

El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967

Karina Inés Ramacciotti (*) y Adriana María Valobra ()**

(*) orcid.org/0000-0002-6724-3926. Investigadora del Conicet en Instituto Interdisciplinario de Género, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires y Profesora Titular de La Universidad Nacional de Quilmes. karinaramacciotti@gmail.com

(**) orcid.org/0000-0003-3955-4791. Directora del CInIG (Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género) dependiente del IDIHCS/UNLP – Conicet, Cátedra de Metodología de La Investigación I y Problemas de Historia Argentina, Departamento de Historia, FAHCE-UNLP. indivalobra@gmail.com

Dynamis
[0211-9536] 2017; 37 (2): 367-387
<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362017000200006>

Fecha de recepción: 21 de noviembre de 2016
Fecha de aceptación: 24 de abril de 2017

SUMARIO: 1.—Introducción. 2.—Feminización y aumento del personal de enfermería. 3.—Espacios formativos y deliberativos. 4.—El debate sobre el reconocimiento salarial. 5.—Consideraciones finales

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo revisar las influencias en la formación de la enfermería en Argentina. Se toman como hitos dos congresos locales que pusieron sobre el tapete problemas de la disciplina y posibles soluciones: el I Congreso Argentino de Enfermería en La Plata (1949) y el IV Congreso Argentino de Enfermería en Mendoza (1967). En este lapso, los tópicos ligados a la profesionalización se convirtieron en puntos nodales de la discusión tanto en el ámbito local como en el internacional. La hipótesis de este artículo es que la formación de la enfermería estuvo signada por discursos y prácticas que se enfocaron en el mejoramiento de la calidad educativa y en la modernización de sus prácticas. Estas intenciones, no obstante, se complementaron con una mirada que concibió al campo médico de modo jerárquico en el que las enfermeras ocuparían un escalafón secundario. Ello demoró la profesionalización y el enaltecimiento salarial.

PALABRAS CLAVE: historia de la enfermería, profesionalización, organismos internacionales, Argentina.

KEYWORDS: history of the nurses, professionalization, gender, international bodies, Argentina.

1. Introducción (*)

La historiografía de la enfermería en Argentina está constituida por tres corrientes analíticas. Una de ellas la vinculada con los relatos de las propias enfermeras que contribuyeron a rescatar eventos y figuras importantes de la profesión¹. La segunda está ligada con los estudios que provienen de la sociología y la antropología. Estos aportes, impulsados por los organismos internacionales, cuantificaron algunas variables consideradas claves para la evaluación del campo y la formulación de propuestas para renovar la profesión e impulsar reformas en los espacios formativos y en las unidades laborales. También, incorporaron categorías teóricas que estimularon la reflexión dentro de la profesión². El Centro de Estudios de Población profundizó diversos aspectos de las características y de la situación de la enfermería y sus informes son considerados pioneros ya que utilizaron conceptos provenientes de los estudios de género³. La tercera línea está vinculada al impacto

(*) Este estudio se enmarca en la integración de los resultados de los Proyectos PIP CONICET dirigidos por Adriana Valobra (PIP 0335) y Karina Ramacciotti (PIP 11420110100060), respectivamente, y en el Proyecto de Incentivos «Relaciones de género, derechos y proyectos modernizadores en la Argentina, 1821-1970» H 689 UNLP y en un proyecto de investigación financiado por la Universidad de José C. Paz (Proyecto NA00317) y la Universidad Nacional de Quilmes.

1. Molina, María Teresa. Historia de la Enfermería. Buenos Aires: Intermédica; 1973 y Morrone, Beatriz. Soltando Amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina. Mar del Plata: Ediciones Suárez; 2011.
2. Habichayn, Alba. Proceso de Profesionalización de la enfermería en la Argentina. Universidad de Buenos Aires; 1999. Espino Muñoz, Susana; Malvárez, Silvina; Davini, María Cristina; Heredia, Ana María. Desarrollo de Enfermería en Argentina 1985-1995: Análisis de situación y líneas de trabajo. Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. 1995 [citado 8 Abr 2015]. Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub43.pdf.
3. Geldstein, Rosa; Wainerman, Catalina. Trabajo, carrera y género en el mundo de la salud. Cuadernos del CENEP [artículo en Internet]. 1989 [citado 31 Mar 2015]; 42: 1-37. Disponible en: <http://201.231.155.7/wwwisis/bv/cuadernos%20cenep/CUAD%2042>; Wainerman, Catalina; Geldstein, Rosa. Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina. Cuadernos del CENEP [artículo en Internet]. 1999 [citado 31 Mar 2015]; 44: 43-65. Disponible en: <http://201.231.155.7/wwwisis/bv/cuadernos%20cenep/CUAD%2044.pdf>; Wainerman, Catalina; Binstock, Georgina. Género y ocupación en el sector de Enfermería. Estudios del Trabajo [artículo en Internet]. 1994; 7: 44-65. Disponible en: <http://www.aset.org.ar/docs/Wairnenman%20Y%20Binstock.pdf>; Faccia, Karina. Estudio cualitativo y cuantitativo de la profesionalización de la enfermería desde una perspectiva antropológica. Revista Argentina de Salud Pública [artículo en Internet]. 2009 [citado 15 Nov 2012]; 1: 12-17. Disponible en: [http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen1/RASP102-Faccia ProfesionalizaciondeEnfermeriades.pdf](http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen1/RASP102-Faccia%20ProfesionalizaciondeEnfermeriades.pdf); Pautassi, Laura. El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. Cepal [artículo en

de la teoría de género en las investigaciones de corte histórico. Esta ligazón dio lugar a una mayor visibilización de las desiguales relaciones de poder dentro de la estructura sanitaria, principalmente entre fines del siglo XIX y la década del 50. De este modo, se apreció la segmentación vertical que suponía el esquema médico donde los puestos considerados jerárquicos recaían en los varones y los inferiores, en las mujeres. Al mismo tiempo, se observó que los puestos peor pagos eran los que se feminizaban y que, incluso, entre las primeras médicas, había enormes obstáculos para vencer, aun en el desarrollo de la actividad privada del consultorio⁴.

Así pues, este artículo es tributario y dialoga con las corrientes previas y tiene como objetivo revisar las influencias en la formación de la enfermería en Argentina. Este proceso nacional tiene potenciales líneas comparativas con otros casos sucedidos en la región que merecerán estudios posteriores.⁵ Para la realización de este artículo se toman como hitos dos congresos locales que pusieron sobre el tapete problemas de la disciplina y posibles soluciones: el I Congreso Argentino de Enfermería en La Plata (1949) y el IV Congreso Argentino de Enfermería en Mendoza (1967). En este lapso, los tópicos ligados a la profesionalización se convirtieron en puntos nodales de la discusión tanto en el ámbito local como en el internacional.

