

Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Secretaría de Investigación y Postgrado. Maestría en Antropología Social

Maestrando
Lic. Jorge Antonio Godoy

Aproximaciones al proceso de construcción del profesional de enfermería en Misiones. Un trabajo con perspectiva etnográfica

Tesis de Maestría presentada para obtener el título de “Magíster en Antropología Social”

“Este documento es resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto queda sujeto al cumplimiento de la Ley N° 26.899”.

Directora
Mgter. Lidia Schiavoni

Posadas, Misiones 2022



Esta obra está licenciado bajo Licencia Creative Commons (CC) Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Tesis de Maestría en Antropología Social

“Aproximaciones al proceso de construcción del profesional de enfermería en Misiones. Un trabajo con perspectiva etnográfica”

Tesista: Licenciado en Enfermería Jorge Antonio Godoy

Directora: Magister Lidia Schiavoni

Año: 2022

INDICE

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN.....	2
Estrategia metodológica.....	4
El trabajo de campo	6
Marchas y contramarchas en el trabajo de campo y la escritura.....	9
CAPÍTULO 1: HABLEMOS DE ENFERMERÍA	12
La historia que nos negaron	12
Modernización y feminización en enfermería. El caso de Buenos Aires	14
El habitus del personal de enfermería	20
Cuestionar la forma pero no el fondo	28
Estado y enfermería en Argentina.....	30
Enfermería universitaria.....	38
El contenido y alcance de las leyes	42
¿Connivencia o desconocimiento?.....	46
CAPÍTULO 2: CONSTRUCCIÓN ACADÉMICA DEL ENFERMERO	50
El Plan de estudio 2004.....	50
El perfil del título	52
Los alcances del título.....	52
Ambigüedad interpretativa.....	53
La distribución de la carga horaria.....	55
Los egresados según género.....	55
El curso de ingreso	56
Materias de la carrera de enfermería.....	58
Subordinación e instrumentalidad del currículum de enfermería	67
¿Qué fue de nuestra historia?	79
Profesionales hechos a medida del cliente	84
Una formación indolente.....	90
Ocultamiento y negación de la política partidaria	93
CAPÍTULO 3: LOS PROFESIONALES EGRESADOS DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA	98
Presentación de los colegas entrevistados.....	98

Antecedentes de enfermería y elección de la carrera.....	101
Experiencia académica en la Escuela de Enfermería.....	104
Percepción de la enseñanza recibida.....	107
Entre los conocimientos adquiridos y las necesidades profesionales.....	112
Las vinculaciones con el equipo de salud.....	116
La subordinación como marca.....	118
La percepción de género.....	122
Trabajar en tiempos de pandemia por COVID-19.....	125
CONCLUSIONES.....	133
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	141
ANEXO.....	154
Guía de entrevistas para la tesis de maestría.....	154
Guía de entrevista para graduados.....	154
Guía de entrevista para docentes.....	159
Trayectorias sociolaborales de dos graduados.....	162
Resumen de la trayectoria de vida de F.E.M.....	162
Resumen de la trayectoria de vida de R.E.V.....	169

AGRADECIMIENTOS

A la profesora Lidia Schiavoni, por dirigir esta tesis con conocimiento y paciencia. Aportando su experiencia y sabiduría en un sinnúmero de oportunidades en que todo parecía volver hacia atrás. Sobre todo en el periodo de Pandemia por COVID-19.

A los enfermeros y enfermeras que, con enorme profesionalidad y generosidad, compartieron sus trayectorias socioprofesionales para que este trabajo fuera posible.

A los docentes de la Escuela de Enfermería, que se animaron a dar sus testimonios para aportar al crecimiento social de la disciplina.

Al personal nodocente de la biblioteca de la Escuela de Enfermería, quienes pasaron varias horas buscando material bibliográfico que pudiera servir de aporte a este proyecto.

A mis colegas y compañeras de trabajo del CAPS 26 “Loma Poí”: Adriana, Claudia, Bety, María, Patricia, Rosa y Yhonatan, con quienes he compartido numerosas charlas acerca del campo de la salud a lo largo de varios años.

