva, 1998). Esta representación retoma la óptica trascendente de textos precedentes, llevando a la construcción de una imagen ligada al pietismo vocacional.

[...]” El surgimiento de la enfermería como actividad profesional a mediados del siglo XIX, las distintas circunstancias que potenciaron su evolución, la interacción con el movimiento feminista y el desarrollo científico tecnológico, entre otros factores determinantes, constituyen generosos temas de análisis y discusión.

Y, por qué no decirlo, también de polémica, dada la complejidad del asunto, el peso de la tradición, el conflicto entre las tentativas de profesionalización y los intereses creados

en el sector, y las oscilaciones en el ejercicio del poder, por citar algunos factores que obligaron, en muchos casos, a soluciones de compromiso.

Mención especial merece la narrativa relacionada con la evolución de la enfermería en nuestro país, ligada indisolublemente a nuestra historia política, como lo demuestra la descripción de las distintas alternativas en la formación de este recurso humano estratégico y la fragmentación, que ha dificultado proyectos globales” [...] (Sonis, 2004, p.12).

Considerar la historia profesional como un “generoso tema de análisis y discusión” se asemeja a la afirmación realizada por Ruiz Moreno en 1960 para el libro de Molina (1961) “despertando un interés casi apasionante por esta rama auxiliar de la Medicina”. Tanto las obras de De Titto et al. como de Molina, fueron prologadas por médicos de renombre para la época.

[...] “Si, por otra parte, recordamos la escasez en nuestro medio de publicaciones sobre los temas analizados, podríamos calificar como doblemente meritorio este emprendimiento” [...] (Sonis, 2004, p.12).

De Titto et al (2004) emprenden el recorrido por la historia de la Enfermería a uno y otro lado del océano. En cuanto al trabajo de las misiones jesuíticas en el cuidado de la salud mencionan el uso de sangrías y la instalación de herbolarios.

[...] “Las “reducciones” jesuíticas entre los guaraníes se iniciaron en 1610, pero el modo cultural europeo no previó que los indígenas, sanos en su vida tradicional, “enfermaban con facilidad y en forma colectiva estando reunidos en pueblos”, según dice el padre Guillermo Furlong: “Cuando en 1641 – 1643 otra peste cundió por los pueblos (...) los Padres Misioneros sangraban a los indios y los curaban de sus enfermedades, pero ya habían adiestrado a los mismos indios para que hicieran de enfermeros en esos casos”. El padre Cristóbal Altamirano fue el primero en organizar, en Candelaria una botica que sirviera a todas las misiones. En Asunción del Paraguay hubo otro enfermero jesuita, Antonio Rodríguez, de origen portugués, que trabajó en la región cerca de treinta años y falleció en 1658. Domingo Torres fue un “fervoroso herborista” cuyas fórmulas perduraron “en los archivos de las Doctrinas”. En 1694 el flamenco Matías Buckier fue destinado a la zona de Uruguay y se asentó en Yapeyú; el padre Antonio Sepp lo consideraba “medio médico”²³ [...] (De Titto et al, 2004, p.65).

El texto coincide con la postal ofrecida por Molina (1961) en lo relativo al trabajo de los jesuitas con los pueblos originarios y en la idea de la supremacía *huinca*²⁴ sobre la debilidad de los “indios”. El “indio” era “adiestrado” por el jesuita para curar los males producidos por “estar reunidos en pueblos”.

En la década del '60 autores como Santucho (1962) planteaban un panorama diferente en lo relativo al trabajo sobre la propiedad colonial. Es interesante notar que cuarenta y dos años después, persista en textos como los de De Titto y colaboradores (2004) una imagen que poco tiene que ver con indagaciones antro-po-etnológicas.

[...] “La Compañía de Jesús, con casa en Santiago del Estero, llegó a reunir en sus manos el control de diversas estancias y haciendas. Sus métodos, su disciplina y organización fueron las propias de una verdadera y perfilada empresa mercantil “[...] (Santucho, 1962, p.17)

[...] “Algunas reducciones de indios sirvieron de base para establecimientos parecidos. Con una buena dirección y con un régimen de disciplina castrense, el trabajo de la multitud de indios sometidos a la doctrina en poco tiempo multiplicó en resultados e incrementó las posesiones “[...] (Santucho, 1962, p.18).

Los documentos ilustran las relaciones de asimetría entre el que era poseedor del conocimiento y los profanos. Coinciden en la visión del otro y en las disparidades en la distribución del poder (Todorov, 1991). Relaciones que en el caso de la Enfermería fueron una norma en determinados momentos de la historia configurando su identidad.

Digno de consideración es el apartado acerca de las mujeres que participaron durante la Conquista del Desierto²⁵ y su vinculación a tareas relativas al cuidado de enfermos.

[...] “las mujeres que, siguiendo a sus maridos, novios o compañeros, se instalaban en los fortines” [...] “curaron a los heridos, cosieron y hasta tomaron el fusil en las emergencias. Enfermeras improvisadas, las *fortineras* no fueron pocas: 10 mil personas que habitaban la frontera con el indio en 1870, cuatro mil eran convertidas en “milicas”.

Su presencia en los fortines estaba reglamentada y, entre sus labores, se definía lavar la ropa de los soldados enfermos y cuidar a los heridos, amén de cocinar, asistir a los velatorios y rezar por el alma de los difuntos. Muchas de ellas eran indias tomadas prisioneras o antiguas cautivas recuperadas. El presidente Sarmiento reconoció su papel: “Las mujeres, lejos de ser un embarazo eran, por el contrario, el auxilio más poderoso para el mantenimiento, la disciplina y el servicio de la montonera” [...] (De Titto et al, 2004, p. 131).

Valko (2010) indaga este período histórico destacando que la construcción de un imaginario presenta una idea acerca del indio que sirve como cobertura

ideológica a las prácticas de exterminio organizadas. Resaltar las diferencias buscando anular su humanidad, en contra de un “nosotros” que se exhibe como fuente de la civilización (Ottini, 2010).

[...] “hubo algunas cuarteras que, en especial, lograron ganarse el respeto de los soldados: las curanderas” [...] (De Titto et al, 2004, p.131).

[...] “la descripción nos habla de “enfermeras” que ejercían su trabajo desde lo puramente empírico o con el mero saber de la tradición oral, pero que se asumían como responsables de la salud en su entorno social. Curiosamente, ese valor rescatado en la pampa, es el que se irá perdiendo en la cultura hospitalaria moderna” [...] (De Titto et al, 2004, p.133).

La actuación en tareas vinculadas al cuidado durante la conquista del desierto ejemplifica la óptica profesional – empírica y el rol del cuidador en su entorno social/epocal.

[...] “La enfermería argentina debe estar orgullosa de su tradición, que se nutre históricamente de las cinco fuentes posibles: el Estado, auspiciante de la Escuela Cecilia Grierson; las ONG, como la Cruz Roja; la iniciativa privada; los centros comunitarios, como las sociedades de socorros mutuos y los hospitales de las comunidades, y la rama confesional, dependiente de los credos organizados, como la Iglesia católica” [...] (De Titto et al, 2004, p.167).

El término tradición puede ser interpretado como la transmisión de los elementos de la cultura de una generación a otra (Gómez de Silva, 1998, p. 686). Algunas de las organizaciones mencionadas persisten en la actualidad en la formación de nuevas generaciones de enfermeros.

La delimitación surgida de la normativa profesional enfrenta desafíos en la distribución de tareas y responsabilidades.

[...] “La enfermería, sin embargo, también considerada como una ocupación femenina, carecerá en la Argentina de voces propias que la expresen públicamente” [...] (De Titto et al, 2004, p.174).

[...] “Aún en 1935, dado el origen social de las enfermeras, en muchos casos, marginal, la sociedad no reconoce a la carrera como una profesión “elegible” (De Titto et al, 2004, p.183).

[...] “Otro aspecto que debe reformularse es el del ejercicio del poder en las instituciones y su combinación con el machismo arraigado en el mundo de los cuidados de salud. La enfermería –como en este libro creemos que alcanza a ilustrar con claridad- creció “a la

sombra” de la medicina, y las enfermeras, “a la sombra” de médicos y científicos. El sexismo en el interior del sistema de salud ha reproducido las formas patriarcales de dominación, la discriminación racial y de género y las estructuras jerárquicas verticalistas” [...] (De Titto et al, 2004, p.223).

Los párrafos seleccionados forjan la imagen social de la Enfermería: escasez de conducción/liderazgo identificable, estrato social de los encargados de realizar cuidados a enfermos, organización de las instituciones sanitarias.

En cuanto a la influencia del peronismo en la formación de enfermeras, los autores destacan eventos que impactaron en la capacitación.

[...] “La formación de enfermeras recibió un nuevo impulso cuando quedó en la órbita de la Comisión de Cultura Sanitaria, integrada por cinco médicos y una enfermera, María Elena Ramos Mejía. Su objetivo fue preparar instructoras para diversas escuelas del país y crear una propia escuela de Enfermería” [...] (De Titto et al, 2004, p.195).

[...] “la Comisión de Cultura Sanitaria puso en vigencia un nuevo programa para todas las Escuelas de Enfermería existentes” [...] (De Titto et al, 2004, p.195).

[...] “Es significativo también que, en septiembre de 1948, la Comisión Asesora de la Enseñanza de la Enfermería reemplazó a la Comisión del Personal Auxiliar de la Medicina. Formada por dos médicos y dos enfermeras, la nueva comisión se abocó a elaborar programas para las escuelas de enfermería – estatales y privadas reconocidas, asesorarlas y vigilar y fiscalizar su cumplimiento y las mesas examinadoras de las escuelas particulares” [...] (De Titto et al, 2004, p.196).

La vinculación entre las modificaciones sanitarias impulsadas por Carrillo y la Fundación Eva Perón (FEP) es descripta por los autores dentro de la órbita del impulso a la reforma sanitaria como política de Estado.

[...] “Evita ordenó realizar previamente un censo de mujeres peronistas en todo el país. Esto le permitió organizar la primera Asamblea Nacional del Movimiento Peronista Femenino, el 26 de julio de 1949 en el Teatro Cervantes [...] “La primera tarea fue elegir sus “delegadas”, mujeres jóvenes, sin experiencia política previa, que se lanzaron fervorosamente a la organización sanitaria. Muchas de ellas pertenecían a la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón” [...] (De Titto et al, 2004, p.197).

El libro elude la referencia a las tensiones entre la gestión de Ramón Carrillo y la FEP, así como su desarticulación e intervención luego de 1955. No obstante, hace referencia a la óptica que sostuvo el proyecto para la inclusión de las mujeres en los campos político/educativos.

[...] “La irrupción masiva de mujeres en nuevos planos no se realizará, sin embargo, sin contradicciones. La nueva y vasta organización de asistencialismo institucionalizado se sostuvo desde una concepción “maternalista” y protectora y fue erigida sobre el mismo esquema verticalista que caracterizó el accionar del justicialismo. Eva Perón se mantuvo lejos de cualquier discurso feminista y reafirmó reiteradas veces que el papel natural de la mujer era ser ama de casa y su lugar, “el sagrado recinto del hogar”; más de una vez deploró que la mujer saliese del hogar para trabajar” [...] (De Titto et al, 2004, pp.197-198).

La óptica de sujeción persistiría durante décadas donde la profesionalización se erigiría como una bandera disciplinar.

Los eventos de la década del 70 y el regreso a la democracia son relatados por De Titto et al (2004) de la siguiente manera:

[...] “La Argentina, aunque se había colocado a la vanguardia latinoamericana en cuanto a la concepción de la salud pública, necesitaba replantearse el ejercicio profesional y actualizarlo a las nuevas disciplinas” [...] (De Titto et al, 2004, pp.203 - 204).

[...] “La situación no cambiaría sustancialmente hasta después de la caída de la siguiente dictadura militar, en 1983. La formación de enfermeros siguió en manos de las escuelas tradicionales y, desde el punto de vista práctico, miles de enfermeros empíricos –como los formados en las escuelas municipales bonaerenses y que, para “reconvertirse”, pasaron por las aulas de la Escuela Superior de Sanidad de la provincia de Buenos Aires– continuaron trabajando sin reconocimiento de orden nacional. En un sentido, las reformas introducidas entre 1967 y 1969 no habían sino “blanqueado” las deficiencias del sistema y abusaban del término “profesional” sin conferirle realmente tal status” [...] (De Titto et al, 2004, p.208).

[...] “Una época de inestabilidad política, cruzada por intentos de cambios sociales, no brindó a la enfermería una perspectiva diferente. Habría que esperar el retorno a la democracia, tras los años “de plomo”, para que los reclamos sectoriales retomaran su vigor” [...] (De Titto et al, 2004, p.209).

Según los autores las tensiones entre las acciones en pos de la profesionalización y un marco normativo en el que persistía la idea de colaboración, obstaculizaron el desarrollo durante las décadas del 60 – 70.

[...] “La lucha por la identidad profesional se despliega en varios terrenos. Al respecto se indica como uno de los problemas centrales que la enfermería se defina en relación a las otras profesiones de la salud, sin conciencia clara de su contribución específica y sin distinguir el cuidado de la enfermería del servicio médico. La reconceptualización global se plantea, además, poner fin al modelo patriarcal –y el concepto de salud y enfermedad

que encierra–, para dar paso a un modelo liberador, autónomo, democrático, con un enfoque actualizado y holístico del continuo salud-enfermedad y un plantel de enfermería participativo y crítico. Estos cambios redundarían en un reconocimiento del paciente como sujeto y de la enfermera/o como un activo agente de salud” [...] (De Titto et al, 2004, p.229).

El constructo identidad puede ser concebido como las características por las que se puede reconocer a un individuo (Gómez de Silva, 1998, p. 360).

La *profesionalización* (Freidson, 1996) se entiende como un proceso social por el cual se mejoran las habilidades de una persona para hacerla competitiva en términos de su profesión u oficio. De esta manera, se produce un *cierre ocupacional* para aquellos individuos que no se encuentran cualificados para la realización de determinadas actividades (Freidson, 1986). Según este autor las profesiones se encuentran formadas por grupos de individuos que comparten rasgos institucionales o ideológicos y se conciben en primer lugar por su “ocupación”, quedando para un segundo plano la “clase” a la que pertenecen (Freidson,1986).

[...] “en los nuevos enfoques curriculares es importante la noción de sistema; se busca que los alumnos y futuros profesionales comprendan el todo, el contexto histórico, económico y social y desarrollen así mayor habilidad para adaptarse a las situaciones cambiantes del mundo contemporáneo. No se trata de un discurso político, ni ideológico, sino un enfoque que pone el acento en la autonomía y que se propone conquistar la autoestima –históricamente postergada–, por vía del conocimiento y el autoconocimiento.

Como señala una publicación reciente: “seguridad en su conocimiento, buena comunicación con el paciente; buena presencia (prolijidad en el aspecto; uñas limpias...) y conocimiento técnico. A partir de ahí la profesión se reivindica sola”.

Otro problema práctico y que está instalado en el debate es la pretensión –necesidad, se subraya– de crear en los enfermeros el hábito de la lectura y el estudio, de la actualización sistemática. Ello implica un cambio actitudinal y cultural que no puede sino beneficiar a los enfermeros, a pesar de sus prolongadas y extenuantes jornadas laborales y el escaso tiempo “libre” de que disponen en general los trabajadores argentinos” [...] “Sin incentivos no se alienta el perfeccionamiento, y la formación se estanca” [...] (De Titto et al, 2004, p. 230).

Los autores trazan los rasgos que deberían compartir los profesionales de la Enfermería en una tríada que involucra el modelo de cuidados – competencias

actitudinales (presencia, higiene, educación) – capacitación continua. Pueden identificarse las coordenadas pedagógicas (Hernández Conesa et al, 2013) que permiten considerar la prevalencia de ciertos modelos/estereotipos de rol en el continuum histórico.

5.2. El arcón de la Enfermería: trabajo con fuentes

El pensamiento histórico puede hacer uso de una orientación al pasado formada por cánones disciplinarios de evidencia y reglas de argumentación (Toman y Thifault, 2012). Esta idea toma impulso en los primeros diez años del siglo XXI con la aparición de textos interesados en una revisión historiográfica de la disciplina enfermera.

“Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina” (Morrone, 2013) intenta dar el debate frente a cuestiones “pendientes” de la historia profesional.

[...] “Podría decir que el propósito de este texto es que sea leído, entendiendo la lectura como un proceso productivo, no solamente reproductivo, y social; no como acto individual. Compartir dudas, ensayar, abrir la cuestión, ya que entiendo que el mayor inconveniente no radica en socializar las incertidumbres, por el contrario, el inconveniente radica en sostener los obstáculos tabicando posibles salidas.

Sobre falacias se van enlazando las ideas y se construyen argumentaciones que estancan el debate colectivo en relación a la evolución de una profesión que se describe a sí misma en un callejón sin salida” [...] (Morrone, 2013, p.41).

Evolucionar da idea de cambios o transformaciones graduales (Gómez de Silva, 1998, p. 287). Permite considerar el desarrollo disciplinar de manera continua, sin fragmentaciones, con el objetivo de iniciar la búsqueda de respuestas frente a un determinado estado de cosas.

[...] “la deficitaria producción de material relacionado con la historia de la enfermería argentina es un indicador de la subordinación con que se disciplina a sí misma.

[...] Las consideraciones de los problemas que emergen en el colectivo profesional nacional no tienen en cuenta el anclaje geográfico ni temporal, no contemplan antecedentes directos e indirectos y menos aún analizan las consecuencias de las decisiones que sus miembros han ido concretando.

Todo lo mencionado promueve la debilidad identitaria [...] Faltan eslabones indispensables para analizar y reflexionar críticamente. Se naturaliza la omisión de la

influencia de los factores políticos, sociales y económicos en cada etapa del proceso histórico” [...] (Morrone, 2013, p. 42).

La escasez de material documental se atribuye a la subordinación disciplinar. Colocarse debajo de otras profesiones pareciera emerger del propio colectivo profesional. Considerar el análisis de la historia desde una perspectiva sociopolítica permite una diferenciación frente a otras perspectivas.