La premisa que guía este artículo es que la formación de la enfermería estuvo signada por discursos y prácticas que se enfocaron en el mejoramiento de la calidad educativa y en la modernización de sus prácticas. Estas intenciones se complementaron con una mirada que concibió al campo

Internet] 2007 [citado 6 Mar 2015] 87: 9-42. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5809/S0700816_es.pdf?sequence=1.

4. Nari, Marcela. Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940. Buenos Aires: Biblos; 2004; Lobato, Mirta. Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960). Buenos Aires: Edhasa; 2007; Ramacciotti. Karina; Valobra, Adriana. Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista. En: Barry, Carolina; Ramacciotti, Karina; Valobra, Adriana, eds. La Fundación Eva Perón y las mujeres en Buenos Aires: entre la provocación y la inclusión. Buenos Aires: Biblos; 2008: 119-146; Martín, Ana Laura. Mujeres y enfermería: Una asociación temprana y estable, 1886-1940. En: Biernat, Carolina; Cerdá, Juan Manuel; Ramacciotti, Karina, dirs. La salud pública y la enfermería en la Argentina. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2015.
5. Véase los casos de la enfermería en Chile, México y Brasil en Zarate, Soledad. Al cuidado femenino. Mujeres y profesiones sanitarias, Chile, 1889-1950. En: Stiven, Ana María; Joaquín Fermandois, Joaquín eds. Historia de las Mujeres en Chile. Santiago: Santiago: Taurus, Aguilar; 2014. T2; Agostoni, Claudia. Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920. Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México. 2007; 33: 89-120; Castro Santos, Luiz Antonio; Faria, Lina. Saude & Historia. San Pablo: Hucitec; 2010.

médico de modo jerárquico donde las enfermeras ocuparon un escalafón secundario. Ello demoró la profesionalización y el enaltecimiento salarial. Emulando a Carole Pateman, denominaremos esta situación el Dilema Nightingale. Según esta autora,

«El dilema [Wollstonecraft] surge porque, dentro de la concepción patriarcal existente de la ciudadanía, la elección siempre tiene que ser hecha entre la igualdad y la diferencia, o entre la igualdad y la feminidad. Por un lado, exigir la “igualdad” es luchar por la igualdad con el hombre (pedir que los “derechos de los hombres y de los ciudadanos” se extiendan a las mujeres), lo que significa que ellas deben llegar a ser (como) los hombres. Por otro lado, insistir, como algunas feministas contemporáneas, que los atributos distintivos de las mujeres, sus capacidades y sus actividades de las mujeres sean valoradas y tratadas como una contribución a la ciudadanía es exigir lo imposible; tal “diferencia” es precisamente que la ciudadanía patriarcal las excluye»⁶.

¿Es posible establecer un paralelismo con estas ideas para pensar las paradojas en la profesionalización de la enfermería? A lo largo del artículo intentaremos ir en ese camino.

En el primer apartado abordaremos el aumento de la demanda por parte del Estado de personal de enfermería y la persecución de alcanzar los estándares internacionales, así como algunos problemas planteados para mensurar la feminización de la rama. En el segundo apartado revisaremos la complejización de la enseñanza de la enfermería. Finalmente, se analizará cómo se entrecruzan las demandas de una mayor capacitación con los planteos salariales. El corpus estará formado por las actas de los mencionados congresos, publicaciones médicas ligadas a la salud pública y la de los organismos internacionales.

2. Feminización y aumento del personal de enfermería

Un estudio pionero, centrado en la ciudad de Buenos Aires, planteó que la enfermería «no nació sino que se constituyó como femenina»⁷. Este trabajo

6. Pateman. Carol. Equality, difference, subordination: the politics of motherhood and women's citizenship. En: Bock, Gisella; James, Susan eds. Beyond equality and difference. London: Routledge; 1992, p. 20.

7. Wainerman; Binstock, n. 3.

demuestra que a comienzos del siglo XX, el modelo de enfermería evidenciaba un elevado índice de masculinidad en los hospitales porteños. Hacia 1912 el proceso de feminización se generalizó influenciado por el impacto que tuvo Cecilia Grierson como vocera de la profesión y como impulsadora de las ideas de Florence Nightingale en la Argentina.

La feminización y profesionalización de la enfermería ocuparon centralmente los años 40 y 50 y se inscribieron en la dinámica de las propuestas sanitarias de los dos primeros gobiernos peronistas (1946-1955). La salud pública pasó a estar, como nunca antes, bajo la égida estatal, se complejizó la estructura institucional y se reconocieron los derechos sanitarios. La mayor demanda de puestos laborales vinculados a la enfermería se estimuló por la expansión hospitalaria y el incremento de campañas sanitarias. También incluyó un hecho específico: la crisis social y sanitaria que provocó el terremoto de San Juan de 1944. Este desastre natural conmovió a muchas mujeres y las impulsó para dedicarse a las tareas del cuidado. Por tal motivo, una de las gestiones del peronismo fue la creación de la Escuela de Enfermeras (1947). También, la Fundación Eva Perón inauguró la Escuela «7 de mayo» (1950). Estos espacios formativos se sumaron a otros que funcionaban desde principios de siglo tales como la Escuela de la Cruz Roja y los asociados a los hospitales de origen étnico⁸.

La lógica de racionalización y planificación de la acción estatal durante el peronismo pivoteó sobre los ejes de la cantidad y la calidad. Se estipularon estándares cuantitativos que debían acompañar los cambios formativos. El ideal era una enfermera cada cuatro pacientes hospitalizados⁹. Al tiempo que las instalaciones sanitarias se expandían, el número de enfermeras se incrementó en un 125% en 7 años. El ritmo de ambos fenómenos no llegó a equipararse ni se lograron los niveles programados. No obstante, se pasó de 8.000 enfermeras en 1946 a 18.000, en 1953¹⁰.

Sin embargo, estos datos, no nos informan cabalmente y deben considerarse con cuidado. ¿Eran 18.000 mujeres o eran 18.000 varones y mujeres? ¿Acaso esas 18.000 enfermeras eran diplomadas o incluían al personal

8. Ramacciotti; Valobra, n. 4, pp. 125 y 126; Ramacciotti, Karina; Valobra, Adriana. Feminización y profesionalización de la enfermería, 1940-1955. En: Biernat; Cerdá; Ramacciotti, dirs., n. 4, p. 287-313.