A mi compañera de estudios en el proyecto PISAC-19, Ana Carolina Núñez, con quien he debatido interminablemente acerca de la función de los trabajadores de la Salud Pública. Argumentos y contra argumentos que me han servido de aporte para este trabajo.

A mis seres queridos, por acompañarme en este proceso.

A Néstor Kirchner y Cristina Fernández, porque me dieron la oportunidad de llegar a la Universidad Pública y volver a creer en que se puede salir adelante con la ayuda de Todos.

Finalmente, a la memoria del profesor Hector Jaquet, quien me dedicó parte de su tiempo para reflexionar sobre el campo social y el campo de la salud, en los inicios de mi trayecto de posgrado.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se comparten hallazgos resultantes de una investigación cuyo propósito fue analizar la construcción del profesional de Enfermería en Misiones, recuperando las miradas, inquietudes, supuestos, tensiones, conflictividades y aspiraciones de enfermeros, enfermeras y docentes de la Escuela de Enfermería, de Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales (FCEQyN), de la Universidad Nacional de Misiones (UNaM). Los que se formaron y/o dictaron clases bajo régimen del denominado “Plan de estudio 2004” (actualmente suplantado por un nuevo plan de estudio: 2017). Propuesta curricular que se constituyó en parte del objeto de estudio junto a los agentes consultados.

El análisis tiene por objeto proveer *una primera aproximación* a la problemática mencionada, lo que permitirá a futuros investigadores, que se preocupen por estos fenómenos, desarrollar procesos de indagación desde otros abordajes, con posibilidad de ampliar las conclusiones y/o explorar aspectos desarrollados parcialmente.

Las preocupaciones de índole personal que dieron lugar a esta tesis fueron dadas en un contexto en que las políticas públicas de nuestro país viraron hacia un rumbo de fortalecimiento institucional de la educación superior, lo que constituye un factor mediador indiscutible de las oportunidades sociales emancipadoras.

El Estado, encarnado en la Universidad, es un actor fundamental en el canal de acceso a derechos, brindando condiciones de posibilidad para que -en la instancia subjetiva- pueda concretarse la accesibilidad a la ‘vida universitaria’ y al espacio laboral. Estas circunstancias permitieron canalizar, en las aulas y los pasillos de la Escuela de Enfermería de la FCEQyN de la UNaM, una *actitud militante* en la vida académica, asambleas estudiantiles y la vida social universitaria. Surgiendo de manera temprana una irrefrenable inclinación por generar espacios de pensamiento para compartir la necesidad de reflexionar y objetivar aquellos mecanismos, dispositivos, políticas y procesos que actúan como catalizadores u obturadores del egreso y de la titulación académica de los estudiantes. En este ejercicio -intelectual y político- se ha vislumbrado la urgencia de interpelar las piezas del ‘rompecabezas’, es decir, los aspectos controversiales de la formación inicial de los estudiantes de enfermería, que se manifiestan en las trayectorias recuperadas.

En la carrera de Enfermería, contrariamente a las sensaciones cotidianas según los principios constitutivos del perfil profesional, se requiere de un distanciamiento metodológico y emocional para reconocer que ésta es producto de una construcción histórica y social

determinada, donde aparecen negociaciones, tensiones, conflictos y reacomodamientos tanto en lo cognitivo, en lo relacional como en lo institucional. En ese sentido, se cristaliza como un desafío intelectual y político problematizar las formas, los mecanismos y las preconcepciones que se articulan para el acceso, la permanencia y el egreso de los estudiantes de la carrera de Enfermería.

Al observar ciertas contradicciones entre la formación superior y el mundo del trabajo en el campo de la salud,¹ se visualizó un locus en el cual confluyen anhelos de conocimiento y aspiraciones de vida, inscritas en formas de saber-hacer que se transmiten en la enseñanza universitaria pero que, no obstante, entran en discordancia con lo que espera el profesional del cuidado en su ejercicio laboral posterior. Tales contradicciones aparecen como emergentes en las trayectorias personales que se intentaron objetivar en este trabajo. Y aunque desde 2017 está en vigencia otro plan de estudio, consideramos que las conclusiones de esta investigación pueden ser útiles para acompañar la propuesta actual y/o advertir sobre algunos sesgos en su desarrollo.