“Soltando amarras...” (Morrone, 2013), se compone de 5 capítulos, prólogos de Siles González (2011) y Velandia Mora (2012), nota biográfica de la autora, consideraciones a la tercera edición, apartado a modo de cierre, bibliografía y un glosario de siglas (259 páginas totales). Entre los temas seleccionados para los capítulos se encuentran: colonización y atención en salud, la enfermería de Carrillo, militancia política de los enfermeros en la segunda mitad del siglo XX, guerra de Malvinas, formación y ejercicio profesional, la subalteridad. A diferencia de otros textos profesionales, los prólogos fueron redactados por enfermeros delineando el espíritu de la obra.

[...] “Haber eliminado, en los planes de estudios de la formación profesional, la asignatura Historia de la Enfermería, es proscribir tanto para los estudiantes como para los graduados el derecho de conocernos y re-interpretarnos. Por lo tanto se hace imprescindible democratizar este espacio para avanzar. Propiciar el debate historiográfico, la coherencia y fundamentación de los análisis, y la explicación de la línea ideológica en que se sostienen las respuestas” [...] (Morrone, 2013, p.36).

[...] “Escribir, investigar y publicar es la materialización de un acto de libertad y también de valentía, ya que quedamos expuestos a lo que acontezca con la obra. Pero también es un acto de reparación colectiva, y de creatividad saludable.

Intentaron suprimir en nosotros el sujeto colectivo y transformarnos en individuos mezquinos” [...] (Morrone, 2013, p.38).

La problemática expuesta por Morrone (2013) reformula algunos problemas identificados en textos precedentes: escasez de fuentes, dificultades para trazar continuidades en la enseñanza del pensamiento histórico, desafíos en la construcción de un sujeto colectivo entre los profesionales de la Enfermería.

En las primeras páginas la autora esboza los conocimientos de los pueblos originarios en lo referido a los cuidados de la salud. Rescata textos precedentes sobre el rol de los conquistadores y la visión sobre los conquistados.

[...] “Los estudios históricos que rozan el trayecto de la enfermería se han apoyado en las visiones parciales de la medicina, que considera la enfermería como una actividad subordinada, y de la religión católica, que coloca la actividad del enfermero dentro de un marco propio de la fe, valorando ante todo la entrega ilimitada, el sacrificio y la abnegación” [...] (Morrone, 2013, p.57)

[...] “Teresa Molina²⁶ enseñó a enseñar la historia de la enfermería a muchas generaciones de graduadas, incluso hasta la fecha en algunas escuelas se sigue utilizando este texto naturalizando sus crónicas sin pasarlas por ningún cedazo” [...] (Morrone, 2013, p.71)

Autores como Teresa Molina, “desestiman u omiten el conocimiento de los diferentes pueblos originarios para el cuidado de la salud” (Morrone, 2013, p. 56). Citando un documento del año 1700, Morrone instala la discusión sobre los mecanismos de control en instituciones hospitalarias.

[...] “Otra constante que atraviesa más de tres siglos es el disciplinamiento de enfermos y sus visitas, hasta el límite de que el enfermero, si no logra con “*sus correcciones*” que el convaleciente enmiende “*vicios*” y a fin que no “*contagie*” estos vicios a los demás, informará al hermano mayor (un superior), y éste lo expulsara del hospital a pesar de su estado (“*despedirá con blandura y cortesía a dicho pobre*”). El control y vigilancia, así como el castigo, estaba en manos del enfermero” [...] (Morrone, 2013, p. 68)

El texto continúa con menciones a las fortineras y curanderas que prestaron cuidado a los soldados durante la conquista del desierto.

[...] “La Conquista del Desierto provocó en miles y miles de varones y mujeres sufrimiento, muerte, desolación y exterminio; ese escenario contó con enfermeros varones de sanidad militar y mujeres que cumplieron un rol destacado del cuidado de la salud, a pesar del olvido con que los cubre la historia de la enfermería”. [...] (Morrone, 2013, p. 79)

La formación enfermera previa a la gestión de Ramón Carrillo es considerada como arbitraria, feudal y poco profesional regida por relaciones jerárquicas.

[...] “los feudos en los que los hospitales se convertían, cuyas relaciones se establecían arbitrariamente de modo poco profesional mediante escalas jerárquicas que promovían el sometimiento como parte “del aprendizaje del médico”; con un pabellón de las “*hermanas*”, que vivían permanentemente dentro del hospital” [...] (Morrone, 2013, p. 84)

[...] “Las “*cabas*” (enfermeras con cargo jerárquico) eran responsables de las actividades de enfermería. Pero parecía que esas “*cabas*” (rango militar no profesional) estaban por

debajo de la autoridad de las Hermanas, o sea por debajo de la autoridad que la religión instalaba a partir del gobierno de la enfermería en el hospital” [...] (Morrone, 2013, p.85)

De esta manera se destaca la influencia de la religión no sólo en la capacitación del personal sino en los mecanismos de organización del trabajo. Con el surgimiento del peronismo, Ramón Carrillo sería el encargado de impulsar “el desarrollo de la Enfermería como profesión” (Morrone, 2013, p.85).

“Soltando amarras” (Morrone, 2013) dedica un capítulo completo a la Enfermería durante los años peronistas. Se mencionan las tensiones entre Carrillo y la FEP.

[...] “La Escuela de Salud Pública creada por Carrillo no contó con el protagonismo que sus pares de la Fundación Eva Perón tuvieron en la publicidad oficial. Sin embargo, dentro de la estructura del MSP alcanzaron un lugar relevante que ameritó incluso una publicación periódica, la primera de su tipo” [...] (Morrone, 2013, p. 91)

[...] “Molina omite en su libro de historia el frondoso trayecto de la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón” [...] (Morrone, 2013, p.89)

La construcción de una “nueva enfermería” concebía la tarea como “pilar para la inclusión social y el cambio sanitario y como protagonista dentro de la FEP” (Morrone, 2013, p. 92). Entre los desarrollos de la autora se encuentra “Al servicio de las Ideas. La enfermería en los procesos populares de liberación en Iberoamérica” (2014), del cual fue compiladora. Allí amplió la investigación sobre la FEP/Escuela de Enfermeras y el aporte de la institución para la profesionalización.

[...] “las graduadas de la FEP conformaron la contracara del modelo dominante, caritativo, vocacional y sacrificado que promovió la Sociedad de Beneficencia en sus escuelas e instituciones” [...] (Morrone, 2013, p. 93).

[...] “Las virtudes de sumisión, sacrificio, obediencia y vocación fuertemente instaladas se ven amenazadas por las graduadas de la FEP: una mujer profesional decidida y autosuficiente que, manteniendo su función como enfermera, se aleja de la representación social de la atención al doliente en el territorio hospitalario. Estas enfermeras de la FEP aparecen en las fotos sin médicos a su lado y podían ser reconocidas como profesionales por su actitud, sin la necesidad de estar vestidas de blanco. Al integrarse a los proyectos de la Fundación su campo e influencia se expandió por fuera de las paredes de los hospitales y de la enfermedad” [...] (Morrone, 2013, p. 95).

[...] “En cada una de las diferencias identitarias de la *“vieja enfermería”* y la *“nueva enfermería”* queda visible una disputa. Formas antagónicas de ver el mundo y sus relaciones que se materializaban a través de la enfermería” [...] (Morrone, 2013, p.96)

Morrone (2013) señala coincidencias en lo relativo al rol de mujeres como Cecilia Grierson y Eva Perón para la construcción de una Enfermería laica.

[...] “Cecilia y Eva no parecerían tener muchos puntos en común, pero ambas, en diferentes momentos históricos, compartieron profundas críticas con el accionar de la Sociedad de beneficencia y las escuelas de enfermería que esta administraba, mediante las cuales se sostenía la práctica de caridad como un dispositivo legítimo de control social” [...] (Morrone, 2013, p.105)

Las propuestas pedagógicas en el interior del gobierno peronista produjeron desavenencias entre Carrillo y Eva Perón (ver capítulo 3).

[...] “La (escuela) dirigida por Teresa Molina, MSP, especificaba en su reglamentación que el alumnado fuese *“especialmente del sexo femenino”*. Si bien no era explícita la referencia religiosa, lo era en sus imágenes fotográficas y en la ceremonia iniciática de imposición de tocas, rodeada de un halo litúrgico con la presencia de un sacerdote católico que les tomaba el juramento.

[...] La misericordia y la piedad cristiana eran una constante en sus símbolos. Los uniformes eran blancos y todo rasgo de sensualidad femenina fue barrido” [...] (Morrone, 2013, pp. 97-98)

Contrapuesto a este perfil se encontraba el de la Escuela de Enfermeras de la FEP, dirigida por Fiora (Morrone, 2013). Esta institución fue “conformando un polo de vanguardia en la formación de una nueva enfermera para ejercer en vistas a una realidad política que construía un espacio de integración social” (Morrone 2013, p. 98).

[...] “Eran las elegidas para llevar adelante la revolución que cambiaría el orden de las relaciones sociales impuesto por la oligarquía.

Tenían tres tipos de uniformes diferenciados: reglamentarios internos, de labor y de gala. A diferencia de los de la MSP, en éstos no se erradicaba la sensualidad femenina, a pesar de establecer normas morales que disipaban todo tinte de vida “ligera” [...] (Morrone, 2013, p. 99)

[...] “Existía un claro contraste con la escuela de Molina, MSP, ya que las materias estuvieron centradas tanto en temas médicos como políticos” [...] (Morrone, 2013, p. 100)

Las alternancias políticas llevarían a la intervención de la escuela, persecución de sus egresadas (Morrone, 2013, p.110) y posterior cierre de la entidad formativa.

Según Morrone (2013) los discursos colonizadores impregnaron la identidad profesional en el caso de ciertas celebraciones.

[...] “La Asociación Católica de Enfermeras estableció la celebración del Día de la Enfermería el 21 de noviembre en homenaje a la Virgen de los Remedios” [...] (Morrone, 2013, p. 119)

[...] “La patrona de las Enfermeras argentinas es la imagen que veneraron los conquistadores” [...] (Morrone, 2013, p. 121)

[...] “En Argentina hay dos “festejos” y un discurso falaz sobre la existencia de una celebración internacional y foránea, y otra propia y nacional. Esto da cuenta de la impronta religiosa que en pleno inicio del siglo XXI continúa marcando y condicionando a la profesión desde el catolicismo” [...] (Morrone, 2013, p. 122)

Los argumentos que hacen referencia al rol del conquistador, las organizaciones encargadas de beneficencia y la propuesta del gobierno peronista como un intento formal desde el Estado para la profesionalización, ocupan un primer plano en el análisis de la autora. Cuestiona en el texto de Molina la ausencia de preocupación por recuperar la memoria de los pueblos originarios sobre el manejo de la salud.

Resulta pertinente mencionar el caso del “Malón de la Paz” que ilustra las relaciones del peronismo con los pueblos originarios (figura 40).

El “Malón de la Paz” fue una movilización de 174 kollas a pie desde la Puna y Orán (Salta) hasta Buenos Aires (2000 km) entre los meses de mayo y agosto de 1947. Tenía por objetivo reclamar la titularidad de las tierras y la denuncia sobre las condiciones de explotación por parte de los terratenientes (Rosas, 2016).

[...] “El 3 de agosto de 1946, el Malón llegó a Capital Federal y sus líderes fueron recibidos por el gobierno peronista en la Casa de Gobierno. Luego de un simbólico abrazo, la comitiva kolla entregó al presidente una serie de demandas que serían resueltas en el corto plazo de cara a fortalecer las políticas indigenistas que se venían desarrollando.

Sin embargo, la visibilidad que había obtenido la cuestión y el reclamo indígena no perduraría. Posteriormente, y como tercer momento, tras la promesa de Perón de conceder lo solicitado, fueron ubicados, paradójicamente, en el Hotel de los Inmigrantes” [...] (Rosas, 2016, p. 6).



Figura 40. Publicación de la época (1946). Adaptado de: *Por los caminos del indio*. Suplemento Radar (Página 12). Lerman, 2007.

Los kollas fueron tratados simbólicamente como “extranjeros” en su propia tierra. Contradicciones vinculadas a la cuestión de repartición de tierras y reparación a los sobrevivientes perdurarían a lo largo de los años posteriores hasta la actualidad.

[...] “la llegada del peronismo despertó todo tipo expectativas respecto a un cambio en las condiciones de trabajo y de usufructo de las tierras que mantenían para entonces las mismas lógicas productivas que en tiempos coloniales. La manipulación mediática y el alentador discurso que fomentaba bajo el eslogan “la tierra es para quien la trabaje”, la promesa de una reforma agraria, propiciaron un contexto adecuado en donde exponer y manifestar reclamos y necesidades. Detrás de la figura carismática del líder peronista se vislumbraba, a los ojos indígenas, la posibilidad de un cambio en las condiciones de vida y de trabajo, brindando un marco en apariencia adecuado para la organización de movilizaciones masivas” [...] (Rosas, 2016, p. 9)

[...] “Las entusiastas propuestas del Gobierno se verán en el corto plazo socavadas por la falta de respuesta e incluso por la no concreción de una reforma estructural en la tenencia de la tierra. El fracaso por el que transitó el malón de 1946 y la frustración frente a la posibilidad de resolver sus demandas resulta ejemplar en este sentido” [...] (Rosas, 2016, p. 9)

Según Rosas (2016) la historiografía argentina genera y reproduce discursos plagados de olvido sobre la participación de ciertos grupos en procesos históricos.

[...] “Los relatos que tradicionalmente ha generado la historiografía fueron conjuntamente contruidos con la ausencia de otras narraciones dignas de ser problematizadas. Mediante un recorte selectivo del pasado, la historia nacional se esgrimió bajo la idea de que la nueva sociedad argentina fue construida luego de un proceso de enfrentamiento y posterior extinción de los pueblos originarios” [...] (Rosas, 2016, p. 9)

Estos “modos de ver” eventos del pasado atentan contra la identificación de heterogeneidades, así como en el rol de ciertos colectivos en los procesos de apropiación de derechos.

El texto de Morrone (2013) interpela al lector para considerar los motivos sobre la ausencia de documentación relacionada con la participación de los enfermeros en la militancia política durante los gobiernos de facto.

[...] “Es necesario e importante mencionar que son incipientes los estudios históricos (dentro de los ya escasos realizados sobre la profesión en Argentina) relacionados a la participación de las/os enfermeras/os en la resistencia a los gobiernos de facto; entre éstos la historia de las/os enfermeros/as luego del golpe militar de 1955, que derrumba e intenta borrar todo vestigio de las reformas de la gestión del Ministro Carrillo, de la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón y de la participación de enfermeras dentro de movimientos políticos. Menos aún se registran los aportes de los enfermeros desaparecidos en la última dictadura militar” [...] (Morrone, 2013, p. 127)

La narración continúa con una mención pormenorizada de la lista de desapariciones forzosas de enfermeros durante la dictadura militar de 1976 y hace referencia a protagonistas clave como Irma Laciari de Carrica²⁷. La invisibilización de estos eventos en textos históricos es ilustrada por la autora en algunos párrafos.

[...] “Algunas organizaciones sindicales rescatan estas historias y mantienen viva la memoria colectiva, que se omite en ámbitos de enseñanza de la profesión.

Paradójicamente, hoy el Ex-Centro Clandestino de Detención conocido como “El Chalet” es la sede de una Unidad Académica de la Carrera de Enfermería de la Universidad de Buenos Aires” [...] (Morrone, 2013, p. 134).

[...] “Molina, en su libro publicado en el año 1973, detalla el momento fundacional de la Federación Argentina de la Enfermería y la aprobación de su Estatuto. Identifica a las

personas que trabajaron en ese acto realizado en el Hospital Escuela San Martín de la UBA “...se desarrolló con la presencia de la Señorita Lidia Rodríguez Rojas, actuando como Secretaria Irma L. de Carrica”²⁸. Sin embargo, la FAE no recuerda a la colega, ni en esa función, ni por su militancia gremial, ni por la intolerancia y violencia que sufrió y le costó la vida” [...] (Morrone, 2013, p.137).

El tratamiento de la participación de los enfermeros durante la dictadura, la denuncia a las violaciones a los derechos humanos y los documentos de organizaciones como Amnistía Internacional sobre el tema son, para la autora, una deuda pendiente en las curriculas de formación profesional.

[...] “Es infrecuente la inclusión de los contenidos y análisis de las Declaraciones y Documentos Internacionales de Amnistía Internacional relacionados a la responsabilidad de los profesionales de la salud ante la violación de los Derechos Humanos y el resguardo de los derechos de los presos políticos, así como las formas de denuncias de violaciones y torturas. Nada de esto está contemplado en los contenidos curriculares. Los programas de las Carreras de enfermería están lavados de ideología, o sea, cargados de la ideología que no permite cuestionar la práctica dentro de un contexto sociohistórico, lo que impide pensar la práctica como un acto político” [...] (Morrone, 2013, p.160)

La construcción de un curriculum puede reflejar intencionalidades ocultas que subyacen a prácticas y planteos formales. Los campos disciplinarios y profesionales se concretan de manera simultánea (Nieto Caraveo, 1991). En algunas oportunidades, la construcción del conocimiento es externa a los profesores. Durante el proceso de formación, la organización de los contenidos se proporciona a través del curriculum, donde el conocimiento se expresa a partir de principios y reglas de carácter prescriptivo. El currículum no es homogéneo, sino que se articula con las políticas de los países que lo desarrollan (Barrón Tirrado, 2015).

Las creencias epistemológicas de los profesores referidas a concepciones globales y personales en torno a lo educativo, la didáctica, la disciplina y sus prácticas en el aula, tienen derivaciones diversas en el currículum. Esto es, las decisiones que toman los profesores ante los diversos dilemas que se presentan en el momento de elegir contenidos, metodologías y formas de evaluación, están permeadas por éstas, lo que no implica que sean explicitadas previamente a la toma de decisiones (Barrón Tirrado, 2015).

Los enfermeros/as que condujeron asociaciones tuvieron su impronta en la construcción de la historia profesional.

[...] “Quienes lideraron la formación controlaron la profesión, moldearon el estereotipo en discusión, ligaron fuertemente la enfermería con la religión, contribuyeron a su feminización y a la enajenación de la conciencia para comprenderse dentro del mundo del trabajo y de los derechos laborales” [...] (Morrone, 2013, p. 232)

[...] “Las organizaciones de enfermería –instituciones que parecerían crearse para defender los intereses del conjunto en los diferentes campos de acción- nacen en sentido contrario, o sea, ante la necesidad de sus dirigentes de tener que demostrar un anclaje en una organización nacional para lograr representatividad en ámbitos internacionales, quienes exigían este requisito para incorporarlos” [...] (Morrone, 2013, p.243)

La influencia de organismos internacionales en la formación de enfermeros/as y la habilitación de recursos humanos de manera rápida han influido para delinear el perfil.