9. Carrillo, Ramón. Elogio de la enfermería. Enfermería. 1949; 1: p. 4.

10. Ross, Peter. Policy Formation and Implementation of Social Welfare in Peronist Argentina, 1943-1955. University of New South Wales; 1998.

empírico? Las respuestas nos llevan a un callejón sin salida puesto que la información disponible es prácticamente nula y la existente debe tomarse con recaudos en tanto deja librada al azar muchas preguntas sobre las características de las variables consideradas así como las exclusiones e inclusiones que suponen¹¹.

El seguimiento del proceso de feminización a partir de 1955 presenta las mismas dificultades y no existen estudios que hasta el momento lo hayan abordado. En el Censo nacional de 1960, se unificaron las profesiones sanitarias junto con las educativas y otras en la rama «servicios», sin diferenciarlos. Por lo tanto, no se puede establecer la relación porcentual de participación femenina como en el Censo nacional de 1947 que, aunque sin desglosar internamente, permitió delimitar que las mujeres ocupaban un 61% de las personas ocupadas en el sector. Por otra parte, el Primer Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud, realizado por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública durante 1964-1965, tampoco discriminó la información por sexo y dio por sentado que se trataba siempre de mujeres.

Por ello, la información que nos ofrecen los documentos históricos respecto de la feminización es indirecta para este período. Según las estimaciones de la Dirección de Estadísticas y Censos analizadas por Blanca Stábile, directora de la Dirección Nacional de Seguridad y Previsión Social de la Mujer, para 1957 las mujeres ocupaban el 80% de la rama sanitaria.¹² Si bien estas estimaciones no establecen diferencias ni por provincia ni entre enfermeras diplomadas y sin título ni diferenciaba a las auxiliares, a falta de mejor información, los datos que utilizaba Stábile confirmarían el proceso de feminización en el ámbito sanitario después de 1955.

La necesidad de incrementar la cantidad de enfermeras en las plantas hospitalarias cobró una mayor visibilidad a mediados de la década de los 50. En el terreno político, un golpe de Estado derrocó al gobierno de Juan Domingo Perón (1955) y se inauguró una experiencia política excluyente de los grupos peronistas que declamaba que venía a liberar al país de la «tiranía» y a restaurar el orden constitucional. Los nuevos gobiernos realzaban las banderas de una democracia liberal con modernización socioeconómica fuertemente teñida de una impronta conservadora vinculada a

11. Queirolo, Graciela. Mujeres que trabajan: una revisión historiográfica del trabajo femenino en la ciudad de Buenos Aires (1890-1940). Nuevo Topo. Revista de historia y pensamiento crítico. Buenos Aires. 2006; 3: 29-49.

12. Stábile, Blanca. La mujer en el desarrollo nacional. Buenos Aires: Ediciones Arayú; 1961, p. 215.

la Iglesia católica. En este escenario, la política de salud del peronismo fue objeto de duras críticas en las que se destacaban la excesiva intervención del Estado o el derroche de recursos utilizados para su implementación. En oposición a aquel modelo, ahora deslegitimado, se promocionaron los conceptos de descentralización y autogestión hospitalaria en consonancia con los discursos provenientes de organismos internacionales que, desde mediados de los '50, tuvieron una mayor impronta local. Éstos delinearón aspectos sociales y políticos sobre los que creían que las naciones del Tercer Mundo debían trabajar a fin de modernizarse y desarrollarse. Un ejemplo de ello constituye la aprobación en 1960 del Acta de Bogotá en el que se indicó fortalecer y expandir los servicios nacionales y locales de salud¹³.

En este contexto, se observa una gran movilización internacional vinculada a la enfermería y una mayor injerencia de los organismos internacionales en la temática, influyendo en las agendas nacionales. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Unión Panamericana o la Organización de Estados Americanos (OEA) —entre otras organizaciones— cobraron una importancia singular a la hora de estipular esos parámetros expectables e impulsar programas específicos para la promoción social de las mujeres cuya situación fue vista como un problema relevante a resolver por los países que pretendían salir del subdesarrollo¹⁴.

Las III, IV y V Conferencias Regionales de Enfermería realizadas en Brasil, en 1953; en México, en 1956 y en Argentina, en 1959; apoyadas por la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), fueron las instancias de intercambio interamericano en el campo de la enfermería. En ellas se introdujo la figura de personal auxiliar de enfermería. Este punto fue relevante en los primeros dos congresos. En ambas oportunidades el debate giró sobre si la incorporación de esta ocupación no implicaba un retroceso en el proceso de la profesionalización. No obstante, en estos encuentros de los años 50, el problema, según Agnes Chagas, asesora regional de enfermería de la OSP, ya se había saldado ya que la necesidad de auxiliares se aceptaba en Lati-

13. Ramacciotti, Karina. Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta. *Revista Ciencias de la Salud* [artículo en Internet]. 2014 [citado 5 Mar 2015]; 12 (1): 85-105. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/revsalud12.1.2014.06>.

14. Valobra, Adriana. Participación de la mujer en la vida pública. Notas sobre el Seminario Nacional de 1960. *Cuadernos de H Ideas* [artículo en Internet]. 2013 [citado 6 Mar 2015]; 7 (7). Disponible en: <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/cps/article/view/2054/1796>.

noamérica y su número debía establecerse de acuerdo con las necesidades de cada país previa selección cuidadosa de las aspirantes¹⁵.

Algunos aspectos parecían plantearse en términos similares a los de otros momentos; sin embargo, el problema de la cantidad de las enfermeras tenía nuevas complejidades y exigencias. En primer lugar, apareció la necesidad de tener información fidedigna. Así, se realizó el Primer Catastro Nacional de Recursos y Servicios de Salud. Éste demostró que la media nacional, 48,79% del personal del área de enfermería (incluyendo diplomadas y auxiliares) no contaba con título. Este porcentaje matizaba algunas afirmaciones vertidas por los observadores de la época que consideraban que «la mayor parte del personal de enfermería» carecía «de estudios previos» pues eran más lo que poseían título que los que no lo tenían. Asimismo, se ponían en cuestión los mecanismos del Estado para regularizar situaciones de hecho tales como los exámenes para titular a personal empírico. Las estadísticas, no obstante, no diferenciaban entre títulos obtenidos por estudios terciarios o universitarios de aquellos títulos que fueron habilitantes en el caso de las empíricas¹⁶.

Los datos presentaban fuertes variaciones por provincia. La Capital Federal, por ejemplo, contaba con un 26,53% de personal sin título; mientras que la provincia de Buenos Aires tenía un 46,17%. Los resultados no muestran un patrón vinculado a la urbanización: Córdoba, por caso, tenía un 72,69% de los cargos de enfermería cubiertos por personal sin título. Se detecta una profunda concentración y desigual distribución de recursos humanos. Según el mismo Catastro de 1965, el 48, 13% de los cargos de enfermería estaban ubicados en la Capital Federal y en la Provincia de Buenos Aires¹⁷. Vale decir, casi la mitad de las enfermeras del país trabajaban en la Capital Federal y en la Provincia de Buenos Aires.