Desde una *perspectiva relacional* se reconstruyen algunas etapas y aspectos de las trayectorias profesionales y pedagógicas, de enfermeros/as y docentes, en una secuencia de relatos sobre trayectorias de vida en la etapa de formación académica, recuperadas a través de una estrategia de *narrativas* en el campo de la salud, abordaje que entiende las interacciones sociales como interdependientes y asociadas con factores objetivos, externos a la realidad individual: “(...) lo real es lo relacional: lo que existe en el mundo social son las relaciones. No interacciones entre agentes o lazos intersubjetivos entre individuos, sino relaciones objetivas que existen “independientemente de la conciencia o voluntad individual” (Bourdieu y Wacquant, 2014:134).

Las relaciones sociales entre los sujetos son tomadas aquí en el sentido bourdiano de la objetivación de posiciones. Ello implica que en el correlato social, según se lee, las vinculaciones se inscriben en dinámicas de un campo de fuerzas específico que impone lógicas propias. Procedimentalmente -esas relaciones dadas en el campo- son organizadas en torno de una *sintaxis*, en una sucesión temporal que es particular en los casos tomados como significativos.

¹ En términos analíticos, un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial (*situs*) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera) (Bourdieu y Wacquant, 2014:134).

Los testimonios de los interlocutores configuran una malla de situaciones, acontecimientos que siguen el hilo de una cierta temporalidad impuesta por el recorte y selección de lo que es -para ellos- relevante ‘contar’. Los y las entrevistadas han sugerido el camino para dar a conocer ‘su historia’. Ese lugar donde se sitúa la porción de vida plasmada en vivencias individuales, minúsculas y anónimas reunidas en el abanico de relatos en los que lo narrativo aparece como: “el lugar en donde la existencia humana toma forma, en donde se elabora y se experimenta en forma de una historia” (Delory Moremberg y Carmona, 2016:60).

Estrategia metodológica

La metodología desarrollada en esta investigación constituyó un gran desafío, pues la experiencia como investigador era limitada. Protagonizar este proceso y tomar decisiones permanentemente para intentar responder a los objetivos planteados y superar las vicisitudes sociolaborales, para no cortar el trabajo de campo y dar continuidad a la lectura, permitió ‘hacer cuerpo’ los lineamientos metodológicos leídos y concertados. La sistemática interpelación que generaban las instancias de entrevistas, el análisis de los datos y la lectura del material bibliográfico exigió la reflexión del autor sobre su propia experiencia como estudiante y como profesional revisada desde su posición como investigador. Un permanente diálogo entre lo que comentaban los otros y lo que habíamos vivenciado nosotros, tratando de establecer una distancia con los hechos que permitiera objetivar y analizar esas experiencias vividas.

Se trata de un estudio de carácter exploratorio y descriptivo, estructurado desde la visión holística propia del enfoque antropológico orientado a la problematización de la salud. Tuvo como estrategia para la recolección de los datos, la identificación de interlocutores significativos -o ‘informantes clave’- aplicada en cada fase del trabajo de campo, tomando a la etnografía como método. Desde esta perspectiva teórico-metodológica se utilizó la técnica de entrevista en profundidad, partiendo “(...) de la idea de que existen muchas realidades que no pueden ser observadas de forma unitaria, por lo que cabe una diversificación en la interpretación de dicha realidad” (Amezcuca, 2000:31).

La importancia de inscribir los eventos aislados en procesos socio-históricos tiene relación con la perspectiva totalizante y complejizante del campo de la salud, como espacio que atraviesa y es atravesado por el fenómeno de la cultura:

A pesar de pasibles contradicciones internas y, consecuentemente, generadoras de predicamentos, se sustenta la premisa de que los valores, conocimientos y comportamientos culturales ligados a la salud forman un sistema sociocultural

integrado, total y lógico. Por lo tanto, las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad, no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás dimensiones de la vida social mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a estas experiencias. Los sistemas de atención a la salud son sistemas culturales, consonantes con los grupos y realidades sociales, políticas y económicas que los producen y replican (Langdon y Wiik, 2010:184).