[...] “Desde el año 1956 en adelante prevaleció en las voces representativas de la enfermería en la esfera de la formación, de la gestión gubernamental asistencial y de las asociaciones, el argumento del eficientismo y la optimización de los recursos humanos en sintonía con la línea impuesta por los Programas de los organismos supranacionales y el modelo estadounidense” [...] (Morrone, 2013, p.233)

Este estado de cosas propicia la elaboración de currículas “lavadas de ideología” (Morrone, 2013) y graduados con escasas posibilidades de participación.

[...] “La debilidad del aprendizaje en la participación política estudiantil, la despectiva consideración de la participación gremial de los profesionales cuasi-incompatible con la excelencia en la práctica, la ausencia de politización en los contenidos curriculares y el borramiento de la memoria colectiva e individual, promueven graduados con pocas chances de protagonizar cambios en el mundo subalterno instalado en todos los frentes” [...] (Morrone, 2013. P. 247)

Estas ideas pueden vincularse con afirmaciones de Chomsky (1994) sobre la organización en países del tercer mundo: “es evidente que el orden depende de que se pueda obligar de algún modo a los estratos recién movilizados a volver a una condición de pasividad y derrotismo” (Chomsky, 1994, p. 17). El aislamiento (Chomsky, 1994, p.65) favorece el hecho de que, si bien la mayoría de las personas coincidan en reivindicaciones, las dificultadas procedentes de la concentración de poder, el bajo involucramiento directo y la escasa voluntad

participativa sean amenazas para concretar un proyecto de mejora de la condición profesional.

Dos años después de la publicación “Soltando Amarras...” la Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes impulsa “La salud pública y la enfermería en la Argentina”, prologado por Ana Heredia²⁹ con la coordinación de Biernat, Cerdá y Ramacciotti (2015), profesionales del campo de la historia y la sociología.

[...] “Este libro constituye un aporte para reflexionar sobre el proceso histórico por el cual la salud y la enfermedad se han constituido en un campo de indagación para las ciencias sociales desde hace ya varias décadas. Su supuesto principal es considerar a la enfermería como una profesión y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos. De allí la importancia de que un estudiante de la carrera de enfermería indague sobre la historia de la salud pública y las profesiones alrededor del cuidado en la Argentina” [...] (Heredia, 2015, p.11).

El párrafo menciona los destinatarios del libro y la función de la enfermera en el enclave social desde un paradigma ampliado para la atención en salud. El volumen nace del curso de historia social de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ) y tiene por objetivo introducir a los estudiantes en debates sobre la historia social de la salud (Biernat, Cerdá y Ramacciotti, 2015). Se compone de diez capítulos, un total de 339 páginas y una cronología sobre la Historia de la Enfermería.

El primer capítulo indaga las vinculaciones entre la política y la salud.

[...] “podríamos definir a la *Sociedad de Beneficencia*³⁰ como una institución “paraestatal” con el propósito de cubrir las necesidades de los sectores más desprotegidos. [...] su accionar era autónomo y quedó en manos de mujeres de élite, quienes se ocupaban de la administración del presupuesto público que se les otorgaba y de las instituciones que estaban a su cargo” [...] (Cerdá, 2015, p.23).

Este retrato concuerda con el análisis de Morrone (2014) y De Titto et al (2004) sobre las políticas de bienestar social previas al primer gobierno peronista enmarcadas bajo el paradigma de la caridad.

[...] “Si bien la Fundación³¹ reemplazó a la Sociedad de Beneficencia de la capital, su acción y orientación no tuvieron el mismo carácter. En primer lugar, a pesar de que la Fundación no era un organismo del Estado [...] fue adoptada por Perón como una institución “satélite” que llevó adelante acciones sociales puntuales. Muchas veces

funcionó con aportes privados pero, generalmente, apareció utilizando fondos públicos y, en algunas ocasiones, como ejecutora de obras que en realidad habían sido financiadas y realizadas por el Estado a través de diversas direcciones o bancos nacionales” [...] (Cerdá, 2015, p.31).

Ramacciotti (2015) en el capítulo III señala el quiebre entre el modelo peronista de Carrillo y las propuestas anteriores para la formación del recurso humano enfermero.

[...] “En la formación de enfermería [...] Se intentó marcar un contraste entre el “ayer” asociado al abandono y a la desidia. Mientras que el “hoy” se caracterizaba por un presente marcado por la activa acción del organismo público en la capacitación de las enfermeras. Esta acentuada invisibilización del accionar previo en la formación de enfermeras remite al ocultamiento del accionar de Cecilia Grierson, destacada médica y militante feminista, quien creó la primera escuela de enfermería en la Argentina. El discurso peronista no se inscribió en la tradición feminista en ninguna de sus acciones que, acorde a la tónica peronista, fueron siempre consideradas como inaugurales de una época. La invisibilización fue una estrategia política que obstruyó el reconocimiento de quienes antecedieron en diversos campos, y el sanitario no estuvo exento de ello” [...] (Ramacciotti, 2015, p.104).

Ramacciotti hace referencia al rol de Teresa Molina en la formación de enfermeras durante la gestión de Carrillo.

[...] “del total de 49 funcionarios que pasaron por las direcciones técnicas de la Secretaría de Salud Pública entre 1946 y 1949, 46 eran médicos y solo tres tuvieron otras profesiones: uno era ingeniero, otro agrimensor –especialista en demología– y otro, abogado. La única mujer fue María Teresa Molina, encargada de la formación de enfermeras, actividad asociada tradicionalmente con las “virtudes femeninas” [...] (Ramacciotti, 2015, p.107).

Estas ideas tienen consonancia con las expresadas por Morrone (2013) y relatadas por la propia Molina en la entrevista realizada durante el año 1994 por Floridia y Balderrama.

[...] “los criterios que marcaron la permanencia y los ascensos de los cuadros técnicos estuvieron fuertemente ligados a la lealtad política o la fidelidad jerárquica” [...] (Ramacciotti, 2015, p.115).

Las tensiones entre la FEP y la propuesta de Carrillo son analizadas por Ramacciotti en el contraste entre los saberes técnicos y el modelo pietista.

[...] “Mientras que la gestión Carrillo estuvo signada por el intento de mostrar un saber técnico y racional que justificaba la acción política, Eva Perón colocó “su saber” y “su amor” hacia los “descamisados” por encima del conocimiento de los médicos y arquitectos. Sus obras eran el mejor puente de comunicación entre las necesidades del “pueblo” y el “líder”.

No obstante esa construcción dicotómica y polarizada en ambos discursos, estaba presente el deseo de posicionarse políticamente en la estructura de poder y lograr la movilización social y política” [...] (Ramacciotti, 2015, p. 130).

El rol de las mujeres en la construcción de la sociedad se encontraba para Carrillo vinculado con la procreación.

[...] “La aceptación del papel de la Fundación Eva Perón –solo en el área asistencial– se conjugaba con su concepción del rol que debería ocupar la mujer. Para Carrillo, el papel que la sociedad le reservaba a la mujer era el de la procreación. Dentro de este esquema de pensamiento, el único trabajo aceptado para ellas era la asistencia social y la enfermería, ya que en estas áreas las mujeres desplegaban sus cualidades psíquicas, emocionales intuitivas o maternas” [...] (Ramacciotti, 2015, p. 131).

Las discrepancias no sólo se vinculaban con la formación de recurso humano, especialización o rol de las mujeres en la sociedad sino también con el factor económico.

[...]”la Secretaría de Salud Pública había recibido los ingresos de una cuenta especial conformada por los recursos provenientes del casino y los juegos de azar.

En 1950, esta cuenta se traspasó a la Fundación Eva Perón, lo que significó para la Secretaría una reducción de cuatro veces en los ingresos que recibía en este rubro” [...] (Ramacciotti, 2015, p.131).

Martín (2015), en el capítulo VIII se interesa por la indagación acerca de los procesos de feminización en la enfermería argentina.

[...]” Las relecturas de Florence Nightingale en los manuales de enfermería y en los reglamentos de las escuelas centraron en la vocación, la obediencia y la abnegación las condiciones imprescindibles para ser *nurse*” [...] (Martín, 2015, p.265).

[...]” A la joven inglesa se le adjudicó lograr el justo equilibrio entre la “ciencia y la bondad”, síntesis perfecta entre los conocimientos adquiridos y las condiciones morales y espirituales que harían de la enfermería la más noble de sus tareas por su capacidad de entrega al prójimo (Méndez, 1938 en Martín 2015).

Las escuelas porteñas escribieron una historia de la enfermería en la cual ubicaron a Florence Nightingale como protagonista absoluta” [...] (Martín, 2015, p. 266)

Los intentos para unificar criterios y perfiles profesionales se convirtieron, para Ramacciotti y Valobra (2015), en un océano de aguas turbulentas.

[...]” El aumento de la demanda de enfermeras evidenció la necesidad de una capacitación no exclusivamente empírica. Esa antigua propuesta ya enunciada por Florence Nightingale cobró impulso durante el peronismo y se evidenció en la currícula de las escuelas del Ministerio de Salud y de la Fundación Eva Perón, las cuales contaban con una carga de formación teórica y aumentaban, o pretendían hacerlo, los requisitos de ingreso. No obstante, en el Primer Congreso de Enfermería se hicieron visibles las paradojas de pretender profesionalizar un segmento del mercado laboral que estaba profundamente feminizado. En efecto, en la medida en que el proceso de feminización reclamaba más mujeres para la enfermería y desplazaba a los varones, las mujeres no recibían un reconocimiento pecuniario ni profesional concomitante pues, precisamente, su demanda se basaba en la idea de que la precarización laboral era consustancial al ejercicio de dicha actividad y que las mujeres, por sus condiciones naturales, podían sobrellevarla sin conflicto” [...] (Ramacciotti y Valobra, 2015, pp.309-310).

La coexistencia paradigmática en lo relativo al perfil de la Enfermería local durante la primera parte del siglo XX, configuró desafíos para el siguiente decenio.

Sumar al personal auxiliar de Enfermería fue una medida enmarcada dentro de la división del trabajo y en la necesidad de proveer profesionales para satisfacer la demanda del sistema sanitario (Faccia, 2015, p. 317), decisión que provocaría controversias en el colectivo profesional.

Adoptar un enfoque histórico para indagar las continuidades/rupturas en la delimitación de un perfil profesional, las características de la formación y el grado de autonomía se vinculan con la construcción de la identidad.

[...] “La historia de la enfermería como campo de investigación y como herramienta dentro de los procesos formativos facilita el conocimiento de la situación actual de la profesión” [...] (Faccia, 2015, p. 329)

El análisis de los eventos históricos profesionales cobra relevancia no sólo para los enfermeros/as sino también para disciplinas cuyo interés en la recuperación de la memoria de grupos reviste valor social.

5.3. La historia en movimiento

La construcción y combinación de un relato hace necesario el uso de un sistema implícito de unidades y reglas. El relato es una gran frase, así como toda frase es, en cierto modo, el esbozo de un pequeño relato (Barthes, 1972).

Los textos del siglo XXI referidos a la historia de la Enfermería intentan una revisión de la literatura pasada y una construcción desde una postura crítica de los modos de ver profesionales.

Tabla 6. Textos referidos a la historia de la Enfermería en el siglo XXI

Variables de inferencia	Material analizado [original del texto]	Autor	Hipótesis y/o interpretaciones
<p>Tríada terapéutica</p> <p>Relación con: el enfermo, los superiores y colegas</p>	<p>“la enfermería constituye un caso especialmente adecuado para este análisis, al desarrollar actividades que comprendan las dos pautas básicas de la atención médica: el conocimiento científico y la relación con el paciente; la “función apostólica”, como la denominó el maestro Lain Entralgo”</p>	<p>Sonis, 2004</p>	<p>Relación de colaboración</p> <p>Óptica pietista del quehacer profesional.</p>
	<p>“Otro aspecto que debe reformularse es el del ejercicio del poder en las instituciones y su combinación con el machismo arraigado en el mundo de los cuidados de salud. La enfermería –como en este libro creemos que alcanza a ilustrar con claridad- creció “a la sombra” de la medicina, y las enfermeras, “a la sombra” de médicos y científicos. El sexismo en el interior del sistema de salud ha reproducido las formas patriarcales de dominación, la discriminación racial y de género y las estructuras jerárquicas verticalistas”</p>	<p>De Titto et al, 2004</p>	<p>Relaciones de poder y género</p>
	<p>“Su supuesto principal es considerar a la enfermería como una profesión y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos. De allí la importancia de que un estudiante de la carrera de enfermería indague sobre la historia de la salud pública y las profesiones alrededor del cuidado en la Argentina”</p>	<p>Heredia, 2015</p>	<p>Nuevos escenarios para profesionales noveles</p>

Competencias actitudinales	<p>“La enfermería, sin embargo, también considerada como una ocupación femenina, carecerá en la Argentina de voces propias que la expresen públicamente”</p> <p>“Aún en 1935, dado el origen social de las enfermeras, en muchos casos marginal, la sociedad no reconoce a la carrera como una profesión “elegible””</p>	De Titto et al, 2004	Vinculación entre la condición femenina y la identidad profesional
Enfoque trascendente	<p>“La enfermería argentina debe estar orgullosa de su tradición, que se nutre históricamente de las cinco fuentes posibles: el Estado, auspiciante de la Escuela Cecilia Grierson; las ONG, como la Cruz Roja; la iniciativa privada; los centros comunitarios, como las sociedades de socorros mutuos y los hospitales de las comunidades, y la rama confesional, dependiente de los credos organizados, como la Iglesia católica”</p>	De Titto et al, 2004	Relación entre la historia y los organismos que participaron en la formación de enfermeras/os
	<p>“Los estudios históricos que rozan el trayecto de la enfermería se han apoyado en las visiones parciales de la medicina, que considera la enfermería como una actividad subordinada, y de la religión católica, que coloca la actividad del enfermero dentro de un marco propio de la fe, valorando ante todo la entrega ilimitada, el sacrificio y la abnegación”</p>	Morrone, 2013	Instituciones formadoras y su vinculación con la identidad profesional
Acceso al conocimiento	<p>“Si, por otra parte, recordamos la escasez en nuestro medio de publicaciones sobre los temas analizados, podríamos calificar como doblemente meritorio este emprendimiento”</p>	Sonis, 2004	Producción local y acceso a textos actualizados

	“la deficitaria producción de material relacionado con la historia de la enfermería argentina es un indicador de la subordinación con que se disciplina a sí misma”	Morrone, 2013	Dificultades en el acceso a fuentes y su relación con mecanismos de control
Provecho de la instrucción	“en los nuevos enfoques curriculares es importante la noción de sistema; se busca que los alumnos y futuros profesionales comprendan el todo, el contexto histórico, económico y social y desarrollen así mayor habilidad para adaptarse a las situaciones cambiantes del mundo contemporáneo”	De Titto et al, 2004	Desarrollo de programas de formación vinculados a la realidad local
	“Faltan eslabones indispensables para analizar y reflexionar críticamente. Se naturaliza la omisión de la influencia de los factores políticos, sociales y económicos en cada etapa del proceso histórico”	Morrone, 2013	Subordinación disciplinar
	“La historia de la enfermería como campo de investigación y como herramienta dentro de los procesos formativos facilita el conocimiento de la situación actual de la profesión”	Faccia, 2015	Relevancia de una formación centrada en el pensamiento crítico sobre la historia

<p>Conocimiento procedimental</p>	<p>“Quienes lideraron la formación controlaron la profesión, moldearon el estereotipo en discusión, ligaron fuertemente la enfermería con la religión, contribuyeron a su feminización y a la enajenación de la conciencia para comprenderse dentro del mundo del trabajo y de los derechos laborales”</p> <p>“La debilidad del aprendizaje en la participación política estudiantil, la despectiva consideración de la participación gremial de los profesionales cuasi-incompatible con la excelencia en la práctica, la ausencia de politización en los contenidos curriculares y el borramiento de la memoria colectiva e individual, promueven graduados con pocas chances de protagonizar cambios en el mundo subalterno instalado en todos los frentes”</p>	<p>Morrone, 2013</p>	<p>Estereotipos de rol.</p> <p>Tensiones entre lo solicitado por el mundo de trabajo y los contenidos ofrecidos por entidades formativas.</p> <p>Rol de los estudiantes en el proceso formativo y aplicación de los conocimientos</p>
<p>Ética del cuidado</p>	<p>“En cada una de las diferencias identitarias de la <i>“vieja enfermería”</i> y la <i>“nueva enfermería”</i> queda visible una disputa. Formas antagónicas de ver el mundo y sus relaciones que se materializaban a través de la enfermería”</p>	<p>Morrone, 2013</p>	<p>Materialización de sistemas de formación respecto a la atención de los individuos y su campo de acción</p>

Nota. Variables de inferencia identificadas en textos históricos del siglo XXI. Adaptado de: p.108 – 109. Capítulo tercero. La categorización. Bardin,1986.

La literatura que se produce en el siglo XXI incorpora metodologías y categorías de análisis provenientes de disciplinas sociales para concretar un llamamiento sobre la necesidad de pensar críticamente la historia de la Enfermería en la Argentina y la impronta que han dejado los relatos en la identidad profesional.

6. Legislación en Enfermería

6.1. El sinuoso camino hacia la autonomía

El campo disciplinar de la Enfermería en la República Argentina se ha diversificado en las últimas décadas. De sus comienzos limitados al trabajo empírico rutinario y su paso como silentes colaboradores de los profesionales médicos a la jerarquización como profesión autónoma con la ley 24.004. No obstante ello, la legislación no ha logrado dar suficiente vigor al desarrollo académico y científico, dejando espacio a la cobertura de un sistema de salud atiborrado de necesidades (humanas, materiales y técnicas).

La Ley 24.004 (1991) en el artículo 2° dispone:

“El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes” (Ley 24004, 1991).