-
15. Chagas, Agnes. Informe sobre los tercero, cuarto y quinto congresos regionales de enfermería. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana [artículo en internet]. 1961 [citado 5 Mar 2015]; 50 (5): 437. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v50n5p435.pdf>.
 16. Por lo que las estadísticas no discriminaban el hecho de que muchas poseían «título habilitante sobre la base de los años de servicio en tal actividad dentro de establecimientos oficiales». Sbarra, Noel. La realidad sanitaria nacional (discurso central de las I Jornadas de Salud Pública, 1962). Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública. 1962; 1: 25-26.
 17. Estimaciones posteriores (1967) ubicaban esa concentración en Capital Federal y Provincia de Buenos Aires en el 64% para los cargos cubiertos por enfermeras con y sin certificado estaba concentrado mientras que el 36% se distribuía en el resto del país. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires. Necesidades de personal en atención médica. Boletín de

Se evidenciaba la dificultad para romper con la centralización de los servicios sanitarios, a pesar de que tanto las gestiones desarrollistas como los organismos internacionales abogaban por modificar esa tendencia. Lejos de las afirmaciones de las voces contemporáneas, salvo en Santa Cruz y San Luis donde el número de auxiliares representaba una porción significativa del cuerpo contratado en servicios sanitarios (29,55% y 31,84%, respectivamente); el resto de las provincias tenía una variación de este tipo de personal entre el 13,33% (La Rioja) y el 0,42% (Entre Ríos). Vale decir, mientras se reclamaban más enfermeras diplomadas, la realidad nacional evidenciaba un escaso número de auxiliares respecto, precisamente, de los estándares invocados.

En los documentos de la época, las cifras varían según qué patrón se tome en cuenta. Mientras algunos estimaban que se necesitaban «3 enfermeras y 13 auxiliares debidamente preparados por 10.000 habitantes»¹⁸; otros standards establecían el criterio de 6 enfermeras y 27 auxiliares cada 100 camas repartidas en 3 turnos (24 horas en total)¹⁹. Respecto de la proporción de 6 enfermeras diplomadas cada 100 camas, sólo en Capital Federal había exceso de personal (+226). La Provincia de Buenos Aires, con un número parejo de personal con y sin título, tenía el déficit más importante de enfermeras (-3.954), seguida por Córdoba (-2.012). No obstante, allí se registraba el mayor problema en los servicios: la provincia de Buenos Aires tenía un déficit de 34.647 auxiliares; Capital Federal, 25608; Córdoba, 12839; La Pampa, 11087 y Santa Fe, 10157²⁰.

En todos los casos, Argentina estaba por debajo de las proporciones expectables aunque el modo en que se calculaban esas proporciones perjudicaba un mejor posicionamiento. En efecto, en las fuentes se evidencian estimaciones en las que no se computa al personal sin título que ocupaba cargos, lo cual aumenta el desfásaje en relación con el estándar. Si bien en las Conferencias Regionales se enfatizaba la importancia del estudio de los recursos y de las necesidades de la enfermería para conocer la situación «real» sobre la que se debía trabajar, este aspecto fue de difícil consecu-

la Asociación Argentina de la Salud Pública, V Jornadas Argentinas de Salud Pública. 1968; Sep: 56.

18. Sbarra, n. 16.

19. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica.1960; 53: 34-37.

20. Necesidad de Personal de Enfermería-Por Provincia. Buenos Aires: Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública. 1969; p. 7.

ción. A lo largo del período, se aprecia una enorme preocupación por la cantidad necesaria de enfermeras siguiendo estándares internacionales elaborados en países centrales. Sin mayores cuestionamientos críticos, las autoridades locales los tomaron como medida de evaluación de la situación local y los utilizaron para impulsar mecanismos para incrementar la planta de enfermeras.

3. Espacios formativos y deliberativos

La idea de profesionalización remonta sus orígenes a la figura de Nightingale, reconocida como la creadora de la enfermería moderna. A partir de su impulso, se aplicó en diferentes partes del mundo el llamado «modelo de Nightingale» que proponía feminizar la enfermería con una selección estricta de sus aspirantes; crear unidades escuela en hospitales donde las alumnas estudiaran, hicieran sus prácticas y gozaran de un sistema de internado y, especialmente, que las escuelas estuvieran dirigidas por enfermeras superiores con independencia de la dirección del hospital²¹. Así, el cuidado fue quedando asociado al supuesto don de las mujeres.

Paralelamente a este modelo, se generaron también espacios deliberativos y organizativos en el campo de la enfermería. Desde fines del siglo XIX, distintas instituciones se vincularon al ámbito de la enfermería. Entre ellas, la más conocida y con proyección mundial: Comité Internacional de la Cruz Roja (1863) que con fines humanitarios se prestó a servir en catástrofes sociales o naturales. En la segunda posguerra, la constitución de la Organización Mundial de la Salud también influyó en elaborar diagnósticos y propuestas para mejorar la formación y el ejercicio profesional. Específicamente, distintas asociaciones nacionales impulsaron un organismo mundial llamado Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en Londres en 1899. Esta fue la primera organización internacional de profesionales de salud con vigencia hasta la actualidad. Uno de sus pilares fue el sistema Nightingale: estaba dirigido por y para enfermeras, proponía la enfermería moderna, universitaria y competente y estimulaba la unión de profesionales alrededor de una organización fuerte y representativa que influyera en las políticas de estado así como en las normas profesionales y socio-económicas en cada

21. Martín, n. 4.

país²². No obstante, entre su creación y los años 50, su mayor influencia fue sobre Europa y en los países americanos de habla inglesa. Salvo Brasil (1925), la mayoría de los países sudamericanos ingresaron entre 1953 y fines de los años 60 (Argentina se incorporó en 1969).

En esta línea internacional, cobra relevancia la OSP. En efecto, en 1949, la OSP apoyó la iniciativa de un grupo de enfermeras de América Latina para organizar dos eventos que se propusieron aglutinar a las mujeres dedicadas a esta profesión de la región y, asimismo, impulsar las acciones iniciadas en los años 40 con becas de estudio. La OSP organizó el Primer Congreso en San José, del 11 al 18 de setiembre de aquel año y contó con delegadas de América Central, América del Norte y la Zona del Caribe; mientras que el Segundo Congreso Regional de Enfermería se realizó en Lima, Perú, del 26 de setiembre al 2 de octubre de 1949, y a asistieron enfermeras de América del Sur²³. Asimismo, la OSP organizó la sección enfermería a cargo de Agnes Chagas, quien fue nombrada en 1947 como asesora regional en dicha área. Entre sus funciones tuvo la de realizar encuestas entre las escuelas de enfermería de la región, asesorar gobiernos y servicios de salud e incrementar becas²⁴. Sus opiniones fueron divulgadas en publicaciones médicas y fueron de referencia a la hora de plantear agendas y diseñar políticas nacionales.