Como fuentes primarias, el desarrollo del trabajo de campo permitió generar datos propios; se procedió en un primer momento a la identificación de las ‘voces’ calificadas para participar como sujetos de consulta por medio de la técnica ‘bola de nieve’. Para la selección de los interlocutores se tuvieron en cuenta las trayectorias de los agentes, la disponibilidad de tiempo y el protagonismo o injerencia en los temas considerados más relevantes:

(...) el informante participa de lo social desde un lugar determinado; sus impresiones no pueden homologarse a la construcción del investigador; por la otra, el proceso social se manifiesta en prácticas y discursos sujetos a constantes reformulaciones y resignificaciones, que resultan, a su vez, de varios factores: la experiencia histórica grupal, la posición en el eje hegemonía/subalternidad con referencia a aspectos significativos para el grupo, la situación concreta en que se manifiestan dichas prácticas y discursos, etc. (Guber; 2004:86).

Otro recurso utilizado para la construcción de datos fue la técnica biográfica, las “historias de vida” (Chirico, 1992) a partir de la recopilación de relatos puntuales, que permitieran inscribir las vivencias personales sobre procesos colectivos descritos y analizados en esta tesis.

Debido a la posible sensibilidad de los datos obtenidos y para mantener el anonimato de los agentes, tal como se acordaba antes de iniciar cada conversación, se optó por el uso de tres iniciales identificatorias para cada entrevistado/a. Así, la primera inicial da cuenta del nombre -ficcional- del interlocutor, p/ej.: D (Daniel); la segunda inicial corresponde al tipo de actividad que desarrollaba al momento de la entrevista, p/ej.: E (Enfermero/a) o D (Docente); La tercera inicial se corresponde con la identificación de género que manifestaron. En el caso del presente trabajo se correspondía con V (varón) o M (mujer).

Como criterio de inclusión para determinar el perfil de los interlocutores, se tuvo en cuenta el año de graduación -necesariamente debían ser graduados del plan de estudio 2004- y estar trabajando como enfermero/a en el campo asistencial durante un periodo aproximado de diez años. En el caso de los docentes entrevistados, tenían que haber dictado clases durante la vigencia del plan de estudio del año 2004.

El acceso al campo estuvo limitado por las condiciones en que se llevarían a cabo las entrevistas: si bien la enfermería tiene un componente mayoritariamente femenino, las jornadas laborales de 16 horas diarias, la condición de jefas de hogar, el cansancio que presupone sostener dos trabajos, las interminables actividades domésticas y las necesidades particulares de utilizar el tiempo libre para compartir con la familia, tornaron imposible entrevistar a estas trabajadoras tal como se había planeado en un principio, por lo cual las estrategias fueron cambiando conforme se presentaban las dificultades y oportunidades. Se optó entonces por entrevistar a enfermeras y enfermeros que tuvieran disponibilidad horaria. Lo cual redujo sensiblemente la posibilidad de ampliar las unidades de análisis correspondientes a un mayor número de enfermeros y enfermeras.

En el caso del cuerpo docente, los principales obstáculos se relacionaron con sus tiempos laborales. Particularmente aquellos con responsabilidades de gestión invitados a participar de la entrevista, se excusaron aduciendo que tenían poco tiempo, a pesar de que se les ofreció la posibilidad de charlar fuera del horario laboral o a través del uso de redes sociales. En el caso de los docentes sin responsabilidades de gestión, la tarea fue igualmente ardua ya que manifestaban destinar gran cantidad de tiempo a la preparación de clases y corrección de exámenes. Situación discursiva que se intensificó con el advenimiento de la pandemia por COVID-19; finalmente se optó por trabajar con los docentes que hubiesen enseñado durante la vigencia del plan 2004, que aceptaran el desafío de contar sus propias historias acerca de la formación en enfermería. Las negociaciones para concertar horarios y registro de la entrevista demandaron varias semanas de intercambio de correos electrónicos.