Esta perspectiva trasciende el rol tradicional asignado a la “cura” adscribiendo las funciones de promoción, recuperación, rehabilitación y prevención, vinculadas con el ejercicio del derecho a la salud y la mejora de la calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002). Empodera al enfermero/a como profesional responsable en la toma de decisiones.

Dar cumplimiento a estas responsabilidades requiere la formación y capacitación de las competencias implicadas en el logro de estos objetivos. Los continuos avances del conocimiento y la tecnología en el área de la salud obligan a una actualización permanente del sector.

6.2. Historia, legislación y modelos profesionales

Florence Nightingale (1820 – 1910) fue pionera en plantear la necesidad de profesionalizar la Enfermería. Dedicó su vida a la formación de enfermeras, a anclar los principios científicos del quehacer profesional y fue una adelantada³² en lo que hoy llamamos vigilancia epidemiológica.

Luego de la Segunda Guerra Mundial y gracias al trabajo de profesionales de la Enfermería como Virginia Henderson (1897 – 1996), la disciplina fue paulatinamente adquiriendo estatus científico. La definición que planteaba Henderson sobre la Enfermería incluía no sólo la noción de cuidado y

recuperación sino también que los pacientes logaran independencia lo antes posible.

En la República Argentina, la formación de enfermeras tomó impulso a partir de las gestiones de Ramón Carrillo y la Fundación Eva Perón (FEP) – Escuela de Enfermeras. Ubicar el desempeño en la órbita de la salud pública trasladó el énfasis hacia las finalidades preventivas y al fomento de hábitos saludables en los hogares. Este modelo tenía coincidencias con el de las “Enfermeras de salubridad” formadas por Nightingale (De Titto et al, 2004, p.196). El rol asignado a la familia y el acento en la prevención dejaron huella en la imagen existente de los servicios, hasta entonces confinados a la cura para avanzar hacia una idea basada en los principios de justicia social.

Entre los primeros antecedentes de legislación enfermera se encuentra el decreto – ley 17.132 (1967) ³³ que tenía por objetivo regir el desempeño de “médicos, odontólogos y actividades de colaboración”.

Las problemáticas que afectan a los enfermeros/as de la Argentina son diversas, impactando negativamente en las condiciones laborales y la prestación de servicios de salud. El pluriempleo, la sobrecarga laboral, deficiencias en la infraestructura e insumos y los bajos salarios se constituyen en un correlato de un sistema de salud colapsado y fragmentado (Aspiazu, 2017).

Los primeros documentos emitidos por entidades profesionales que evidencian la multiplicidad en los planes de formación profesional fueron el “Informe Final de la Reunión Oficial de Enfermería” (1966) y el Informe del IV Congreso Argentino de Enfermería (1967). Las recomendaciones de estos documentos culminarían en un decreto de marzo de 1968 que tenía por objeto reglamentar la enseñanza disciplinar (De Titto et al, 2004, p.205).

El decreto - ley 17.132/67³⁴ en el capítulo IV (*de las Enfermeras*) prescribía:

[...] “Art. 58 – Entiéndase por ejercicio legal de la enfermería profesional la ejecución habitual, como personal colaborador del médico u odontólogo, de actividades relacionadas con el cuidado y asistencia del individuo enfermo.

Art. 59 – Los que ejerzan la enfermería podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico en los límites de la autorización de su título y en las condiciones que se reglamenten.

Art. 60 – La enfermería podrá ser ejercida en los siguientes niveles:

Enfermero/a universitario por los que posean título universitario en las condiciones establecidas por el art.44, y en los límites que se reglamenten;

Enfermero/a diplomado por los que posean título otorgado en escuelas reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública, en los límites que reglamenten.

Art. 61 – Considerase enfermero/a especializado a aquellas personas que además de su título han aprobado cursos de especialización reconocidos por la Secretaría de Estado en Salud Pública.” [...] (En De Titto et al, 2004, p.205).

La normativa colocaba al profesional de Enfermería subordinado a la voluntad médica, sin poder de decisión (independientemente de la capacitación) en lo referido a cuidados del individuo, su familia y la comunidad. Representaba un retroceso frente a la concepción de la Enfermería de la primera presidencia del Gral. Juan Domingo Perón y la gestión del Dr. Ramón Carrillo como ministro de salud.

Dado que la reglamentación de 1967 limitaba la participación del enfermero a técnicas invasivas que realizaba en la práctica clínica (por ejemplo, extracciones de sangre), los supervisores de los ámbitos sanitarios optaron por autorizar maniobras terapéuticas más allá de lo establecido por ley (De Titto et al, 2004).

Enfermería se constituía como una de las ocupaciones del cuidado dentro del complejo entramado de trabajadores de la salud. Persiste la composición en su mayoría femenina y la cápita salarial desbalanceada respecto a otras profesiones (Aspiazu, 2017).

La situación de ilegalidad frente a la realización de ciertas prácticas que eran corrientes en la atención de salud hizo que en el año 1969 la Secretaría de Salud Pública, Cultura y Educación aprobara la resolución 35/69 (De Titto et al, 2004). Organizaciones gremiales se movilizaron con el fin de generar una comisión que analizara la enseñanza en Enfermería e identificara niveles de responsabilidad profesional. Así, el 24 de enero de 1969 se aprobó el “Reglamento para la enseñanza de enfermería profesional no universitaria y para la formación de auxiliares en enfermería” (De Titto et al, 2004).

El decreto 1.469/68 del 13 de marzo de 1968 que tomaba como fundamento las recomendaciones internacionales sobre la educación en Enfermería, el Informe

Final de la Reunión Oficial de Enfermería (1966) y el Informe del IV Congreso Argentino de Enfermería (1967), prescribe en su artículo 1º que la enseñanza será impartida en dos niveles: profesional y auxiliar. En su segundo artículo caracteriza las funciones de la enfermera profesional y auxiliar de la siguiente manera (De Titto et al, 2004):

[...]“Art 2º - Entiéndase por a) “Enfermera Profesional”: la persona que ha cumplido un programa de formación específica, oficialmente reconocido al obtener su graduación y está capacitada para ejercer, como colaboradora del médico, actividades relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos; b) “Auxiliar de Enfermería”: la persona que ha cumplido con un programa de formación específica, oficialmente reconocido al obtener su graduación y está capacitada para colaborar en el cuidado de los enfermos, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, bajo la supervisión de enfermeros profesionales o médicos” [...] (En de Titto et al, 2004, p. 205-206).

La comisión interministerial también se expidió sobre el perfil del profesional de Enfermería, las asignaturas y duración de los estudios, los títulos a otorgar y el reglamento para directivos y docentes. Dichas modificaciones dejaron fuera a gran cantidad de individuos que ejercían tareas de asistencia considerándolos “empíricos”, encontrándose imposibilitados para obtener las acreditaciones por no poseer estudios secundarios completos. Frente a esta situación se decide crear la carrera de Auxiliar que para su matriculación sólo exigía educación primaria. El curso era de menor duración, estipulándose el cumplimiento en no más de 12 meses (De Titto et al, 2004. p. 206).

Estas resoluciones, si bien establecían una mejor distribución de roles y actividades, no preveían otros estudios para el desarrollo profesional (grado, posgrado, especialización). Las escasas posibilidades de perfeccionamiento, remuneraciones insuficientes, oportunidades de trascendencia en el tiempo y la tarea (Mendizábal et al, 2003, p.3) debido a las características de las prestaciones, transformaba en remota la chance de realizar estudios de postgrado.

En este contexto de transformaciones, la Universidad Nacional de Rosario - UNR (1969) implementó dos ciclos en la carrera de Enfermería: un primer ciclo para enfermeros universitarios y un segundo ciclo de licenciatura, que permitió a los enfermeros de formación terciaria acceder a un título universitario. Otras

universidades como la de Córdoba sumaron proyectos de este tipo (ver capítulo 4).

Las reformas introducidas en los años 1967 – 69 habían puesto de manifiesto las deficiencias del sistema y un uso por lo menos desacertado del término “profesional” (De Titto, Ricci y De Titto, 2004, p.207).

Con el retorno a la democracia tiene lugar un cambio de paradigma en la formación que brinda nuevos desafíos a la Enfermería como disciplina. Durante la gestión como Gobernador de la Provincia de Buenos Aires del Dr. Antonio Cafiero (1987 – 1991)³⁵ se incorporaron nuevas modificaciones curriculares. Durante el año 1991, la Universidad de Rosario introduce la formación a distancia, innovadora para el momento y comienza a desarrollarse el plan de profesionalización de auxiliares (De Titto et al, 2004).

El gobierno de la ciudad de Buenos Aires, asesorado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), comienza a ofrecer planes de capacitación para el personal (De Titto et al, 2004, p.215).

Llegado el año 1993, es reglamentada la Ley 24.004 (Régimen del Ejercicio Legal de la Enfermería), sentando las bases de la profesionalización y de la autonomía. Desagrega al personal de Enfermería como colaborador del médico derogando los artículos 58,59 y 60 de la ley 17.132/67 (De Titto, Ricci et al, 2004, p. 251).

La municipalidad de la ciudad de Buenos Aires adoptó la resolución 1027 (optimización de la resolución 35/69) que favoreció el desarrollo del primer programa de capacitación de auxiliares permitiendo a los enfermeros asumir tareas de conducción y mejora de la calidad de atención. El plan se llamó PROPAEBA (Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería) y se dictó en 10 hospitales de la Capital Federal siendo un precursor de lo que conocemos en la actualidad como “capacitación en servicio” (De Titto et al, 2004, p.216). En el año1996 el PROPAEBA desapareció y la formación de auxiliares quedó a cargo de la Escuela Superior de Enfermería “Cecilia Grierson” (GCABA).

Diferentes gremios y asociaciones profesionales que se encontraban activas en ese momento (ATSA, ATE, AOEM, FATSA, Federación Argentina de la

Enfermería, Asociación de Enfermería de Capital Federal, Enfermeras Católicas, AEUERA, Escuelas Terciarias de Enfermería) participaron de la comisión para el consenso y redacción de la ley 24.004/91. La reglamentación promovió que otras provincias legislaran en consecuencia. Así surgieron la ley 298/99 (GCABA) y la 12.245/99 en la Provincia de Buenos Aires (De Titto et al, 2004).

Los diez puntos más importantes que determina la ley 24.004 (vigente en la actualidad) son:

- “[...] 1. Enfermería como profesión autónoma.
2. La ejecución de cuidados e intervenciones dejan de ser consideradas actividades de “colaboración”.
3. Extiende el ejercicio profesional a la docencia, investigación y gestión.
4. La dirección de las escuelas de Enfermería queda a cargo de enfermeros.
5. Amplía el abanico de ejecución de las técnicas profesionales.
6. Declara como insalubres ciertas actividades (por ejemplo, trabajos en unidades psiquiátricas y de terapia intensiva).
7. Nacen las especializaciones.
8. Otorga un plazo de 6 años prorrogable para la profesionalización de los auxiliares que estuvieran trabajando como enfermeros y los autoriza a continuar en sus puestos dentro de ese plazo.
9. Prohíbe el ejercicio profesional sin matrícula habilitante.
10. El personal no podrá ser acusado de mala praxis en caso de que el empleador no provea los materiales de trabajo” [...] (De Titto et al, 2004, p. 218)

La ley 24.004 marcó un quiebre jurídico y simbólico en lo referente a las actividades profesionales. Incorporó el paradigma de atención holística en salud y permitió a los enfermeros, que durante décadas se habían visto silenciados, tener voz en la toma de decisiones.

En el año 2008 la Presidencia de la Nación y el Ministerio de Salud de la República Argentina presentaron el Proyecto de Ley de Emergencia de la Enfermería³⁶ que considera la profesión como recurso humano “crítico y prioritario” acorde a lo dispuesto en el artículo 43 de la Ley 24.521³⁷:

[...] "Artículo 43: Cuando se trate de títulos correspondientes a profesionales reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes, se requerirá que se respeten, además de la carga horaria a la que hace referencia el artículo anterior, los siguientes requisitos: a) Los planes de estudio deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades; b) Las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas. El Ministerio de Educación determinará con criterio estrictivo [*sic*], en acuerdo con el Consejo de universidades, la nómina de tales títulos, así como las actividades profesionales reservadas exclusivamente para ellos" [...] (Ley 24.521)

El Proyecto de Ley de Emergencia de Enfermería (2008) tenía por objetivos:

- Aprobar el Plan Nacional de Desarrollo de Enfermería.
- Establecer un modelo de formación bajo un régimen educativo a tiempo completo y con dedicación exclusiva.
- Garantizar la máxima calidad en los estándares de formación de enfermeros de manera igualitaria, accesible y equitativa.
- Estimular a la población en general a sumarse a la fuerza laboral de los profesionales de la Enfermería.
- Atender a la necesidad de profesionalizar a aquellos que actualmente son parte integrante del sistema de salud, tanto público como privado (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

La propuesta contempla los estudiantes cursantes del primer ciclo a partir del año 2009 que concurren a los centros de formación estipulados por la normativa. El curriculum será común a todas las Universidades y centros de formación profesional. Crea un Fondo Fiduciario con un monto de \$8 (ocho pesos argentinos) para la asignación presupuestaria jurisdiccional y creación de becas. Modifica el artículo nº3 de la ley 24.004 desalentando la formación de auxiliares de Enfermería, habilitando para el ejercicio profesional a los enfermeros (universitarios o terciarios) y a los Licenciados en Enfermería (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

Los componentes del Proyecto de Desarrollo de la Enfermería (2008) son:

- Formación de enfermeros.
- Profesionalización de auxiliares de Enfermería.
- Fortalecimiento y apoyo a la formación docente.
- Comunicación social (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

En los componentes no se observa mayor diferencia del espíritu de la ley 24.004. Podría sostenerse que el foco de la medida se interesa más por el financiamiento de políticas nacionales de captación de recurso humano que por la formación profesional en sí.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Incrementar el número y la formación calificada de enfermeros.
- Incentivar la formación y la elección de la Enfermería como carrera.
- Promover la interrelación de las escuelas de Enfermería con las instituciones de salud para el desarrollo de profesionales con las capacidades requeridas para una prestación de calidad.
- Promover la articulación de la educación con los servicios de salud mediante la participación de los enfermeros en el proceso educativo y la evaluación permanente y compartida de procesos y resultados.
- Promover la jerarquización e incorporación de los enfermeros en las instituciones públicas de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

Entre las metas perseguidas se encuentra la incorporación de 45.000 profesionales y la relación enfermera- auxiliar del orden de 60/40. Se estimula a las provincias a la adhesión estableciendo criterios de financiamiento nacional (Ministerio de Salud de la Nación, 2008).

El ámbito nacional reproduce una heterogeneidad de calificaciones que caracteriza al empleo en el sector salud (profesionales, técnicas y operativas), con la particularidad de invertir la pirámide sectorial en la que predominan los

trabajadores más calificados. La fuerza de trabajo con menor calificación (auxiliares) representa un gran porcentaje de la ocupación (Aspiazu, 2017, p. 17).

A partir de la implementación del plan las entidades formadoras tuvieron que realizar cambios curriculares, adaptar horarios de práctica y consensuar modalidades de evaluación.

6.3. Características del recurso humano en Enfermería

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el personal de Enfermería del sector público en la República Argentina es de 65.806 profesionales. De éstos, 4.801 (7%) son Licenciados en Enfermería, 19.598 enfermeros universitarios/terciarios (30%) y 41.407 auxiliares (63%). En el ámbito público hay un déficit de 84.200 profesionales (Revista [i] Salud, 2013, p.8). Estos datos muestran un estado de cosas diferente al planteado en el Plan de Desarrollo de la Enfermería (2008).

Una investigación realizada por Aspiazu en el año 2017 que toma como fuente datos del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, arroja guarismos similares: 48% de auxiliares de Enfermería, 41% técnicos, 11% licenciados (Aspiazu, 2017, p. 17).

La contratación de auxiliares se sustenta en la demanda laboral donde diversos portales de empleo los continúan contratando para la prestación de cuidados de Enfermería. Un mercado laboral activo que no alienta la formación profesional, fortalecido por las facilidades y el menor tiempo que demanda la capacitación de auxiliares. Aquellas personas que poseen calificación de auxiliar suelen cargar con una alta tasa de trabajo, menores salarios y mayor vulnerabilidad laboral. Los escasos registros en establecimientos pequeños (por ejemplo, los geriátricos) es una de las problemáticas más acuciantes y difíciles de enfrentar (Aspiazu, 2017).

Las cifras estimadas por el Ministerio de Salud de la República Argentina³⁸ para cubrir el déficit varían entre 45.000/80.000 enfermeros. Información proveniente de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) en el año 2004, estimaba que la cantidad de enfermeros (licenciados/universitarios/terciarios) era de 3:8 frente a 32:1 de médicos por cada 10.000 habitantes, que da como

resultado una relación médico - enfermero de 8 a 1. Esta notación se ilustra con el dato de ingresantes a la Facultad de Medicina de la UBA en el año 2014: de los 10.626 aspirantes a ingresar a la institución 5.339 se inscribieron en Medicina y 1.133 en Enfermería. Los egresados con título de Enfermero Universitario en el año 2013 fueron 39 versus 801 graduados con título de Médico (Facultad de Medicina - UBA, 2014).

A esta situación poco propicia para el desarrollo profesional en ámbitos académicos se suma la creación de las Tecnicaturas en Enfermería (2007) en el marco de la Ley de Educación Técnico Profesional (Ministerio de Educación, 26.058/05).

La Comisión Interministerial (2007) definió las áreas de competencia del Técnico en Enfermería (Enfermero) de la siguiente manera:

[...] “1. Desarrollar y gestionar cuidados de enfermería para la promoción, prevención y recuperación hasta el nivel de complejidad intermedio con la comunidad, lo que implica aplicar las metodologías de atención de enfermería en el ámbito comunitario, gestionar cuidados de enfermería y desarrollar acciones educativas con la comunidad.

2. Brindar y gestionar cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario hasta el nivel de complejidad intermedio, lo que implica aplicar metodologías de atención de enfermería para el cuidado de la persona, familia y grupo, gestionar cuidados en el ámbito hospitalario, desarrollar acciones educativas para la persona, familia y grupo.

3. Gestionar su ámbito de trabajo ya sea en relación de dependencia o en forma libre, lo que implica construir canales adecuados de comunicación y circulación de la información en el marco del equipo de salud y de la comunidad, colaborar en la gestión y administración de la unidad de enfermería hospitalaria y/o comunitaria, garantizar la calidad de atención de enfermería.