Tanto el CIE como las Conferencias Regionales se organizaban sobre la base de la preexistencia de asociaciones de enfermeras. En los años 40, el intercambio internacional era aún incipiente en la enfermería americana y el entramado de relaciones mundiales recién comenzaba a tejerse. La existencia de encuentros previos a las Conferencias Regionales tuvo como antecedentes encuentros nacionales tales como el Primer Congreso Nacional de Enfermería de Chile (1948) y el Primer Congreso Argentino de Enfermería, realizado en La Plata, en 1949. Este último tuvo relevancia ya que sentó las bases para una genealogía de la profesión entre las

-
22. Oguisso, Taka. La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la Enfermería. *Revistas Cultura de los Cuidados* [artículo en Internet]. 2012 [citado 15 Mar 2015]; 32: 23-37. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/22303/3/CC_32_04.pdf.
 23. Cueto, Marcos. El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C: OPS; 2004. Cueto, Marcos; Brown, Theodore; Fee, Elizabeth. El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apuntes*. 2011; 38 (69), 129-156; Solís Marín, Elvia. Rescate histórico de la enfermería en Costa Rica. *EDNASS* [artículo en Internet]. 2000 [citado 15 Mar 2015]; 35. Disponible en: <http://hpcs.bvs.sa.cr/textos/doc41.pdf>
 24. Cueto, n. 23.

generaciones futuras y sistematizó ideas que se planteaban desde décadas atrás. Es decir, actuó como carta de navegación al cual se recurrió en las décadas posteriores para revisar logros y obstáculos subsistentes. Fue un evento apoyado por el gobierno nacional y provincial, organizado por la Cruz Roja Argentina de la Plata y presidido por la enfermera de la Cruz Roja, Margarita Basomba, en el Comité Ejecutivo²⁵.

En el Primer Congreso Argentino de Enfermería quedó planteada, como nunca antes, la necesidad de elevar el nivel formativo requerido para las aspirantes y solicitar la creación de Escuelas Universitarias de Enfermería. Entre las recomendaciones se insistió sobre la propuesta que las Escuelas estuvieran dirigidas por enfermeras. Ellas tendrían que acreditar idoneidad y experiencia y, a su vez, ser las encargadas de las dependencias estatales o privadas que tuvieran relación con el área²⁶. Aconsejaban que se incluyera en cada escuela un espacio para demostraciones de «Arte de la Enfermería» y que se incorporaran al plan de estudios materias humanísticas tales como Historia de la Enfermería, Ética profesional, Salud Pública y que se intensificara Fisiología Humana. Asimismo, se postulaba que se derogaran los decretos que habilitaban el ejercicio profesional a enfermeros sin diploma. Ésta era una explícita referencia a los exámenes de validación que el Ministerio provincial había impulsado en los años 40 a fin de aumentar la planta laboral. Desde las escuelas de enfermeras, con mayor cantidad de años de entrenamiento, se reclamaba al Estado que sólo se reconocieran los títulos de quienes se formaban y que se evitara reconocer a quienes de hecho ejercían tareas de cuidado sin haber estudiado²⁷.

El Primer Congreso Argentino de Enfermería demandó que las escuelas fueran Escuela-Hospital, con internado obligatorio y que no se reconociera a las que no se adaptaban a esa norma. Se exhortó a otorgar becas para perfeccionamiento de posgrado y formación en educación sanitaria con el fin de jerarquizar el rol docente de la enfermera y no dejarlo en manos de las maestras quienes, hasta entonces, realizaban la divulgación sanitaria y los cursos de educación sanitaria. Finalmente, se invocó la realización de

25. Ramacciotti; Valobra, n. 4.

26. Primer Congreso Argentino de Enfermería. Votos y recomendaciones. La Plata: Cruz Roja Argentina; 1949.

27. Bogliano, Roberto. La Cruz Roja, Sus fundamentos. Conferencia pronunciada el 6 de octubre de 1949. La Plata: Cruz Roja Argentina; 1950, p. 10.

una campaña que atrajera a las mujeres jóvenes a la formación y al ejercicio profesional de la enfermería²⁸.

En las Conferencias Regionales de Enfermería estos planteos, que complejizaban la enseñanza de la enfermería, habían cobrado protagonismo. Se establecieron criterios que diferenciaban entre cursos básicos y los destinados a postgraduadas²⁹. Cabe señalar que para los años 60, había una mayor complejidad en el área formativa y se había producido una diferenciación al interior de la de la disciplina. Se distinguía entre las profesionales y las auxiliares. Entre las primeras, se diferenciaban las universitarias y las terciarias³⁰. En 1952, la Universidad Nacional de Tucumán estableció la primera Escuela de Enfermeras bajo su órbita. Después de 1955 se registró el mismo proceso en la Universidad de Córdoba (1956), de Santa Fe (1958) y de Buenos Aires (1960). Las egresadas representaban apenas el 1% en 1967³¹. El ingreso al sistema universitario constituyó un salto cualitativo ya que implicó una forma de movilidad y de ascenso social y jerarquizó a la profesión. Como contrapartida, la existencia de enfermeras universitarias en los ambientes laborales, amplió la brecha entre las graduadas en enfermería y potenció, aún más, diferencias regionales e intergeneracionales.

Entre las diplomadas no universitarias, se encontraban las del Nivel Técnico cuyo requisito de ingreso era, en su mayoría, el ciclo primario. Luego cumplirían actividades como asistentes y no como jefas de sala. Tomaban cursos de 9 a 12 meses y desempeñan actividades limitadas bajo la supervisión de enfermeras o médicos. Si bien el número de escuelas de enfermería era creciente, no satisfacía los requisitos elementales para una preparación técnico profesional aceptable según declamaban los organismos internacionales y locales³².

La admisión de «Auxiliares de enfermería» en el equipo de salud fue vista como una vía para proveer personal especializado en los servicios sanitarios y ponerse a tono con las recomendaciones de las Conferencias

28. Primer Congreso Argentino de Enfermería, n. 26.

29. Chagas, n. 15.

30. Basomba, Margarita. El departamento de enfermería hospitalaria. *Revista de Salud Pública*. 1962; 3-4: 92.

31. Sbarra, Noel; Basomba, Margarita. Informe elevado a la Comisión designada por resolución ministerial 414/68, para proyectar la reglamentación del decreto 1469 del 13/3/1968 (art. 4). Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Bienestar Social, Departamento Provincial de Enfermería; 17 Nov 1967.