El trabajo de campo

La investigación de campo tuvo inicio a mediados del año 2018 hasta la fecha de presentación del informe. Si bien en estos últimos tres años la construcción de lazos con los informantes dio sus frutos en las entrevistas realizadas, el interés por la temática data de la época de transitar la formación universitaria y, con mayor precisión, en los meses previos y posteriores al egreso de la Escuela de Enfermería de la UNaM. Ello significó diez años (2008-2018) de ‘rumiar’ aquellas preguntas que luego se convertirían en interrogantes motores de esta tesis.

Al obtener el grado universitario como Licenciado en Enfermería (2013), la necesidad por relacionar algunas de las discusiones elaboradas en sentido colectivo en las aulas fue tomando cuerpo en los cursos iniciados en 2014 en el Programa de Posgrado en Antropología Social (PPAS) de la UNaM. Por esos años los seminarios fueron abriendo camino a un

pensamiento más complejo y menos reduccionista, que era el fin último de la formación y la investigación que se intentaba iniciar acerca de la conformación de la Escuela de Enfermería como núcleo crítico del que manan los profesionales del campo.

La inquietud por teorizar la experiencia de los actores empezaba a vislumbrar un acercamiento a la realidad, con el necesario distanciamiento metodológico por considerarme un ‘nativo’ de la enfermería local, bajo el esfuerzo de control sobre las propias categorías de lectura del mundo social observado:

“(…) la perspectiva de los actores es una construcción orientada teóricamente por el investigador, quien busca dar cuenta de la realidad empírica tal como es vivida y experimentada por los actores. Ello no excluye el reconocimiento de la lógica de los actores, sino que hace posible una mirada progresivamente no etnocéntrica (Guber, 2004:45).

Las entrevistas fueron tomadas como ‘charlas’, conversaciones entre colegas y/o docentes, en encuentros donde los participantes hilaron sus historias a partir de la invitación a contar sus experiencias en la Escuela de Enfermería y en su ejercicio profesional. Se trató de evitar imponer una visión de los acontecimientos para dejar que sea el interlocutor quien defina la manera de organizar el relato. La línea metodológica perseguía identificar matices de lo social imbuidos en las expresiones subjetivas.

Este trabajo se vio obligado a adaptarse a los ‘nuevos tiempos’ que impuso la irrupción de la pandemia por COVID-19. Promediando el 2020 los organismos de Ciencia y Técnica del país y del planeta, comenzaban una carrera vertiginosa por tratar de comprender los diversos factores convergentes en la crisis sanitaria mundial. Es así que desde la UNaM, un grupo de trabajadores de la salud que estaba en trayecto de escritura de tesis de grado y posgrado, fue convocado e invitado a participar del Equipo de Trabajo Nodo Misiones del Proyecto PISAC-COVID-19 “*Transitar de la pandemia a la post pandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la Salud Pública desde las narrativas de sus trabajadores/as*”. En este contexto y para el análisis de la situación de la enfermería en pandemia, fue puntual recurrir a la consulta de lo que se decía en el ámbito de la ciencia respecto del escenario en el que se desenvuelven laboralmente los profesionales del cuidado.

Los diversos discursos circulantes, más que centrarse en el potencial de la educación como política de prevención persistieron en otorgarle mayor preponderancia a la hegemonía biomédica. Por lo tanto la ciencia médica seguiría ocupando el sitio del reconocimiento social, independientemente que la primera trinchera de la salud haya sido históricamente ocupada por enfermeras y enfermeros:

(...) hay una intencionalidad política concreta de invisibilización de la enfermería, al menos en Argentina, que se explicita en la ausencia de un Registro Nacional de Decesos de Profesionales de Enfermería, en la pérdida de los aplausos simbólicos al personal de salud del inicio de la pandemia, en los medios de comunicación que hablan de ellos como “héroes y heroínas”, pero que pocas veces lo hacen acompañados de un reconocimiento de las condiciones laborales del sector (Federico, Pérez y Senones, 2021:175).

El proyecto PISAC se constituyó en un espacio virtuoso en el cual compartir experiencias en primera persona como investigador y referente del campo de la Salud Pública. El trabajo de campo fue más allá de ficcionar vínculos y pasó a reinscribir las instancias de colecta de datos en su condición de relación social:

El trabajo de campo se asocia así a la inmersión subjetiva (subjective soaking), por la cual el investigador intenta penetrar el punto de vista nativo a través de la empatía. Asimismo, el trabajo de campo es la instancia que permite efectuar una traducción: la traducción etnográfica se concibe como una decodificación y la cultura, como un texto en lengua desconocida que el antropólogo aprende a expresar en su propia lengua y términos, haciendo uso del procedimiento hermenéutico (Guber, 2004:31).