4. Participar en estudios de investigación - acción, lo que implica participar en la implementación de mejoras en el proceso de trabajo, evaluar proceso y producto” [...] (Ministerio de Educación de la República Argentina, 2007).

En referencia a los ámbitos de desempeño laboral (área ocupacional), la normativa prescribe:

[...] “Su área ocupacional es en el Sector Salud, en el marco de Instituciones Educativas y empresas. Básicamente se pueden citar:

- Hospitales, clínicas, sanatorios.

- Comunidad. Centros de Salud y Áreas Programáticas. Domicilios.
- Empresas.
- Instituciones educativas
- Comités y grupos de trabajo disciplinares y/o interdisciplinares” [...] (Ministerio de Educación de la República Argentina, 2007).

La duración de la carrera es de tres años y si bien se encuentra dentro del marco de la llamada “educación técnico – profesional”, el título otorgado es de Enfermero/a.

El Ministerio de Salud hace referencia a la necesidad de matriculación profesional en las distintas jurisdicciones de la Argentina. Ingresando a la página de matriculaciones se puede constatar que el enfermero se encuentra en la opción B³⁹ “*actividades de colaboración*”, que evoca el decreto - ley 17.132/67 del gobierno del Gral. Onganía. Al encontrarse en paridad de condiciones legales con el enfermero universitario o terciario, la documentación solicitada para la matriculación de los técnicos es la misma (título, DNI, CUIT)³⁹.

En lo relativo a las competencias, la ley 24.004 dispone en su artículo 3º:

[...] “Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

- a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia.
- b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparte con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos la autoridad de aplicación tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas y de dirección, asesoramiento, docencia e investigación. Asimismo corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería” [...] (Ley 24.004, 1991).

El artículo 5º de la ley 298/99 (GCABA) ordena los siguientes niveles para el ejercicio profesional:

” [...] “Se reconocen dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional - Licenciada/o en enfermería. - Enfermera/o,

b) Auxiliar: - Auxiliar de enfermería” [...] (Ley 298, 1999).

En la actualidad, algunos legisladores⁴⁰ han formulado propuestas de reforma de la normativa 24.004 que incorporan la figura del Licenciado, así como sus incumbencias, pero no hacen referencia a la formación de técnicos y distribución de responsabilidades según la titulación (terciario/universitario/técnico).

El desarrollo legal ha acompañado a la Enfermería en sus transformaciones desde las prácticas, pero con mínimo fundamento en pos de la profesionalización.

6.4. Navegación, coordenadas y mapas de ruta

Si tuviera que responderse a la pregunta *¿qué es ser enfermero?* en base a la normativa recopilada, enfrentaríamos un debate que trasciende los aspectos legales para adentrarse en territorio epistemológico.

Varias hipótesis surgen del presente estado de cosas: la escasa participación de las organizaciones profesionales en la discusión de leyes que afectan a los enfermeros en forma directa, el controvertido intento por habilitar en forma rápida profesionales para paliar el déficit de recurso humano, oportunismo de ciertos sectores en mostrar preocupación por aquellos trabajadores que “ponen el cuerpo” en hospitales, centros de salud, domicilios, entidades de formación (Serdarevich, 2017b).

Un rasgo característico disciplinar es la mayoría femenina (85%) versus otras profesiones, por ejemplo, la economía, donde la cifra de mujeres es del 40%. En muchos casos este predominio se naturaliza e intenta explicar la mayor carga de cuidado en las tareas frente a otras especialidades que requieren rasgos “más masculinos” (Aspiazu, 2017, p. 19).

El lema del Consejo Internacional de Enfermería del año 2006 fue: “Personal fiable, vidas salvadas”. Habría que preguntarse cuáles son los alcances de las normas vigentes respecto de considerar qué personal resulta “fiable”: un técnico, un auxiliar bajo las órdenes de un enfermero, un enfermero que accede a puestos jerárquicos y preparación académica de excelencia y concluye la carrera

profesional con títulos de posgrado o un enfermero formado en ámbitos destinados a aumentar las filas de una profesión en descenso.

La escasa matriculación de estudiantes, ¿se debe a las representaciones que tenemos como sociedad de la importancia del rol o a una confusión sobre las competencias legales de un grupo profesional diverso en necesidades, intereses, expectativas y demandas?

¿Cuál es la razón de promover tres titulaciones diferentes? ¿Por qué no homologar o unificar el trayecto de formación como sucede en otras disciplinas? ¿Cómo velar por la calidad de la formación en una disciplina de alto valor social? (Serdarevich, 2017b)

Un repaso de la historia de la historia legal y reglamentaria de la Enfermería muestra marchas y contramarchas, progresos y retrocesos dejando al lector la sensación de encontrarse en el punto de inicio. Reiteraciones en la redacción, contradicciones entre normativas vigentes y anhelos de autonomía frente al rol de “*colaborador*”, fomentan esta idea laberíntica donde los encargados de formular el mapa del terreno tienen dificultades para el uso de la brújula. Dificilizar las velas con viento a favor si se desconoce o no se tiene claro el destino (Serdarevich, 2017b).

Tabla 7. Normativa enfermera

Variables de inferencia	Material analizado [original del texto]	Autor [normativa]	Hipótesis y/o interpretaciones
Triada terapéutica	“Art. 59 – Los que ejerzan la enfermería podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico en los límites de la autorización de su título y en las condiciones que se reglamenten”.	Ley 17.132/67	Subordinación disciplinar
Conocimientos procedimentales	“Su área ocupacional es en el Sector Salud, en el marco de Instituciones Educativas y empresas”.	Ministerio de Educación, 2007	Supremacía de actividades técnicas y escasa vinculación con conceptos de la teoría
Ética del cuidado Conocimientos procedimentales Provecho de la instrucción	“El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes”.	Ley 24.004	Enfermería como profesión Paradigma holístico de los cuidados de la salud

Nota. Variables de inferencia identificadas en la normativa para la Enfermería Argentina. Adaptado de: p.108 – 109. Capítulo tercero. La categorización. Bardin,1986.

El colectivo profesional oscila entre la técnica y la necesidad, el principio de autonomía y la “*colaboración*”, la diversificación de títulos y la unidad de funciones (Serdarevich, 2017b).

E. CONCLUSIONES

Las profesiones están insertas en un proceso socio- histórico de conformación y transformaciones. El conocimiento de la cultura de nuestras instituciones es uno de los puntos de partida donde se generan espacios de saber, discusión, reflexión, opinión, comunicación, organización entre los diferentes protagonistas del campo de la salud (Faccia, 2006).

Utilizar la reflexión como un proceso consciente y dinámico de pensar, analizar y aprender de la experiencia clínica ayuda a una enfermera a comprender mejor el yo y la práctica. Una práctica reflexiva funciona como un ejercicio de autoexamen que implica contemplar lo que sucedió con el fin de mejorar o alentar el crecimiento profesional (Fidelindo, 2013).

Ejemplo de ello son las investigaciones realizadas por Chocarro y cols. (2004) donde se exploran las percepciones de los enfermeros sobre su rol. Los profesionales entrevistados manifiestan sentirse reconocidos, pero a la vez infravalorados por el sujeto de cuidados y otros profesionales sanitarios. El uso de una metodología y lenguaje propios es considerado como factores clave para consolidar la profesión (Chocarro González, Guerrero Bonmatty, Venturini Medina y Salvadores Fuentes, 2004).

La multiplicidad de normas que regulan a la disciplina (ver capítulo 6) y una estructura sindical amplia y compleja, fragmenta la representación de los/as trabajadores/as de la Enfermería en Argentina, limitando la participación en negociaciones paritarias. Se reproduce la heterogeneidad de calificaciones en el sector salud que se divide en ocupaciones profesionales, técnicas y operativas con la particularidad de una inversión en la pirámide sectorial donde predominan trabajadores más calificados (Aspiazu, 2017).

Los estereotipos de género emergen cuando se habla de los modos de actuar de las mujeres y los hombres dentro del ámbito sindical del sector. Las mujeres se visualizan como dóciles, sensibles y menos formadas para la lucha gremial. Los varones se posicionan como duros y preparados para una actividad hostil (Aspiazu, 2017, p. 26).

Las dificultades para acceder e imponer demandas se agudizan en relación con las enfermeras porque cargan una “doble feminización”: por ser mujeres y por

dedicarse a una ocupación que persiste vinculada a aspectos femeninos (abnegación, cuidado, entrega emocional). Los procesos históricos de profesionalización impactan en una mayor calificación aumentando la calidad de los servicios y el salario. Pero también, colaboran con la legitimación de los/as enfermeros/as que se vieron históricamente subordinados/as al saber médico (Aspiazu, 2017).

La trayectoria educativa favorece la vinculación del futuro profesional al grupo de pertenencia. Así, la identidad puede considerarse como una construcción subjetiva y cambiante (Maldonado y Hernández Oliva, 2010).

El trabajo orbita sobre la pregunta:

¿Cuál es la significación de los textos para la formación de enfermeros/as en la República Argentina en los procesos de construcción de la memoria e identidad profesional?

“Significación” proviene del latín *significationem* (acusativo de *significatio*) y es un participio pasado de *significare* (querer decir). Entre sus acepciones se encuentran: importancia, representación, hacer alusión (Gómez de Silva, 1998).

Según Lerner (1990) las palabras son construcciones culturales con un origen social; no pueden surgir a menos que representen conceptos aceptados por la mayoría. Ciertos términos para describir el carácter de los profesionales del cuidado son transversales a los textos analizados: vocación, sacrificio, colaboración, abnegación, obediencia.

Estos constructos se coordinan con los de género, subsidiariedad, hegemonía, modelos profesionales. El recorte conceptual es determinado por una necesidad social, la vinculación entre los profesionales dedicados al cuidado, las llamadas funciones reproductivas asociadas a las mujeres y la necesidad de abandonar prácticas empíricas para afirmarse en un status disciplinar.

La construcción de la identidad de la enfermera se inicia con el estudio de la carrera y se consolida durante la práctica profesional (Aguayo González, Castelló Badía y Monereo Font, 2014). Participar en el aprendizaje a lo largo de toda la vida mediante la educación y la reflexión apoya la excelencia de la práctica en Enfermería (Fidelindo, 2013).

Los supuestos que se derivan de la pregunta de investigación construyen la cartografía de las conclusiones.

- Narrar los sucesos históricos interviene en los procesos de significación de la identidad profesional de los/as enfermeros/as.

La óptica trascendente (entendida como la capacidad de los textos para ir “más allá”) es utilizada por autores religiosos y laicos. Tiene por objetivo servir de legado a las nuevas generaciones, pero también desestimar el uso de prácticas pasadas que eran atribuidas al personal empírico, iletrado y de dudosas costumbres. Así, era imprescindible para la etapa cenobial, el higienismo (Grierson) y la profesionalización (FEP – Carrillo) que los futuros enfermeros supieran leer, escribir y contar.

El ámbito laboral, la colaboración con el cuerpo médico, las características de los atuendos (blancos aplicados al contexto hospitalario, pulcros), el medioambiente de trabajo (retirar al personal de caballerizas y establos para colocarlo en el espacio – tiempo del hospital) y la capacitación en técnica y modales cobraron relevancia, permitiendo diferenciar a la Enfermería de otras disciplinas.

Estos conceptos organizadores y su influjo en la memoria semántica otorgan significado a las variables de inferencia “tríada terapéutica”, “ética del cuidado”, “competencias actitudinales”, “provecho de la instrucción” y “conocimiento procedimental”. En la cúspide de la jerarquía (nivel supraordinado) se ubican la idea de cuidado, la calidad de vida, la identidad, el provecho de la instrucción.

Cuando sucede el proceso de feminización profesional el rol de la enfermera se ve estrechamente vinculado al cuidado maternal, las buenas costumbres (cordialidad, delicadeza en el trato, discreción) que sirven para justificar la sujeción al poder médico. Las actividades del médico y de la enfermera emergen como funciones complementarias (Ehrenreich y English, 1981).

El análisis de las fuentes pone de manifiesto afirmaciones paradójales tales como los requerimientos acerca de las condiciones personales para ser un enfermero/a que no coinciden o aun contradicen el rol subsidiario, complementario o dependiente que simultáneamente se les asigna.

Textos como los de Morrone (2013) revisan, recopilan y convocan a la crítica intraprofesional acerca de los caracteres netamente femeninos ligados al rol. Wainerman y Binstock (1995) vinculan estos caracteres a representaciones culturales y necesidades sociales.

Un ejemplo de ello es el caso de la Escuela de Enfermería “Cecilia Grierson” desarrollado en el capítulo 2. Sirve como punto de inicio a las relaciones posteriores del colectivo profesional con la política, las administraciones sanitarias y la búsqueda de un perfil de estudiante que fuese sensible a las necesidades sociales con un grado de autonomía que en la actualidad puede ser concebido como híbrido (Bhabha, 1994).

El papel de las Enfermeras en la dialéctica de la Historia de las Mujeres (Lerner, 1990) invita a considerar la necesidad de un lenguaje común (sin géneros) que propicie la autonomía y fortalezca procesos no sólo de transformación sino también de emancipación disciplinar. Esto permite identificar la obstinación de entidades formativas en dar el salto desde la empiria hacia la profesionalización como camino único en una profesión autónoma.

Las ventanas al pasado (Arratia, 2005, p.6) y el uso de la Historiografía como herramienta metodológica señalan categorías que se reiteran, mutan y construyen. Considerar el papel de los discursos en los procesos de dominación amplía el análisis teniendo en cuenta la historia disciplinar desde una perspectiva críticopolítica (Cuesta, 2011).

Ecos del cambio histórico reflejan la necesidad (social y legal) de delimitación del campo de acción de los/as enfermeros/as de la Argentina que convierte a los profesionales en aliados no sometidos al orden médico (Wainermann y Binstock, 1992).

La Enfermería argentina persiste en una oscilación entre la técnica y la necesidad desde la propuesta de Grierson, la profesionalización durante el primer gobierno peronista y el ingreso a claustros universitarios hace más de 30 años.

Utilizar la investigación narrativa con foco en el papel del discurso, se constituye en un insumo necesario para identificar categorías residuales, dominantes y emergentes (Miró Bonet, Gastaldo y Gallego Caminero, 2008).

Actuar comunicativamente (Habermas, 1987) permite interpretar las transformaciones culturales, facilitar referencias al mundo objetivo, considerar la importancia del mundo social en la creación de discursos y el papel del mundo subjetivo individual. El carácter provisional de la identidad (Bauman, 2005) en los profesionales de Enfermería se cristaliza en la diversificación de títulos, la necesidad de actualizar normativas vigentes, la predominancia del discurso técnico en los planes de estudio con detrimento del ejercicio y la recuperación del pensamiento histórico.

- La identidad de los profesionales de Enfermería se puede construir sin recurrir necesariamente a la Historiografía. Se trata de una “historia del futuro”.

Avanzar hacia la construcción de un saber que fundamente el accionar de los/as enfermeros/as ha sido una meta a lo largo de las fuentes analizadas en la investigación. La constante alusión a los conocimientos procedimentales y actitudinales versus la mera ejecución de técnicas sin suficiente fundamento ha servido a los autores para sostener la necesidad de manuales, compendios y libros de historia. Sin embargo, constructos como “obligación”, “colaboración”, “vocación”, “sacrificio” persisten a lo largo de las décadas.

La reiterada referencia al modelo Nightingale como ideal para la formación de profesionales resulta controvertible y sujeta a obsolescencia en un país que recibió influjo de diversas corrientes culturales. La identidad tiene características provisionales y dinámicas (Bauman, 2005). En este caso, la emergencia de otras profesiones ha corrido a los Enfermeros/as de campos que en la antigüedad les eran propios (la farmacia, la sala de partos, la instrumentación quirúrgica, la botica y el herbolario) y la existencia de una normativa que persiste en fortalecer la técnica sobre la toma de decisiones autónomas (Ley de Educación Superior 24.521). El estudio y la reflexión sobre la historia profesional cobran importancia como un sendero para resignificar el espacio disciplinar.

El uso de la Historiografía como herramienta asiste en la ampliación y diversificación del campo de estudio más allá de la mera fundamentación de rutinas y procedimientos.

Iniciar a los estudiantes en el pasado histórico (White 1992/2014) permite la selección de estrategias conceptuales por medio de las cuales se explican y representan los datos. Ayuda a los profesionales a convertirse en artesanos un futuro que les es propio, orientado al desarrollo de personas dotadas para el cuidado de individuos, familias, comunidades y naciones.

Las políticas de memoria (Groppo, 2002, p. 123) sirven como una estrategia para avanzar en el trazado de la identidad profesional y el rescate de información almacenada en la memoria histórica de largo plazo.

El estudio historiográfico devela avatares como el paternalismo médico, el uso de prácticas castrenses en la profesión, la influencia de la religión católica y el descrédito de prácticas sanitarias como las utilizadas por las poblaciones originarias.

La Historiografía contribuye a la delimitación del campo de estudio de la Enfermería y a la diferenciación con otras áreas de la salud de una manera horizontal.

- Los estereotipos de rol y las representaciones sobre la disciplina de las nuevas generaciones se nutren de la lectura de los textos para la formación profesional.

El uso de procesos cognitivos como la metamemoria y la metacognición contribuyen a la reflexión y el análisis crítico de la praxis profesional en una visión dinámica que atiende al cambio. Esta situación se ve favorecida por un desarrollo del diagnóstico y la intervención terapéutica acompañado de tecnologías digitales que ilustran la emergencia de modelos superadores de un contexto social estático para adecuarse a las contingencias de una sociedad cambiante.

Considerar los estereotipos de rol y las representaciones de los estudiantes sobre la carrera debería ser norma a la hora de construir programas de formación/especialización profesional (Burguete Ramos et al, 2010). Aumentaría

el atractivo frente a la escasa matriculación, desgranamiento y absorción por el sistema de salud.

La teoría feminista indaga las estrategias de poder, sumisión y resistencia. Recrea modos de pensamiento para constituirse en instrumento e influir en cambios sociales, políticos y sanitarios (Urra y Jana, 2010). Así, la Historia de las Mujeres se convierte en herramienta para la emancipación (Lerner, 1990).