32. Sbarra, n. 16, p. 26.

Regionales y la OSP³³. Margarita Basomba —destacada enfermera de la Cruz Roja— invitaba a sus colegas a reflexionar sobre la preparación de personal auxiliar a quien delegar tareas de menor responsabilidad: aseo y cuidado del paciente, arreglo y cuidado de las camas y de la unidad del paciente, confort general, cuidado y limpieza del material del equipo usado, colaboración con la enfermera para el cumplimiento de las órdenes médicas³⁴.

Aumentar el número de Auxiliares se convirtió en prioridad para alcanzar los estándares internacionales. En 1961, se lanzó un programa conocido como «Argentina 25» realizado a partir de convenios con la Organización Mundial de la Salud y Unicef a través de la OPS para brindar cursos de adiestramiento para auxiliares de enfermería. Quienes tomaban el curso recibían una beca a cargo de los gobiernos provinciales y de la OMS. Este programa continuó hasta 1967 y se formaron a 1050 auxiliares³⁵.

En los foros de discusión internacionales sobre la salud pública surgieron propuestas para avanzar sobre la calificación educativa de la enfermería. En la Conferencia de la OEA, que se realizó en Punta del Este en agosto de 1961 y originó la Alianza para el Progreso, se firmó la Carta de Punta del Este que incluyó la importancia de lograr la planificación de la salud pública ya que se consideraba que era el medio para lograr el desarrollo económico y limitar los efectos nocivos que se asociaban al funcionamiento del libre mercado³⁶. Durante esta conferencia, entre otras disposiciones, se recomendó «perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable»³⁷. Las recomendaciones develaban carencias en el sistema sanitario local entre las que ocupaba un lugar la desigual distri-

33. Organización Sanitaria Panamericana. Comité de Expertos en Enfermería; tercer informe. Publicación Científica. 1955; 15: p. 30.

34. Basomba, n. 28.

35. Sbarra; Basomba, n. 29; Sbarra, Noel; Basomba, Margarita. Programa para Adiestramiento de Personal Profesional y auxiliar de enfermería Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública; 1968: 2 y 3.

36. Morgenfeld, Leandro. Desarrollismo, alianza para el progreso y revolución cubana. Frondizi y el Che en Punta del Este (1961-1962). Ciclos en la Historia, la Economía, la Sociedad. [artículo en Internet]. 2012 [citado 5 Mar 2015]; 20 (40). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37352012000200001&lng=es&nrm=iso; Ramacciotti, Karina. Saberes médicos y políticas sanitarias en la Argentina durante la Guerra Fría. Boletín Científico Sapiens Research [artículo en Internet]. 2015 [citado 8 Abr 2015]; 5 (1): 25-32. Disponible en: <http://www.sapiensresearch.org/boletincientifico/numeros-publicados/v5n1-2015/1293-sociologando-2>.

37. Organización Panamericana de la Salud. Administración de servicios de asistencia médica. Publicación Científica. 1966; 129: 49.

bución de profesionales y la falta de personal de enfermería y “Auxiliares” que estuvieran preparados para abordar los proyectos sanitarios³⁸.

Otras voces del campo médico proponían reforzar la formación universitaria³⁹. Algunos creían que a las jóvenes con cierta preparación no les atraía la carrera de enfermería en tanto priorizaban el empleo administrativo o comercial⁴⁰. Se estimaba que ello era así porque se recompensaba

«con el mismo título y escalafón a las enfermeras profesionales, distinguidas con estudios secundarios completos, con tres años de estudios de enfermería y cursos de postgraduados en el extranjero, y a la enfermera práctica, que nunca cursó estudios de enfermería»⁴¹.

Debía distinguirse entre auxiliar de enfermería y la enfermera profesional o universitaria. Otros consideraban conveniente brindar soluciones locales y no sugerir planes masivos que habían dado nulo rendimiento: se sugirió reclutar personal local con la escolaridad más alta posible y capacitarlo con cursos de 1 o 2 años para luego jerarquizarlo selectivamente para jefaturas y supervisión.

«Parece recomendable “probar” previamente en terreno a las candidatas para ser enfermeras de alto nivel. Por la triple razón de que permite una valoración justa para la selección, proporciona al individuo una real estimación de su vocación y, finalmente, porque proporciona una base de experiencia sólida»⁴².

En esta misma línea, Basomba consideraba que las escuelas de enfermería debían; «hacer una evaluación minuciosa de las necesidades actuales de enfermería del país y ajustar sus planes y programas a tales necesidades»⁴³. Es decir, como en otras áreas del diseño de la política sanitaria, se apuntaba a descentralizar.

38. Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones varias. 1961; n. varios: p. 63.

39. Sbarra, n. 14.

40. Ferrara, Floreal; Peña, Milciades. ¿Qué piensan los médicos argentinos sobre los problemas de su profesión? Revista de Salud Pública. 1961; 1: 114.

41. S/A. Toda una meta: formar enfermeras. Que pasó en 7 días. 16 Oct 1956; 105: 38-39.

42. Mesa Redonda. El profesional de salud pública, la asociación y el planeamiento nacional coordinada por los médicos Marcelino Díaz Cano y Rubén Castro. En: I Jornadas de Salud Pública. Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública. 1962; 64.

43. Basomba, n. 28.

4. El debate sobre el reconocimiento salarial

La vocación y el espíritu de sacrificio que portaban «naturalmente» las mujeres las convertían en eslabones fundamentales para la atención y el cuidado. De este modo, se fortaleció una ética del cuidado con la que tradicionalmente se asoció la sensibilidad femenina, trasladándola —en este caso—, no al ámbito doméstico, sino a la esfera pública. En esta línea, acordamos con la historiadora Donna Guy cuando sostiene que las mujeres insertas en el mercado de trabajo socio-sanitario (enfermería, mucamas, visitadoras de higiene, asistentes sociales) fueron mano de obra barata que permitió sustentar la expansión de políticas sociales.⁴⁴

Agnes Chagas sostenía «que la enfermería ofrecía atractivos a la mujer pues le permitía prestar servicios a la humanidad, brindaba estímulos personales, ofrecía oportunidades profesionales en el propio país y en el extranjero»⁴⁵. Las escuelas de enfermeras reforzaron ese discurso que acentuaba el proceso de feminización e invisibilizaron el rol de los varones enfermeros —que si bien eran cada vez menos, no estaban ausentes—⁴⁶.