En cuanto a la reflexividad, se intentó llevar adelante el procedimiento como ‘centinela’ de la rigurosidad en la investigación desarrollada, a disposición de la vigilancia de la naturaleza de los conocimientos, como una suerte de permanente alerta sociológica:

Parte de la tarea de las ciencias sociales es, pues, indagar en aquellos factores que inciden, determinan y condicionan ese sistema de propósitos, fines y motivos que guían a los actores al encarar determinadas acciones y no otras. La diferencia con los planteos de la corriente positivista es que ésta niega la reflexividad de los sujetos. Así, al escindir lo social (como símbolo de la objetividad) de los actores (como distorsionante subjetividad) confiere a la realidad un status existencial similar al de los fenómenos naturales, desnaturalizando la particularidad de lo social: la constitutividad de los sentidos a través de sus nociones y sus acciones y el carácter preinterpretado de su mundo (Guber, 2004:36).

La base empírica del trabajo se constituyó con los testimonios de once (11) personas. La muestra intencional concentró a egresados y docentes del Plan de estudio del año 2004 de la carrera de enfermería de la Escuela de Enfermería de la UNaM. Se utilizaron varios registros de campo, propios y de terceros, a fin de contar con información para el componente etnográfico.

Marchas y contramarchas en el trabajo de campo y la escritura

Esta tesis fue pensada, bosquejada y redactada en medio de los diferentes avatares de la vida de un trabajador de la Salud Pública. Los ‘días de academia’ se iniciaban luego de maratónicas jornadas laborales de ocho, doce o veinticuatro horas.

El cansancio posterior al intenso trabajo hospitalario y en centros de atención primaria de la salud (CAPS/APS), no impidieron poner en práctica la concentración y paciencia necesarias para observar y problematizar un sin número de situaciones sociolaborales que emergían a medida que se avanzaba en la lectura reflexiva de múltiples materiales bibliográficos. El registro diario de las charlas y observaciones, resultó tedioso pero necesario para no perder información.

La pandemia mundial por COVID-19 transmitida por el virus Sars-Cov-2, impidió por un tiempo que el trabajo de campo pudiera realizarse. La sobrecarga y el estrés laboral que ésta significó para la gran mayoría de las enfermeras, implicó que muchas de ellas desistieron en su interés por colaborar con el presente trabajo. Algunas enfermeras entrevistadas volvieron a rehacer la vida de pareja que tenían antes de la pandemia y por obvias razones ya no disponían de tiempo para charlar sobre la práctica laboral y la educación de enfermería. Otras referían sentirse ‘muy cansadas’ al volver del trabajo y solamente querían ‘dormir’, o estar con sus seres queridos.

Algunos docentes, con quienes previo a la pandemia se habían organizado posibles encuentros, manifestaron que las clases virtuales le consumían mucho tiempo, que tenían que cuidar a algún familiar enfermo por COVID-19 o tenían miedo a contraer la enfermedad. Aunque sostenían el compromiso de charlar “cuando todo esto pase”. Es por eso que se incorporaron a este trabajo, entrevistas realizadas en el marco del Proyecto PISAC antes mencionado para dar cuenta de la situación en que, enfermeros y enfermeras, trabajaron y estudiaron en este periodo. La perspectiva docente sobre la educación en enfermería, también fue incorporada, con tanto esfuerzo como el que llevó incorporar la perspectiva laboral de los enfermeros.

La pandemia por COVID-19, resultó un reto extraordinario para la concreción de esta Tesis; sin embargo, los obstáculos fueron sorteados con mucho esfuerzo y paciencia.