Profesionales emancipados, conscientes de su labor funcionarán como pivote en la tríada terapéutica promoviendo la resiliencia como capacidad adquirida, el empoderamiento y la independencia progresiva del sujeto de cuidados.

- El recorte del narrador interviene en la selección y generación de textos históricos profesionales, así como en la lectura de sucesos pasados.

El conocimiento historiográfico es de naturaleza ecléctica debido a que recurre a variados marcos teóricos y fuentes de recolección de datos que proveen diferentes clases de evidencia.

Quien hurga en la Historia con fines analítico - comparativos apela a la búsqueda que lo conduce a enlaces y fuentes no previstas, pistas que facilitan la recuperación de documentos e información pertinente y la selección, ordenamiento y jerarquización de los materiales.

Entre las herramientas que provee la metodología cualitativa, la narración adquiere renovado brío como instrumento para el estudio del pasado y del presente. Esto se debe a que gran parte de la vida social se encuentra mediada por escritos que permiten al investigador trazar una imagen de los presupuestos y significados que constituyen el mundo cultural (Peräkylä, 2015).

Los actos del habla y la escritura se convierten en modos acción del lenguaje orientados a fin (Urra, Muñoz y Peña, 2013).

Cabe establecer distinciones entre el pensar histórico y el pensar sobre la Historia. El pensamiento histórico trasciende el análisis de eventos del pasado para convertirse en una herramienta que explora las contingencias involucradas el desarrollo de una profesión (Smith, Brown y Crookes, 2015).

Las coordenadas pedagógicas que se encuentran en textos clásicos de historia enfermera (por ejemplo, Molina 1961) permiten inferir los supuestos ideológicos en el recorte del autor. Presentar los sucesos históricos como una mera descripción lineal evitando el relato de eventos que son controversiales, insiste en la idea de una enfermería lavada de ideología (Morrone, 2014) con el consiguiente impacto en la identidad profesional.

Discusiones sobre la manera de escribir la historia pueden ser consideradas desde dos vertientes:

- como crítica al tratamiento de los documentos (metodológicas),
- en tanto utilización de la noción de “hecho histórico” (Fayó, 2003).

Hallar tensiones entre concepciones antiguas sobre el rol del historiador de la enfermería y categorías actuales (Kosselleck, 1993) invitan al ejercicio de la cognición epistémica, el uso de la metahistoria (White, 1992/2014) y la revisión de conceptos con la finalidad de trascender la óptica limitada a la justificación de rutinas y procedimientos.

Una contradicción consiste en considerar que el relato histórico es una “historia de la verdad” (Canguilhem, 2005). El pensamiento histórico se torna un artefacto para fortalecer la autonomía, la identidad profesional y el ejercicio por fuera de esferas hegemónicas (Iggers, 2012).

[...] “La mansedumbre del esclavo sin voluntad, es el mejor cooperador en la asistencia médica dentro de los hospitales” [...] (Grierson, 1912).

Los relatos adquieren valor como un sistema implícito de reglas en las que cobra importancia identificar el código mediante el cual destinatario y narrador se comunican (Barthes, 1972).

En el transcurso de la búsqueda documental se recopilaron y analizaron un total de 15 textos que fueron utilizados y se utilizan para la formación de enfermeros. Algunos de ellos evidencian cuestiones epocales, otros tensiones intraparadigmáticas en 287 años de memoria profesional. Evocar el celo con el que algunos de ellos fueron guardados, el trabajo artesanal en la redacción, la necesidad de librar a la disciplina de la esfera netamente práctica y la insidiosa

voluntad de visibilizar un trabajo que por momentos fue silencioso, continúa siendo un desafío.

Reviste interés notar que los primeros textos fueron escritos “por y para enfermeros”. Ése es el caso del “Tratado” de los Obregones (1728), o “Nursing notes for probationers” de Macintosh (1942). Sin embargo, en la Argentina, los primeros textos para la formación de enfermeros fueron escritos por galenos (Grierson, Boffi, Navarro Malbrán) que abarcan esencialmente el período de feminización, estatización de la enseñanza y normatización de la profesión.

Llegada la década del ´60, aparece el libro de Teresa Molina (1961), quien es presentada en el texto de su autoría como:

“*Maestra Normal Nacional*⁴¹, graduada de la Escuela Normal N°3 “Bernardino Rivadavia” de la Capital Federal. *Samaritana*⁴², Enfermera de la Cruz Roja Argentina. *Instructora de Enfermería* del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. Becada por la O.M.S./O.S.P. para realizar estudios de post – graduada en la Universidad de Siracusa, Nueva York (Estados Unidos) y en la Escuela de Enfermeras de la Universidad de San Pablo (Brasil). *Instructora de Historia de la Enfermería*, de la Escuela de Enfermeras y de los cursos para Instructoras que se dictan en el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Dirección de Enseñanza Técnica” (Molina, 1961)

La caracterización identifica las coordenadas que se entrecruzan en el devenir disciplinar: religión, vocación, formación. Cobra relevancia la referencia al rol docente primero y luego su condición de samaritana (tal vez para diferenciarse de laicismo que encontramos en otras propuestas pedagógicas).

En el siglo XXI aparecería primero la publicación de Ricci (licenciada en Enfermería y Magister, 2004) y el texto de Morrone (2013), quien adopta una postura crítica y alcanza un mejor posicionamiento en el campo académico con estudios de Maestría, participación en grupos de investigación e integración de redes internacionales sobre la temática.

Podemos decir entonces que, de los textos producidos en el país que se ocupan de la Historia disciplinar y fueron analizados en la investigación, los únicos escritos por enfermeras son los de Molina y Morrone (Ricci escribe en colaboración con Raúl y Ricardo de Titto). Estas autoras utilizan diferentes tipos de narración a la hora de considerar los eventos históricos: lineo – descriptiva (Molina), lineal (Ricci) y crítica (Morrone).

Esto nos lleva a proponer una clasificación para los catorce textos analizados que contempla las coordenadas pedagógicas (Hernández Conesa et al, 2013) a las que adscriben (tabla 8):

- normativos/prescriptivos. Orientados hacia el deber, la norma y ejecución de tareas. Contemplan también aspectos vinculados a lo trascendente, ético y moral,
- técnico/procedimentales. Con marcado énfasis en la fundamentación de procedimientos y ejecución sistematizada, sin alusión a lo ético – moral,
- épico/históricos. Recopilan, narran y realizan un recorte de ciertos sucesos desde una perspectiva que permite identificar el posicionamiento ideológico del autor,
- descriptivos. Relatan sucesos históricos con mención a algunos personajes relevantes y se remiten al acopio de información sin un claro posicionamiento de los autores.

Tabla 8. Clasificación de fuentes analizadas en la investigación

Texto	Autor/es	Clasificación
Instrucción de enfermeros y modo de aplicar los remedios a todo género de enfermedades, y acudir a los accidentes, que sobrevienen en ausencia de los médicos.	Hijos de la Congregación del venerable padre Bernardino de Obregón (Hospital General de Madrid). Hermano Andrés Fernández	Normativos/prescriptivos
Cuidado de enfermos por la Dra. Cecilia Grierson.	Grierson C	
A la cabecera del dolor. Preceptos y consejos de moral hospitalaria.	RM Catalina de JC	
Reglamentación y programa de enseñanza de la Escuela de Salud Pública.	Secretaría de Salud Pública	
Asistencia de enfermos Primeros auxilios	Navarro Malbrán	
Nursing notes for probationers	Anabella W Macintosh	Técnico/procedimentales
Manual de la enfermera hospitalaria	Boffi L	
Manual de la enfermera	Usandizaga	
Manual de Enfermería	Universidad Nacional de Rosario	Épico/históricos
Cruz Roja. Revista Oficial	Cruz Roja Argentina	
Historia de la Enfermería	Molina T	
Soltando amarras	Morrone B	Descriptivos
Historia de la Enfermería	De Titto, R; Ricci, MT y De Titto, RJ	
La salud pública y la Enfermería en la Argentina	Biernat C, Cerdá JM y Ramacciotti KI	

Nota. Fuentes documentales analizadas en la investigación. Adaptado de: Serdarevich, 2017.

El ámbito académico y la educación formal fueron facilitadores para la creación de modelos teóricos, herramientas conceptuales y de presión para lograr un marco legal. El capítulo 6 explora las tensiones, rupturas y continuidades que orbitaron en la gestación de la normativa profesional.

Enfermería en la Argentina fue y es motivo de interés y expectativa por la clase política. Sin embargo, las leyes (presentes y pasadas) parecerían responder a la urgencia sin debida cuenta de las capacidades/formación/anhelos de los profesionales, que desdibuja y oscurece el papel de los ámbitos formativos. Es probable que esta situación se constituya como una debilidad para la adherencia de los jóvenes a los ámbitos disciplinares.

La tesis se propuso elaborar categorías sobre la deconstrucción de textos que se remontan a dos siglos. El análisis de contenido reafirmó la elaboración de categorías para ordenar los materiales en un esquema epocal que ilustra tensiones y fragmentaciones en la construcción de la identidad del colectivo profesional.

El rescate de fuentes utilizadas para la formación de enfermeros/as en la República Argentina proporciona masa crítica sobre las representaciones acerca de la profesión, su trascendencia y el grado de impregnación de los modelos de salud pública en la formación profesional.

F. BIBLIOGRAFÍA

1. Fuentes primarias

Biernat C., Cerdá, J.M. y Ramacciotti, K.I. [directores] (2015). La salud pública y la enfermería en la Argentina. Quilmes: Editorial Universidad Nacional de Quilmes.

Boffi, L.L. (1947). Manual de la enfermera hospitalaria. Buenos Aires: El Ateneo.

Catalina de, J.C. (1939). A la cabecera del dolor. Preceptos y consejos de moral hospitalaria. Buenos Aires: Noel/Difusión.

Comisión de Cultura Sanitaria, (1947). Reglamentación y programa de enseñanza de la Escuela de Enfermería de Salud Pública. Buenos Aires: Secretaría de Salud Pública de la Nación.

Cruz Roja Argentina, (1952). *Revista Oficial de la filial La Plata, I (1-6)*.

De Titto R.E., Ricci M.T. y De Titto R.J. (2004). Historia de la Enfermería. Formación y perspectivas. Buenos Aires: El Ateneo.

Fernández, A. (1728). Instrucción de los enfermeros y modo de aplicar los remedios a todo género de enfermedades que sobrevienen en la ausencia de los médicos. Madrid: Imprenta de Bernardo Peralta.

Fundación Eva Perón, (1955). Escuela de Enfermeras. Buenos Aires: Secretaría de Prensa y Difusión.

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (2004). *Ley de ejercicio de la Enfermería*. Recuperado de <http://www.atsa.org.ar/Leyes/Leyes/Ley%20de%20enfermeria.pdf>

Grierson, C. (1912). Cuidado de Enfermos. Buenos Aires: Imprenta Tragant.

Macintosh, A.W. (1942). Nursing notes for probationers. Buenos Aires: Peuser.

Ministerio de Educación de la República Argentina, (1995). *Ley de Educación Superior de la República Argentina*. Recuperado de <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/2500029999/25394/texact.htm>

Ministerio de Educación de la República Argentina, (2005). *Ley 26.058. Ley de Educación Técnico Profesional*. Recuperado de <http://portal.educacion.gov.ar/consejo/files/2009/12/ley26058.pdf>

Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Consejo Federal de Cultura y Educación, (2007). *Documento base para la organización curricular de la Tecnicatura en Enfermería*. Recuperado de <http://www.inet.edu.ar/wp-content/uploads/2012/10/07-07-anexo-1.pdf>

Ministerio de Salud de la República Argentina, (1991). *Ley 24.004*. Recuperado de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5281>

Molina, T.M. (1961). *Historia de la Enfermería*. Buenos Aires: Intermédica.

Morrone, B. (2013). *Soltando amarras. Claves para entender la historia pendiente de la Enfermería en Argentina*. Mar del Plata: Ediciones Suárez.

Navarro Malbrán J.N. (1942). *Asistencia de Enfermos. Primeros auxilios*. Buenos Aires: López.

Panero A. (2014). *Mujeres invisibles*. Remoto Atlántico Sur, 1982. Argentina: Bubok.

Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la República Argentina, (2008). *Proyecto de Ley de Emergencia de la Enfermería*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-03-08/anexo-12-03-08.pdf>

Universidad Nacional de Rosario (1985). Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. *Manual de Enfermería*. Rosario: UNR Servicio de Publicaciones.

Usandizaga, M. (1952). *Manual de la Enfermera*. Sexta edición. España: Mayfe.

2. Bibliografía general

Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, (2016). *Cecilia Grierson*. Recuperado de <http://www.biblioteca.anm.edu.ar/grierson.htm>

Allerbron, D. (2007) [Coord]. *El Nunca Más y los crímenes de la dictadura*. Buenos Aires: Cultura Argentina, Ministerio de Cultura de la República Argentina.

Acevedo – Gamboa, F.E. (2009). *Construcción metodológica para la enseñanza de la disciplina de enfermería: aspectos históricos y reflexiones*. *Investigación en*

Enfermería: Imagen y Desarrollo, 11(1), pp. 53-66. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1611>

Aguayo González, M. y Monereo Font, C. (2012). La enfermera formadora. La construcción de una nueva identidad profesional. *Invest Educ Enferm*, 30(3), pp. 1-9.

Aguayo González M., Castelló Badía, M. y Monereo Font, C. (2014). Identidad del académico en enfermería. *Texto Contexto Enferm*, 23(2), pp. 241-249.

Aguirre Rojas, C.A. (2001). La corriente de los Annales y su contribución al desarrollo de la historia económica en Francia (Primera parte). *Aportes: revista de la facultad de economía -BUAP*, VI (17), pp. 11 -36.

Alattore Wynter, E. (2010). La investigación histórica como estrategia para la transformación de la enfermería. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 7, pp. 6-12. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/25028/23534>

Alvarado García, A. (2004). La ética del cuidado. *Aquichan*, 4, pp. 30-39. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74140405>

Álvarez, L. (2011). Representaciones identitarias e igualdad: el potencial político de la hibridación. *Res pública*, 26, pp. 143-149.

Anderson, J.R. (1987). Skill acquisition: Compilation of weak-method problem solutions. *Psychological Review*, 94, pp.192-210.

Apreda, A.M. (1969). Conciencia histórica y conciencia filosófica. *Tarea*, 2, pp.121-128. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.1137/pr.1137.pdf

Arias Bautista, M.T. (2011). Palomas blancas entre el amor y el dolor. El cuidado, las Hijas de la Caridad y el Hospital Gómez Ulla. *Sanid. mil*, 67 (1), pp. 131-134.

Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto Contexto Enferm*, 14(4), pp. 567-574.

Arrúa, N.N. (2015). Ideologías, figuras e itinerarios intelectuales en las reformas curriculares de la Escuela de Visitadoras de Higiene Social y Enfermería de la

UNLP entre 1960-1969. *Los trabajos y los días*, 4-5, pp.112 – 131. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/52824>

Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina (2006). Ley 24.004 – Régimen Legal del Ejercicio de la Enfermería. Buenos Aires: ADECRA.

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones de trabajo de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, pp. 11 – 35. Recuperado de www.unse.edu.ar/trabajosociedad

Ávila, J.A. (2013). Las enfermeras seguimos siendo, para los jueces, auxiliares del médico. *Rev ROL*, 36(11). p.7.

Bardin, L. (1986). Análisis de contenido. Buenos Aires: Akal Universitaria.

Barrancos, D. (2014). Género, profesiones de la salud y sociedad. *Salud Colectiva*, 10(3), pp. 297-299. Recuperado de <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/393/412>

Barrón Tirrado, C. (2015). Concepciones epistemológicas y práctica docente. Una revisión. *Revista de docencia universitaria*, 13(1), pp. 35-56.

Barthes, R. (1972). Introducción al análisis estructural de los relatos. En: *Análisis estructural del relato* (pp. 9-40). Segunda edición. Buenos Aires: Editorial tiempo contemporáneo.

Bauman, Z. (2005). Identidad. Buenos Aires: Losada.

Bédarida, F. (1998). Definición, método y práctica de la Historia del tiempo presente. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, 20, pp. 19-27.

Belmartino, S. (2005). La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Benjamin, W. (1959/2011). Conceptos sobre Filosofía de la Historia. Buenos Aires: Agebe.

Berra, H.H. (2009). La foto histórica. Escuela de Nurses. *Revista médica de Rosario*, 75, p. 70.

Bhabha, H.K. (1994). *The Location of Culture*. London: Routledge.

Biblioteca Nacional Digital de Chile, (2016). Recuperado de <http://www.bibliotecanacionaldigital.cl/bnd/612/w3-channel.html>

Binda, M del C., Silveira, R. y Krämer, C. (2010). Cecilia Grierson, la primera médica argentina. *Revista argentina de radiología*, 74(4), pp. 361-365. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185299922010000400003

Bostridge, M. (2017). *Florence Nightingale: saving lives with statistics*. BBC timelines. Recuperado de <http://www.bbc.co.uk/timelines/z92hsbk>

Brady, I.C. (2011). *Saint Francis of Assisi. Italian Saint*. Encyclopædia Britannica (Online). Recuperado de <https://www.britannica.com/biography/Saint-Francis-of-Assisi>

Brooks, J. y Rafferty, A.M. (2007). Dress and Distinction in Nursing, 1860–1939: ‘A corporate (as well as corporeal) armour of probity and purity’. *Women's History Review*, 16(1), pp. 41-57. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/09612020601049678>

Brooks, J. (2005). *'Visiting rights only': the early experience of nursing in higher education, 1918-1960* (Tesis de Doctorado). London School of Hygiene & Tropical Medicine: Inglaterra.

Brown, R. A., y Crookes, P. A. (2016). What are the “necessary” skills for a newly graduating RN? Results of an Australian survey. *BMC Nursing*, 15(23), pp. 1 - 8. Recuperado de: <http://doi.org/10.1186/s12912-016-0144-8>

BUAP – Benemérita Universidad del Estado de Puebla, (2016). Recuperado de http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/wb/lafragua/historia

Buchbinder, P. (1996). Vínculos privados, instituciones públicas y reglas profesionales en los orígenes de la historiografía argentina. *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Latinoamericana “Dr. Emilio Ravignani”, tercera serie, 1er semestre*, pp. 59 – 62.