No obstante, estas visiones se daban a la par con demandas específicas provenientes de las mismas enfermeras y de otros ámbitos. En Argentina, el segundo voto del Primer Congreso Argentino de Enfermería (1949) solicitó a las autoridades que la disciplina fuera «reconocida y organizada legalmente» para lo cual era necesario agilizar la sanción de una Ley Orgánica de ejercicio de la enfermería y su inclusión en el Código Sanitario. Esto implicaba reconocimiento a la autonomía profesional y, asimismo, conllevaba implícitas cuestiones asociativas y criterios sobre remuneraciones, alcances y límites deontológicos, entre otros. Fue en las recomendaciones donde aspectos vinculados a los salarios alcanzaron mayor expresividad, aunque se enfocaron en asegurar un puesto «dignamente remunerado en las zonas rurales»⁴⁷.

En algunos ámbitos de gobierno, se consideró necesaria una «remuneración justa y apropiada», pero se instó a no aceptar propinas ni sobornos para compensar el bajo salario. En 1950, el ministro de Salud Ramón

44. Guy, Donna. *Women Create the welfare state: Performing charity, creating rights in Argentina 1880-1955*. Durham: Duke University Press; 2008.

45. Chagas, Agnes. Ventajas de la carrera de enfermera. *Boletín del Día*. 6 Abr. 1954; 10: 540.

46. Ramacciotti; Valobra, n. 4.

47. Ramacciotti; Valobra, n. 4.

Carrillo difundió el Decálogo de Ética Profesional de la Enfermería en el que predominaron las prescripciones de deberes de las enfermeras en la estructura jerárquica de la medicina y su inamovible carácter de «auxiliares» en la asistencia al médico. También abundaron recomendaciones sobre las anheladas conductas morales, la necesidad de vocación y de sensibilidad⁴⁸. Así, se diluía el interés económico en formulaciones relacionadas a sus supuestas condiciones naturales⁴⁹. Algo similar ocurrió con los votos y consideraciones del Primer Congreso Argentino de Enfermería ya que en ese ámbito de intercambio la cuestión salarial quedó como reclamo solo para las enfermeras rurales.

Las ideas en torno a la pobreza; la falta de educación y principios morales de quienes se inclinaban a esta tarea; la subordinación a los médicos y la remuneración baja o inexistente fueron límites para ampliar la matrícula de las escuelas y para retener en los puestos de trabajo a las enfermeras. En los años 50, las Conferencias Regionales de Enfermería retomaron los debates previos sobre la necesidad de contar con una legislación que regule la profesión y el modo de efectivizar su cumplimiento.

En el plano internacional y en las Conferencias Regionales de Enfermería, la necesidad de promover las organizaciones profesionales locales y su vinculación a la CIE surgió con más fuerza en estos años así como la comunicación entre enfermeras de diferentes países a través de una revista panamericana de actualización. También, ocupó un lugar más importante la cuestión salarial y los escalafones. Para Chagas, la remuneración hacía menos atractiva la profesión para las jóvenes; pero su única recomendación era marcar claramente los escalafones entre las enfermeras profesionales y el personal auxiliar de enfermería⁵⁰.

Durante la presidencia de Arturo Frondizi (1958-1962) y con el apoyo de Stábile en la Dirección Nacional de Seguridad y Previsión Social de la Mujer se reforzó la feminización de la enfermería en tanto fue vista como una labor adecuada para las mujeres previa capacitación y perfeccionamiento⁵¹. El grupo de mujeres que acompañó a Stábile fue heterogéneo, aunque las

48. Decálogo de la ética profesional de la enfermera. *Enfermería*. 1950; 1 (4): 20.

49. Código de Ética Profesional para las Enfermeras. *Enfermería*. 1951; 2 (9): 109-110.

50. Chagas, Agnes. Informe sobre los tercero, cuarto y quinto congresos regionales de enfermería. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* [artículo en Internet] mayo de 1961 [citado 5 Mar 2015]; 50 (5). Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v50n5p435.pdf>.

51. S/A. Realidad de una vocación y de una carrera, Asociación Católica de Enfermeras. *Escuelas de Enfermeras*. Qué sucedió en 7 días. 9 Oct 1956; 104: 24 y 25.

instituciones de origen católico tuvieron un enorme predominio⁵². Las organizaciones de enfermeras y las asistentes sociales ocuparon un lugar relevante en la puesta en marcha de la labor de la Dirección. La Asociación Católica de Enfermeras (fundada en 1935 por Monseñor de Andrea) y la Asociación Argentina de Enfermeras Diplomadas (1955 y originalmente surgida en 1953 como Asociación Argentina de Instructoras de Enfermería) fueron las primeras organizaciones que plantearon la remuneración como un aspecto central, aunque en la Dirección todas trabajaron *ad-honorem*. La promoción de la enfermería no iba acompañada del reconocimiento de remuneración desde el propio Estado que la impulsaba.

Las voces que ponían el acento en la necesidad de aumentar la remuneración como vía para resolver el problema de la escasez de personal fueron en aumento y cobraron especial visibilidad durante la presidencia de Arturo Illia (1963-1966). En 1965, un eminente galeno se preguntó «¿reforzaremos nuestras escuelas de enfermería, dignificaremos la profesión y les daremos una retribución acorde con la responsabilidad que significa permanecer ocho horas diarias al lado del enfermo luchando por su recuperación? O ¿continuaremos con el actual desorden?»⁵³. Sin remuneración, las discusiones en torno a la capacitación representaban «especular con el optimismo y la candidez juvenil»⁵⁴.

En 1967, año en que cerramos nuestro estudio, el planteo salarial y el legislativo encontraron expresión en el IV Congreso de Enfermería, realizado en Mendoza entre el 21 y 28 de octubre de 1967, bajo el influjo de la nueva legislación nacional. En enero se había sancionado la Ley N.º 17.132 que estableció el régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas. Esta legislación —impulsada por la dictadura militar de Juan Carlos Onganía (1966-1970)— podría considerarse parte de la baterías de medidas implementadas durante su gestión que tenían un perfil tecnocrático-eficientista inspirado en las prédicas desarrollistas y que aspiraban a impulsar la modernización estructural del Estado y la sociedad.

52. Valobra, n. 12.

53. Biocca, Raúl. Discurso en las II Jornadas Argentinas de salud Pública en Mar del Plata del 21 al 27 de marzo de 1965. Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública, Buenos Aires. 1965: 30.