Burguete Ramos, D., Martín Riera J.R. y Martínez González, G. (2010). Actitudes de género y estereotipos en Enfermería. *Cultura de los cuidados*, XIV (28), pp. 39 – 47.

Calvo – Calvo, M.A. (2014). Estereotipos y sesgos sexistas asociados al modelo de mujer enfermera en la comunicación publicitaria. *Texto e contexto Enfermagem*, 23(3), pp.530-537. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014004120012>

Canguilhem, G. (2005). Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida. Buenos Aires: Amorrurtu.

Cano Caballero – Gálvez, M.D. (2004). Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm*, 13(46), pp. 34 – 39.

Capra, F. (2003). Las conexiones ocultas. Implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo. Nueva York: Anagrama.

Carrazan, C. (2006). Hermosinda Eguez de Campos. “Dediqué mi vida a aprender y enseñar enfermería”. *Petrotecnia*, pp. 102 – 104.

Carter, M. (2014). Vocation and altruism in nursing: The habits of practice. *Nursing Ethics*, 21(6), pp. 695–706.

Castagnola, G. (2012). Hacer el bien y equivocarse la razón. Algunas observaciones a propósito de la obra de Hayden White. En: *Hayden White, la escritura del pasado y el futuro de la historiografía* (pp. 75-89). Buenos Aires: EDUNTREF.

Castiñeiras, N. (2010). Fundación Eva Perón. Desde sus inicios hasta la muerte de Evita. Buenos Aires: Instituto Nacional de Investigaciones Históricas Eva Perón.

Castrillón Agudelo, M.C. (1992). La práctica de enfermería como objeto de estudio. *Investigación y educación en Enfermería*, X(2), pp. 15-28.

Cerdá, J.M. y Ramacciotti, K.I. (2015). Capítulo IV. Desarrollo y participación comunitaria en las décadas de 1960 y 1970. En: *La salud pública y la enfermería en Argentina* (pp. 205 – 228). Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes.

- Chacón Gordillo, P.D. (2008). La mujer como objeto sexual en la publicidad. *Comunicar*, 31(XVI), pp. 403 – 409.
- Chartier, R. (1994/1998). Au bord de la falaise. L'histoire entre certitudes et inquietudes (Traducción de Renán Silva). Paris: Éditions Albin Michel.
- Chase, S.E. (2015). 25. Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En: *Manual de investigación cualitativa. Volumen IV: Métodos de recolección y análisis de datos* (pp. 58-112). Barcelona: Gedisa.
- Chocarro González, L., Guerrero Bonmatty, R., Venturini Medina, C. y Salvadores Fuentes, P. (2004). Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora en enfermería. *Cultura de los cuidados*, VIII (15), pp. 55-62.
- Chomsky, N. (1994). Política y cultura a finales del siglo XX. Un panorama de las actuales tendencias. Buenos Aires: Ariel.
- Chulach, T. y Gagnon, M. (2016). Working in a 'third space': a closer look at the hybridity, identity and agency of nurse practitioners. *Nursing Inquiry*, 23(1), pp.52 – 63.
- Cinemargentino, (2013 – 2015). *Operaciones del Dr. Posadas. Eugenio Py*. Recuperado de <http://www.cinemargentino.com/films/914988656-operaciones-del-dr-posadas>
- Consejo Interuniversitario Nacional, (2013). *Anuario 2012 – 2013*. Recuperado de <http://www.cin.edu.ar/descargas/anuarios/anuario2012-2013.pdf>
- Costa Cavalcanti, V. y Moreira, A. (2015). El laboratorio de investigación en la historia de la enfermería como productor de conocimiento y su contribución a la historia de la enfermería brasileña. *Cultura de los cuidados*, XIX(41), pp. 91 – 100. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.11>
- Cuesta, R. (2011). Historia con memoria y didáctica crítica. *Con-ciencia social*, 15, pp.15 – 30.
- D'Antonio, P. (2015). Chapter Two. Essay on sources. En *Nursing research using historical methods* (pp. 24 – 35). Nueva York: Springer.

De Titto RE, Ricci MT y De Titto RJ (2004). Capítulo 8. La Argentina en el positivismo. La figura de Cecilia Grierson. En *Historia de la Enfermería. Formación y perspectivas*, (pp.123-154). Buenos Aires: Editorial El Ateneo.

Devoto, F. y Pagano, N. (2009). *Historia de la historiografía argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.

Diccionario Etimológico, (2016). Recuperado de <http://etimologias.dechile.net/>

Donato Göttems, L.V. (2014). La historia de la educación y la enseñanza en enfermería y la resonancia en la práctica del cuidado en enfermería y salud. *Hist. Enf. Rev. Eletr (HERE)*, 5(2), pp.144-145. Recuperado de <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol5num2editorialespanhol.pdf>

Ehrenreich, B., y English, D, (1973/1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Barcelona: Editorial La Sal.

Elo, S., Kääriäinen Kanste, O., Pölkki Utriainen, K. y Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis: A focus on trustworthiness. *SAGE Open*,4(1) pp. 1 -10.

Enciclopedia Católica Online (2016). *Concilio de Trento*. Recuperado de http://ec.aciprensa.com/wiki/Concilio_de_Trento

Escuela Superior de Enfermería Dra. Cecilia Grierson (1993). *100 años de Historia de la Escuela Municipal de Enfermería "Dra. Cecilia Grierson"*. Buenos Aires: COOPGRAFICA.

Evans, J. (2003). Men nurses: a historical and feminist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 47(3), pp.321–328.

Faccia, K. (2006). La cultura como práctica social del proceso de atención en salud, *CIE*, pp. 1 – 4.

Faccia, K.A. (2015). Capítulo X. Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la Enfermería (1955- 2011). En *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 315 – 320). Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes.

Fayó, I. (agosto,2013). Paul Veyne y Michel Foucault, sobre la conceptualización del 'acontecimiento'. *IX Jornadas de Investigación en Filosofía*. Facultad de

Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de la Plata, La Plata, Argentina. Recuperado de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2906/ev.2906.pdf

Felton, M.K. y Kuhn, D. (2007). "How Do I Know?" The Epistemological Roots of Critical Thinking. *Journal of Museum Education*, 32(2), pp. 101–123. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/314117289>

Fidelindo, A.L. (2013). Florence Nightingale: A pioneer of self-reflection. *Nursing*, 43(5), pp.1-3.

Florida, J. y Balderrama, M. (1994). Teresa María Molina. Sus Bodas de Oro con la Enfermería. *Tea, jul-ago*, pp. 12-15.

Fogle, C. (2014). Taking a uniform approach to nursing attire. *Nursing*, 44(6), pp.50-4.

Freidson, E. (1986). *Professional Powers*. Chicago: Chicago University Press.

Freidson, E. (1999). Theory of Professionalism: Method and Substance. *International Review of Sociology*, 9(1), pp. 117 – 130.

Fulton, J., Kuit, J., Sanders, G. y Smith, P. (2012). The role of the Professional Doctorate in developing professional practice. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 130–139.

García Guillén, D. (2016). *El autor: Biografía*. Recuperado de http://www.cervantesvirtual.com/portales/pedro_lain_entralgo/autor_biografia/

García Martínez, A.C. (1995). Instrucción de enfermeros. Ficha bibliográfica nº4. *Híades*, 2, pp. 91 – 100.

García Martínez, A.C. (2004). Cultura escrita y grupos profesionales. La escritura y la lectura entre los enfermeros españoles de los siglos XVI y XVII. *HID*, 31, pp. 249 – 267.

García Martínez, M.J. y García Martínez, A.C. (2012). El manual *Instrucción de enfermeros* (1625), compuesto por los enfermeros obregonos, y los cuidados urológicos en los hospitales del siglo XVII. *ENFURO*, 4 (122), pp. 4 -10.

García Martínez, M.J. (2004). Vida y muerte en los hospitales castellanos (siglos XVI-XVII): la ayuda a bien morir, una función de los enfermeros Obregones. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 9, pp. 109 – 155.

García Martínez, M.J., Valle Racero, J.I. y García Martínez, A.C. (junio,1996). Las funciones de Enfermería en los Hermanos Obregones (siglos XVI – XVII). *Enfermería y administración. I Congreso Internacional de Historia de la Enfermería*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Garzón Garzón, F.J. (2015). *Humberto de Romans: un dominico en tiempos difíciles*. Recuperado de <http://www.op.org/es/content/humberto-de-romans-un-dominico-en-tiempos-dificiles-0>

Gil-García, E., Conti-Cuesta, F., Pinzón-Pulido, S.A., Prieto-Rodríguez, M.A., Solas-Gaspar, O., Cruz-Piqueras, M. (2002). El análisis de texto asistido por ordenador en la investigación cualitativa. *Index de Enfermería*, 36-37, pp. 24-28. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/36-37revista/36-37_articulo_24-28.php

Ginzburg, C. (1994). Microhistoria: dos o tres cosas que sé de ella. *Manuscrtis*, 12, pp.13 – 42.

Giraudó, E., Korinfeld, S. y Mendizábal, N. (2003). Relación trabajo y salud: un campo permanente de reflexión e intervención. En *Gestión con el personal. Una alternativa al concepto de Recursos Humanos* (pp.1-29). Buenos Aires: Docencia.

Godio, J. (1971). Los orígenes del movimiento obrero. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Godio, J. (1987). Partidos, Sindicatos y Nuevos Movimientos Sociales en América Latina. Montevideo: Puntosur.

Godio, J. [Comp] (1984). El Debate Sindical Nacional e Internacional. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina.

Gómez de Silva, G. (1998). Breve diccionario etimológico de la lengua española. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

- Gomis, D. y Kordi, S. (2011). Enfermería. Condiciones y medioambiente de trabajo. Puentes entre la salud, el trabajo y la seguridad. Buenos Aires: Akadia.
- González, M.P. y Pagès, J. (2014). Conversatorio “Historia, memoria y enseñanza de la historia: conceptos, debates y perspectivas europeas y latinoamericanas”. *Historia y memoria*, 9, pp. 275-311.
- Grice Robinson, S. (2013). The unique work of Nursing. *Nursing*, 43(3), pp. 42 – 43.
- Grosso, B. (2002). Las políticas de la memoria. *Sociohistórica*, (11-12). Recuperado de http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.3067/pr.3067.pdf
- Guzzo, C. (2014). Libertarias en América del Sur. Buenos Aires: Libros de Anarres.
- Habermas, J. (1987). Teoría de la acción comunicativa. Volumen 1 y 2. Madrid: Taurus.
- Halperin Donghi, T. (1996). Ensayos de historiografía. Buenos Aires: Ediciones el cielo por asalto.
- Harris, M. (1975). Vacas, cerdos, guerras y brujas. Los enigmas de la cultura. Madrid: Alianza.
- Hensel, D. (2014). Typologies of Professional Identity Among Graduating Baccalaureate-Prepared Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(2), pp. 125–133. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000400014&script=sci_arttext
- Hernández Conesa, J.M., Celián Soto, C. y Maldonado Suárez, E. (2013). Las coordenadas pedagógicas del cuidado a los enfermos en las Órdenes Religiosas con Voto de Hospitalidad. *Enfermería Universitaria*, 10(4), pp. 133 – 138.
- Hernández Martín, F. y Morente Parra, M. (2008). Definir la Enfermería desde la Historia: Humberto de Romans y el oficio enfermero. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería*, 10, pp. 272 – 281.
- Hernández Martín, F., Gallego Lastra, R., Alcaraz González, S. y González Ruiz, J.M. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los cuidados*, 1 (2), pp. 21 – 35.

Hernández Rodríguez, A. (agosto, 2009) ¿Tienen sexo las profesiones? El caso de los Enfermeros. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-062/845>

Huaiquián Silva, J. (2014). Investigación histórica e identidad profesional [Editorial]. *Cienc Enferm*, 20(1), pp.7-8. Recuperado de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n1/art_01.pdf

Hume, D. (2010). Sobre el estudio de la historia y los apéndices de la Historia de Inglaterra. España: Minerva.

Iggers, G.G. (2012). La Historiografía del siglo XX: desde la objetividad científica al desafío posmoderno. Méjico: Fondo de Cultura Económica.

Instituto de estudios sobre el estado y la participación – IDEP, (2014). *Irma Laciari de Carrica*. Recuperado de <http://idepba.com.ar/irma-laciari-de-carrica/>

Instituto Nacional de Investigaciones Históricas Eva Perón (2010). María Eugenia Álvarez. La enfermera de Evita. Buenos Aires: Ediciones del Instituto Nacional de Investigaciones Históricas Eva Perón.

International Council of Nurses – ICN, (2006). *Safe staffing saves lives*. Recuperado de <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2006.pdf>

Jaksić, I. (2012). Presentación. En *La historiografía del siglo XX: desde la objetividad científica al desafío posmoderno* (pp. 9-15). Buenos Aires: FCE.

Keelin, A.W. (2013). The Relevance of Nursing History [Editorial]. *Windows in time*, 21(1), pp.1-13.

Koselleck, B. (1993). Futuro pasado. Por una semántica de los tiempos históricos. Barcelona: Paidós.

Krippendorff, K. (1990). Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Buenos Aires: Paidós.

La Greca, M.I. (2012). El valor de la narratividad en Hayden White: crítica, ambivalencia y escritura de la historia. En *Hayden White, la escritura del pasado y el futuro de la historiografía* (pp. 227- 241). Buenos Aires: EDUNTREF.

Lerman, G. (2007). *Por el camino del indio*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/radar/9-4219-2007-11-04.html>

Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. España: Crítica.

Lewenson, S.B. y Mc Allister, A.M. (2015). Chapter One. Learning the historical method: step by step. En *Nursing research using historical methods* (pp.2-20). Nueva York: Springer.

Lomas, C. (2005) ¿El otoño del patriarcado? El aprendizaje de la masculinidad y de la feminidad en la cultura de masas y la igualdad entre hombres y mujeres. *Cuadernos de trabajo social*, 18, pp. 259-278.

Loo Morales, M.C.I. (2003). La identidad como proceso biológico-psicosocial y su construcción en enfermería. *Rev Enferm IMSS*, 11 (1), pp. 49-54.

López Alcaíz, V. (2012). La diferencia de la historia. Paul Veyne revisitado. *Historiografías*, 3, pp. 26-44.

Madsen, W., McAllister, M., Godden, J., Greenhill, J. y Reed, R. (2009). Nursing's orphans: How the system of nursing education in Australia is undermining professional identity. *Contemporary Nurse*, 32(1-2), pp. 9-18.

Maliska, I.C.A., Padilha, M.I., Borenstein, M.S., Costa, R., Gregório, V., Petters, R. y Vieira, M. (2010). A enfermagem francesa: assistência e educação - considerações acerca de sua história e perspectivas atuais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19 (2), pp. 325-333. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200014>

Manero Brito, R. y Soto Martínez, M.A. (2005). Memoria colectiva y procesos sociales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), pp. 171-189. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29210112.pdf>

Martin, A.L. (octubre, 2012). Cuidar en Buenos Aires. La enfermería porteña (1886 – 1940). Trabajo presentado en el V *Taller de Historia Social de la Salud y Enfermedad*. Universidad de Buenos Aires-Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Buenos Aires. Recuperado de http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/mujeres%20y%20profesionalizacion_martin.pdf

Martin, A.L. (2015). Capítulo VIII. Mujeres y Enfermería: una asociación temprana y estable (1886 – 1940). En *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp.257- 286). Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

Martín Lasa, A. (2011). *Hipurgia*. Recuperado de: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Hipurgia

Matas Morel, A. (2010). Los lugares de la memoria. Una mirada irenológica a la noción filosófica de memoria. *Revista de paz y conflictos*, 3, pp. 77-92. Recuperado de http://revistaseug.ugr.es/index.php/revpaz/article/view/443/498#_ftn1

Maya Maya, M.C. (2003). Identidad Profesional. *Invest. Educ. Enferm*, 21(1), pp. 98-104.

Medicina, (2005). *Cuadro de tapa Cecilia Grierson (sello postal 1967)*. Recuperado de http://medicinabuenaosaires.com/demo/revistas/vol65-05/6/v65n6_indice.pdf

Mendizábal, N. (2013). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.65-103). Barcelona: Gedisa.

Mercado Maldonado, A. y Hernández Oliva, A.V. (2010). El proceso de construcción de la identidad colectiva. *Convergencia*, 53, pp. 229 – 251.

Minguez Moreno, I., Siles, J. (2014). Pensamiento crítico en enfermería: de la racionalidad técnica a la práctica reflexiva. *Aquichan*, 14(4), pp. 594 – 604.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, (2015). *Matriculaciones/ Rematriculaciones*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/matriculaciones>

Miró Bonet, M., Gastaldo, D. y Gallego Caminero, G. (2008). ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enferm Clin*, 18(1), pp.25-33.

Moi de Segal, A.S. y Padula, M.E. (2002). Enfermería y sus tiempos. Relato histórico en contexto local, nacional e internacional. Buenos Aires: Fondo Editorial.

Molano, M.A. (2014). Walter Benjamin: historia, experiencia y modernidad. *Ideas y Valores*, 63(154), pp. 165-190. Recuperado de: <https://doi.org/10.15446/ideasyvalores.v63n154.31199>

Molina, T.M. (1973). Historia de la Enfermería. 2º Edición. Buenos Aires: Intermédica.

Morrone, B. (1999). Percepción del Personal de Enfermería sobre su Labor. *Revista de Enfermería del Hospital Italiano de Buenos Aires*. 3, (8), pp. 26-31.

Morrone, B. [Comp.] (2014). Al servicio de las Ideas. La enfermería en los procesos populares de Liberación en Iberoamérica. Mar del Plata: Suárez.

Nieto Caraveo, L.M. (1991). Una visión sobre la interdisciplinariedad y su construcción en los currículos profesionales. *Cuadrante*, 5-6, pp.1-10.

Nogales Espert, A. (2006). Pensamiento enfermero e historia. Necesidad de vertebración filosófica e histórica en Enfermería. *Cultura de los cuidados*, X(20), pp. 14-21.

Ordo Predicatorium (2015). Recuperado de <http://www.op.org/es>

Orella, J.L. (2013). El concepto de la Historia en la comunicación historiográfica. *Aportes*, 82, XXVIII (2), pp. 149-176.

Organización Panamericana de la Salud, (2014). *Murió el Doctor Abraam Sonis, un maestro de la salud pública a nivel internacional*. Recuperado de http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1323:murio-el-doctor-abraam-sonis-un-maestro-de-la-salud-publica-a-nivel-internacional&catid=331:arg01-desarrollo-de-politicassistemas-y-servicios&Itemid=225

Osses Paredes, C., Valenzuela Suazo, S. y Sanhueza Alvarado, O. (2010). Hombres en la Enfermería Profesional. *Enfermería Global*, 18, pp. 1 – 7. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/reflexion1.pdf>

- Ottini, M.L. (2010). Valko, Marcelo. 2010. Pedagogía de la Desmemoria. Crónicas y estrategias del genocidio invisible. *Memoria Americana*, 18 (2), pp.293-305. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/memoam/n18-2/n18-2a07.pdf>
- Panella, C. [Dir.] (2015). La Fundación Eva Perón. Imágenes de su historia. Buenos Aires: Museo Evita.
- Parrilla, J.P. (2015). *La historia jamás contada de las enfermeras abusadas en Malvinas*. Recuperado de <http://www.infobae.com/2015/05/28/1731513-la-historia-jamas-contada-las-enfermeras-abusadas-la-guerra-malvinas/>
- Parrilla, J.P. (2015). *La silenciada historia de las veteranas de Malvinas*. Recuperado de <http://www.infobae.com/2015/03/31/1719360-la-silenciada-historia-las-veteranas-malvinas/>
- Peräkylä, A. (2015). 35. Análisis de la conversación y el texto. En *Manual de investigación cualitativa. Volumen IV: Métodos de recolección y análisis de datos* (pp.462-483). Barcelona: Gedisa.
- Pereyra, F. y Micha, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Salud colectiva*, 12(2), pp. 221-238.
- Pérgola, F. (2012). Evita y la salud pública; la escuela de enfermeras y el tren sanitario. *Rev Argent Salud Pública*, 3(12), pp. 47 – 48.
- Peruso, M.L. [Coord.] (2006). Las mujeres y sus luchas en la Historia Argentina. Buenos Aires: Carcos.
- Philatelia.net, (2003 - 2017). Sarah Gamp. Recuperado de <http://www.philatelia.net/classik/stamps/?id=22830>
- Pigna, F. (2017). *La conquista del desierto*. Recuperado de http://www.elhistoriador.com.ar/articulos/republica_liberal/conquista_del_desierto.php
- Piovano, M. y Gómez, P. (2008). Características y tendencias en la formación de postgrado de las enfermeras. Argentina – 2006. *Revista de Salud Pública*, 2 (XII), pp.35 – 44.

Pla, A.J. (1972). *Ideología y método en la historiografía argentina*. Buenos Aires: Nueva visión.

Portal Hiádes - Portal de Historia de la Enfermería Española e Iberoamericana, (2016). Recuperado de <http://www.portalhiades.com/>

Pratesi, A.R. (2007). La integración a la nación y el cuidado de los soldados en el movimiento social de apoyo a la guerra de Malvinas en la Provincia del Chaco. *Ponta de Lança*, 1(1), pp. 23 – 26.

Presidencia de la Nación. Ministerio de Educación de la República Argentina. Secretaría de Políticas Universitarias, (2012). *Anuario 2012*. Recuperado de <http://portales.educacion.gov.ar/spu/investigacion-y-estadisticas/anuarios/>

Ramacciotti, K. y Valobra, A.M. (2012). Mujeres, política y profesionalización. *Forjando*, 1(1), pp.72- 81. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7387/pr.7387.pdf

Ramacciotti, K.A. y Valobra, A. (2010). La profesionalización de la Enfermería en la Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, LXII (2), pp. 353-374.

Ramacciotti, K.I. y Valobra, A. (2008). Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista. En *La fundación Eva Perón y las mujeres: entre la provocación y la inclusión* (pp. 353 – 374). Buenos Aires: Biblos.

Ramacciotti, K.I. y Valobra. A. (2015). Capítulo IX. Feminización y profesionalización de la Enfermería (1940 – 1955). En *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287 – 294). Quilmes: Editorial Universidad Nacional de Quilmes.

Real Academia Española, (2015). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=4sgWygG>

Real Academia Española, (2016). *Diccionario de la lengua española*. Edición del Tricentenario. Recuperado de <http://dle.rae.es/>

Rodríguez, A.M. y Brito Brito, R. (2013). Imagen e identidad enfermera. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(3), pp.1-3.

Romano, R. (1995). Braudel y nosotros. Reflexiones sobre la cultura histórica de nuestro tiempo. Méjico: FCE.

Rosas, S. (2016). Violencia e invisibilidad indígena. La cuestión de los pueblos originarios durante el primer peronismo. *Anuario del Instituto de Historia Argentina*, 16 (1), pp.1-12. Recuperado de <http://www.anuarioiha.fahce.unlp.edu.ar/article/view/IHAV16n1a13>

Sacchetti, L. y Rovere, M. (2011). Surgimiento de la Enfermería Moderna. Mitos victorianos, tecnologías de poder y estrategias de género. Buenos Aires: El Ágora.

Sachetti, L. y Rovere, M. (agosto, 2009). Surgimiento de la Enfermería Moderna; Descifrando Mitos, Contextos y Devenires. Ponencia presentada en las *Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, organizadas por el Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani*. Facultad de Ciencias Sociales: Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Sánchez, L.E. (septiembre,2009). Una revisión epistemológica de la autonomía. *IV Encuentro del Centro de Reflexión en Política Internacional*. Universidad Nacional de La Plata. La Plata, Argnetina. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.889/ev.889.pdf

Sánchez, N.I., Provenzano, S. y Pérgola, F. (2015). Capítulo primero. Médicas graduadas entre 1889 – 1899. En *Las primeras mujeres de la medicina universitaria argentina 1889 – 1950* (pp.17- 34). Buenos Aires: EAB Editorial.

Santander, P. (2011). Por qué y cómo hacer Análisis de Discurso. *Cinta moebio*, 41, pp.207-224. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/41/santander.html

Santucho, F.R. (1962). Datos sobre la propiedad colonial. Argentina: Talleres Gráficos Hermanos Caro.

Sautu R (2004). Capítulo I. Estilos y prácticas de la investigación biográfica. En *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los autores* (pp. 21 – 56). Buenos Aires: Lumiere.

Sayago, S. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta moebio*, 49, pp.1-10. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/49/sayago.html

- Seixas, P. y Peck, C. (2004). Teaching historical thinking. En *Challenges and prospect in Canadian social studies* (pp. 109 – 117). Vancouver: Pacific Educational Press.
- Serdarevich, U. (2017a). Enfermería: una perspectiva historiográfica. *Investigación en Enfermería. Imagen y desarrollo*, 19 (2), pp. 83 – 95. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/issue/view/1086/showToc>
- Serdarevich, U. (2017b). Legislación en Enfermería. El sinuoso camino hacia la autonomía. *Revista Colombiana de Enfermería*, 14 (12), pp. 82-92.
- Shalock, R.L. y Verdugo Alonso, M.A. (2002). Calidad de vida. Manual para profesionales de la Educación, Salud y Servicios Sociales. Madrid: Alianza Editorial.
- Siles González, J. (2004). La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index de Enfermería*, 47, pp.7-10.
- Siles González, J. (2005). La eterna guerra de la identidad enfermera: un enfoque dialéctico y deconstruccionista. *Index Enferm*, 14(50), pp. 1-4.
- Smith, K.M., Brown. A. y Crookes, P.A (2015). History as a reflective practice: a model for integrating historical studies into nurse education. *Collegian*, 22(3), pp.341-7.
- Sonis, A. (2004). Prólogo. En *Historia de la Enfermería. Formación y perspectivas* (pp. 11-12). Buenos Aires: El Ateneo.
- Soto Verchér, M. M. y cols. (2014). Teselaciones. Historia y fundamentos de Enfermería. 3º Edición. San Luis: Universidad Nacional de San Luis.
- Spinelli H (2004). La violencia como problema de salud pública: El terrorismo de Estado en Argentina, 1976-1981. *Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividad; Epidemiología, Gestión y Políticas* (pp.1-16). Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Stokowski, L.A. (2010). Una carta a Hollywood: las enfermeras no son chicas para todo (Editorial). *Enfermería Clínica*, 20(4), pp. 211 – 212.

- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behavior. *Social Science Information*, 13, pp. 65-93.
- Tauro, N. (2015). La educación superior en salud. Abordaje desde los marcos normativos. Buenos Aires: Delhospital ediciones.
- Thupayagale Tshweneagae, G. y Dithole, K. (2007). Unity among nurses: An evasive concept. *Nursing Forum*, 42(3), pp.143-6.
- Todorov, S. (1991). Nosotros y los otros. Reflexiones sobre la diversidad humana. España: Siglo XXI.
- Toman, C. y Thifault, M.C. (2012). Historical thinking and the shaping of nursing identity. *Nursing History Review*, 20, pp. 184 – 204.
- Tozzi, V. y Lavagnino, N. [Comps](2012). Hayden White, la escritura del pasado y el futuro de la historiografía. Buenos Aires: EDUNTREF.
- Ujaldón, E. (2010). Introducción. En *Sobre el estudio de la historia y los apéndices de la Historia de Inglaterra* (pp. 9 -33). España: Minerva.
- Universidad ISalud, (2013). Enfermería: recurso humano crítico. *[i] Salud*, 37 (8), pp.8 -12.
- Urra, E. y Jana, A. (2010). El uso de un paradigma emancipador para la teoría feminista posestructuralista en la investigación de enfermería. Sus implicancias y desafíos. *Ciencia y Enfermería*, XVI (3), pp. 15-25.
- Urra, E., Muñoz, A. y Peña, J. (2013). El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud. *Enfermería Universitaria*, 10(2), pp. 50-57.
- Valko, M. (2010). Pedagogía de la desmemoria. Crónicas y estrategias de un genocidio invisible. Buenos Aires: Editorial Madres de Plaza de Mayo.
- Van Dijk, T.A. (2003). La multidisciplinaridad del análisis crítico del discurso: un alegato en favor a la diversidad (pp. 143-177). En *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Gedisa.

Van Dijk, T.A. (2016). Análisis crítico del discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 30, pp. 203-222.

Vasconcelos Amorín, T., de Oliveira Salimena, A.M., de Oliveira Souza, I.E. (2015). Historicidad e historiografía: contribución de la entrevista fenomenológica para Enfermería. *Cultura de los cuidados*, 19(41), pp.71-81. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.09>

Vasilachis de Gialdino, I. (1992). El análisis lingüístico en la recolección e interpretación de materiales cualitativos. En *Métodos cualitativos II. La práctica de la investigación* (pp. 153 – 207). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina (CEAL).

Vasilachis de Gialdino, I. (2003). La investigación cualitativa. En *Estrategias de investigación cualitativa* (pp.23-50). Buenos Aires: Gedisa.

Vasilachis de Gialdino, I. (2004). Prólogo. En *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los autores* (pp.18-19). Buenos Aires: Lumiere.

Vasilachis de Gialdino, I. [Comp.] (2013). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Vega, G.A. (2002). Memoria y conocimiento histórico. El debate filosófico contemporáneo atravesado por la impronta platónica. *Nuevo itinerario. Revista digital de Filosofía*,5, pp. 1-12.

Velasco Juez, M.C. (1999). El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. *Index de Enfermería*, 27, pp.25 – 30. Recuperado de http://www.index-f.com/index-enfermeria/27revista/27_articulo_25-30.php

Venturini, A.H. (2011). La primera anestesia filmada en el mundo se hizo en Buenos Aires. *RAA*, 69(1), pp. 55-60.

Vilar, P. (1999). Historia. En *Iniciación al vocabulario del análisis histórico* (pp. 17-47). Barcelona: Crítica.

Vivar, C.G., Arantzamendi. M., López-Dicastillo, O. y Gordo Luis, C. (2010). La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index de Enfermería*, 19(4), pp. 283-288. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000300011&lng=es&tlng=es

Wainerman, C.H. y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: la enfermería en Buenos Aires. *Desarrollo Económico*, 32(126), pp. 271 – 284.

Wainerman, C.H. y Binstock, G. (1994). Género y calificación en el sector Enfermería. *Estudios del trabajo*, 7, pp. 43 – 65.

Wainerman, C.H. y Binstock, G. (1995). 2. La feminización de la enfermería argentina. En *Palabras del silencio. Mujeres latinoamericanas y su historia* (259-283). Ecuador: UNICEF.

White, H. (1992/2014). Metahistoria. La imaginación histórica en la Europa del siglo XIX. Méjico: FCE.

White H (2012). El pasado práctico. *Hayden White, la escritura del pasado y el futuro de la historiografía* (pp. 19-39). Buenos Aires: EDUNTREF.

Wineburg, S. (2010). Historical thinking and other unnatural acts. *Kapapanmagazine.org*, 92 (4), pp. 81-94.

Zabalegui Yárnoz, A. (2009). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), pp. 16-20. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/33/63>

Zahourek, R.P. (2016). Men in Nursing: Intention, intentionality, caring, and healing. *Holist Nurs Pract*, 30(5), pp. 247–256.

Zamorano Pavón, I.C. (2008). Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional. *Investigación y Educación en Enfermería*, XXVI (2), pp. 168-171.

Zanotti, R. y Chiffi, D. (2016). A normative analysis of nursing knowledge. *Nursing Inquiry*, 23(1), pp. 4-11.

G. NOTAS

¹ El XIX Concilio Ecuménico se inauguró en Trento el 13 de diciembre de 1545 y se clausuró el 4 de diciembre de 1563. Su objetivo principal fue la determinación definitiva de las doctrinas de la Iglesia en respuesta a los protestantes. Fin ulterior fue la ejecución de una reforma a fondo de la de la Iglesia (Enciclopedia Católica Online, 2016).

² El formato de octava hace referencia al número de veces que se doblaba la hoja para formar un cuadernillo.

³ Injuria, afrenta (Real Academia Española Online, 2015).

⁴Cursiva original del texto.

⁵Acción de derramar lentamente como si se regara un líquido sobre una parte enferma (Real Academia Española Online, 2015).

⁶Cuando Grierson ingresó a la universidad, otra mujer la había precedido: Élide Passo, quien por su muerte prematura no se graduó (Sánchez et al, 2015).

⁷En todas las citas textuales se respetan las cursivas del original.

⁸*Proligidad* en el original.

⁹*Masagista* en el original.

¹⁰Fueron seleccionados sólo los títulos del índice. Se respeta el orden del original.

¹¹Ablución: lavatorio. Acción de lavar (Diccionario de la Real Academia Española, 2016).

¹²Revulsión: Medio curativo de algunas enfermedades internas que consiste en producir congestiones o inflamaciones en la superficie de la piel o las mucosas mediante diversos agentes físicos, químicos y orgánicos (Diccionario de la Real Academia Española, 2016).

¹³Hipurgia. Del griego hypurgia, asistencia. Técnica de los cuidados que deben prodigarse a los enfermos (Martín Lasa, 2011).

¹⁴*Hechar* en el texto original. Copia digital, biblioteca de la tesista.

¹⁵⁻¹⁶Se respetan la negrita y comillas del original.

¹⁷Los párrafos seleccionados son traducciones de la tesista del original inglés. Se respetan las cursivas del texto fuente.

¹⁸ “We do not seek to make medical women, but simply nurses, acquainted with the principles which they are required constantly to apply at the bedside” (Macintosh, 1942). Traducción al español de la tesista.

¹⁹Cursiva en el original.

²⁰En todas las citas se respeta la versión del original.

²¹Referente argentino en salud pública. Autor de numerosas publicaciones, asesor de organizaciones como la OPS. Murió en el año 2014.

²²Lain Entralgo (1908 – 2001) historiador de la medicina y de la cultura española. Ensayista (García Guillén, 2016).

²³Se respetan comillas y modo de citar del original.

²⁴Término utilizado por los mapuches para identificar a las personas que no pertenecen a su etnia (Diccionario etimológico, 2016).

²⁵1879 – 1885. Expedición de Roca que tuvo por resultado miles de indios muertos, catorce mil reducidos a la servidumbre, y la ocupación de quince mil leguas cuadradas (Pigna, 2017).

²⁶Morrone utiliza la edición de 1973 del libro de Molina como fuente.

²⁷Irma Laciari de Carrica (1926 – 1976). Enfermera. Directora de la Escuela de Auxiliares de Enfermería del Ministerio de Salud Pública de la Nación creada por Carrillo. Militante de la Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) e integrante del equipo de Derechos Humanos (CGT de los argentinos). Desaparecida en 1976.

²⁸Se respetan citado y cursiva del original.

²⁹Ana Heredia se desempeña como Directora de la Licenciatura en Enfermería – Universidad Nacional de Quilmes.

³⁰Se respetan comillas y cursivas del original en todas las citas.

³¹En referencia a la Fundación Eva Perón.

³²Su obra “*Notes on Hospitals*” (1859) versa sobre la correlación entre las técnicas sanitarias y las instalaciones médicas.

³³El decreto – ley de 1967 surge durante el gobierno de facto del General Juan Carlos Onganía (1966 – 1970).

³⁴ Se tomarán las citas de la normativa tal como se encuentran en el libro de De Titto et al (2004).

³⁵La presidencia de la Nación Argentina se encontraba a cargo del Dr. Raúl Ricardo Alfonsín, primer presidente democrático luego del Proceso de Reorganización Nacional.

³⁶ Bajo la presidencia de Cristina Fernández de Kirchner y la dirección del Ministerio de Salud a cargo de Graciela Ocaña.

³⁷ Ley de Educación Superior de la República Argentina, 1995.

³⁸ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Documento del Consejo Federal de Salud, 2008.

³⁹ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. *Matriculaciones/Rematriculaciones*. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/matriculaciones>

⁴⁰ Proyecto de reforma de la Ley 24.004. Diputada Adriana Puiggrós (Frente para la Victoria). N° de Expediente: 9043-D-2014. Trámite Parlamentario: 166 Recuperado de: http://www.adrianapuiggros.com.ar/ver_proyectos.php?id=2312

⁴¹Se respetan las cursivas del original.

⁴²El término *samaritana* hace referencia a las personas que ayudan a otras de manera desinteresada (Real Academia Española, 2016).