54. Editorial La escasez de personal en enfermería. Medicina Administrativa. 1968; 2 (5): 387.

A partir de la Ley N.º 17.132, la enfermería pasaría a ser una actividad auxiliar del médico o del odontólogo por lo que quienes la ejercían debían limitar

«su actividad a la colaboración con el profesional responsable, sea en la asistencia o recuperación de enfermos, sea en la preservación de la salud de los sanos, y deberán ejercer su actividad dentro de los límites que en cada caso fije la presente ley y su reglamentación».

Debían supeditarse a las indicaciones médicas y buscar el concurso del mismo si las condiciones del paciente cambiaban. La normativa estipulaba taxativamente que sólo podían considerarse auxiliares de la medicina u odontología quienes tuvieran título expedido por universidad nacional o escuelas reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública.

El IV Congreso de Enfermería definía la enfermería profesional según los lineamientos internacionales emanados del CIE, aceptaba la diferencia entre profesionales y auxiliares y planteó la necesidad de lograr una mayor especialización dentro de la disciplina⁵⁵. La presidenta del Congreso, la Lic. Elvira Infante, insistió en reglamentar cada nivel así como una legislación de alcance nacional que regulara el ejercicio de la profesión y que fueran las enfermeras mismas las que establecieran criterios regulatorios. Fue el Ministro de Bienestar Social de Mendoza, quien sostuvo que se carecían de «los necesarios recursos para una adecuada remuneración» y declamó la imperiosa necesidad de aumentar las partidas presupuestarias. Según el Ministro, éste era un factor negativo que dificultaba llegar al número adecuado de profesionales de enfermería puesto que había un «relativamente escaso aliciente pecuniario». Agregó, asimismo, un elemento que hasta entonces no había sido discutido en las discusiones del campo: «las reducidas posibilidades de ascenso tanto en el plano profesional como social» así como «las responsabilidades cada vez mayores ante el progreso médico; las funciones que en distintos aspectos no están bien definidas y en general la no muy adecuada organización de enfermería en los hospitales»⁵⁶.

Como se aprecia, se había logrado una legislación de alcance acotado y que no contemplaba todas las demandas del período. Se abría una situación

55. Ministro de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires. IV Congreso Argentino de Enfermería. Revista de Salud Pública. Jul 1968: 13-14.

56. Dio comienzo ayer en esta ciudad el IV Congreso Argentino de Enfermería. Los Andes. 23 Oct 1967.

nueva respecto de lo que hasta entonces había formado parte del panorama nacional ya que no podría existir personal sin título en los cargos de enfermería.

5. Consideraciones finales

El aumento de la demanda de enfermeras a lo largo de los procesos de ampliación de las políticas sociales y burocratización del Estado, evidenció la necesidad de una capacitación no exclusivamente empírica. Esa antigua propuesta ya enunciada por Florence Nightingale y reforzada por los foros internacionales, cobró impulso durante el peronismo y se evidenció en el Primer Congreso Argentino de Enfermería en donde se hicieron visibles las paradojas de pretender profesionalizar un segmento del mercado laboral que estaba feminizado. En efecto, en la medida en que el proceso de feminización reclamaba más mujeres para la enfermería desplazando a los varones, las mujeres no recibían un reconocimiento pecuniario ni profesional concomitante. Precisamente, su demanda se basaba en la idea de que la precarización era consustancial al ejercicio de dicha actividad y que las mujeres, por sus supuestas condiciones naturales, podían sobrellevarla sin conflicto. Vale decir, en nuestra perspectiva, el Estado contribuyó a la feminización de esta profesión durante este período en tanto, en razón de ello, pagaba jornales más bajos. No se aprecia, en cambio, a lo largo de los testimonios, que las mujeres clamaran por ocupar puestos de enfermeras ni que las escuelas se atiboraran de ellas, precisamente, porque los salarios no eran atractivos, como lo enunciaron varios contemporáneos; incluso, los mismos funcionarios que atribuyen el problema a una cuestión de partidas presupuestarias escasas. Los estándares internacionales no hicieron más que azuzar un problema construyendo —sobre la base de una realidad latinoamericana compleja y muy variada—, una visión de deficiencia que, como hemos visto, debería haberse enfocado más en los desbalances regionales y/o provinciales, algo que agudamente observaban algunas enfermeras como Margarita Basomba.

En la práctica, las organizaciones de enfermeras tuvieron problemas para efectivizar sus demandas pues incurrieron en una lógica semejante y apenas se insinuaba la cuestión salarial en sus espacios deliberativos. Las demandas salariales se hicieron fuertes como parte del reconocimiento de la profesionalización en las voces de algunas figuras relevantes del ámbito

internacional, como Agnes Chagas, en las recomendaciones del Primer Congreso Argentino de Enfermería (aunque lo demandó sólo para los casos más acuciantes de las enfermeras rurales) y, luego de 1955, en las primeras instancias de organización profesional.

Las aspectos analizados hasta aquí evidencian lo que hemos dado en llamar el dilema Nightingale: en la medida en que las enfermeras no se capacitaban mejor, no se las consideraba trabajadoras dignas de más renta ni, a su vez, se les reconocía jerarquía suficiente como para declarar su autonomía profesional; pero las enfermeras no lograban capacitarse mejor puesto que recibían bajos salarios, especialmente por ser mujeres e insertarse en un servicio de baja calificación y, por ello, las enfermeras que llegaban al sistema tenían escasa educación o eran empíricas. El punto de partida de las enfermeras estaba condicionado, así, por su condición de género. En tanto mujeres, trabajaban en sectores peor pagos del campo médico sanitario. Ello dificultaba su capacitación y redundaba en más dificultades para la movilidad en la escala profesional.

El establecimiento del control, la autonomía y el límite de ocupaciones afines dentro de la medicina es un proceso histórico que se hace necesario desmenuzar para librar a las profesiones ligadas al cuidado de la pesada carga de la subalternidad y la jerarquía y analizarlas como actividades que demandan energía, tiempo, recursos financieros y en la que intervienen saberes, redes sociales, tecnologías y tareas específicas.

Agradecimientos

Queremos agradecer a Ana Laura Martín, Juan Manuel Cerdá y Karina Faccia por sus aportes y comentarios a versiones preliminares de este artículo. A Soledad Zarate y María José Correa por el espacio gestado en el seminario sobre «Historia de la Profesionalización y Especialización sanitaria en América Latina Siglo XIX y XX» entre el 27 al 28 de agosto de 2014 en la Universidad Alberto Hurtado en Santiago de Chile. A Diego Labra y a Carla Di Biase por su asistencia en la investigación. Asimismo, fue central para la elaboración de este artículo la búsqueda de material documental a cargo de Graciela Sánchez de la Biblioteca «Prof. David Sevlever» del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. ■