Las ganas innegables de conectar y problematizar la realidad percibida con ideas que trascendieran el sentido común y cotidiano, que se reproducían incesantemente entre las sesiones de trabajo en distintas áreas de un hospital o un centro de salud; los pasillos hospitalarios con ensordecedores ruidos de camillas que ingresaban y egresaban de las habitaciones; los pases de servicio, que con frecuencia eran interrumpidos por demandas

externas; y las madrugadas de horas interminables de tensa calma que presagiaban inexorables e inminentes urgencias de altísima intensidad emocional y enorme desgaste físico que no siempre terminaban de la mejor manera; fueron el motor suficiente para NO dejar de pensar cuestiones teóricas y prácticas de la enfermería, que van más allá de lo que se puede percibir a través de los sentidos.

El desafío del esfuerzo reflexivo se conjugó por un lado, con los momentos de ‘enamoramamiento y decepción’ con el tema de investigación y, por otro lado, con las sensaciones a flor de piel de ser un ‘otro’ en un ‘nosotros’. Estas cuestiones mantuvieron en vilo a quien por curiosa -y quizás un poco inconsciente- postura ante los hechos narrados, fue desplegando estrategias para no perder el hábito de inquietarse ante lo dado e interrogarse ante lo supuesto, ejercicio que se condujo por una conjunción entre la permanente actitud militante, la observancia de la ciencia y la predisposición a ejercer la profesión de enfermería como una postura ante la vida.

El informe final está organizado en tres capítulos. El capítulo 1, “*Hablemos de enfermería*”, presenta una aproximación a los comienzos de la enfermería institucionalizada en Argentina. Describe brevemente, cómo se originó en Londres, Inglaterra y como se implementó en Buenos Aires, Argentina; pasando de ser una práctica mixta, a una práctica casi exclusivamente femenina. Se exponen los principales mandatos de género que atribuyen supuestas cualidades femeninas a la enfermería y que se reproducen desde la profesionalización de la disciplina. Se analiza el rol del Estado, a través de las múltiples legislaciones, como actor principal en la reproducción de un modelo de formación femenina. Y el rol preponderante de los líderes y funcionarios de enfermería, en el sometimiento y subalternización de la profesión.

En el Capítulo 2, “*Construcción académica del enfermero*”, se analiza el plan de estudio del año 2004, de la Escuela de Enfermería (E.E), de la FCEQyN, de la UNaM: el perfil y alcance de la titulación, las ambigüedades presentes en la formación a partir del análisis del plan curricular, los estilos pedagógicos, las temáticas y problemáticas abordadas visibles u omitidas de la Enfermería, los avatares del curso de ingreso, las tendencias del egreso ligadas al género y la subordinación e instrumentalidad de la formación profesional. Contrapuntos y discrepancias entre la historia oficial y las dinámicas del campo, orientaciones, disputas de sentido y formas de ocultamiento de la política como dimensión que atraviesa la vida universitaria y la educación superior desde la óptica de docentes y egresados del ‘Plan 2004’.

En el capítulo 3 “*Los profesionales egresados de la Escuela de Enfermería*” se establece un recorrido por varios nudos problemáticos en los que se aborda el trayecto social, académico y laboral de los enfermeros de la provincia de Misiones, tomando las subjetividades como material para entretrejer tramas colectivas que han tenido y tendrán impacto histórico en el campo de la Enfermería en Misiones. Allí se describen las principales características académicas y laborales de cada uno de ellos, las concepciones acerca del ejercicio profesional, el espacio y los agentes que hacen y se instituyen como enfermeros. Utilizando como estrategia metodológica la perspectiva holística del trabajo etnográfico clásico.

Las reflexiones finales, a modo de conclusiones, cierran temporariamente este proceso analítico que se enriquecerá con futuros testimonios de quienes han atravesado su formación profesional con el plan de estudio 2004 y podrán aportar en la instrumentación del nuevo plan (2017). Como Anexo se han incluido las guías de entrevistas utilizadas, y a modo de ejemplo un par de los relatos de vida contruidos a partir del diálogo con los colegas que dieron el mayor sustento a esta tesis.

CAPÍTULO 1: HABLEMOS DE ENFERMERÍA

El presente capítulo aborda una aproximación a los comienzos de la enfermería institucionalizada. Describe brevemente, cómo se originó en Londres, Inglaterra y como se implementó en Buenos Aires, Argentina. Pasando de ser una práctica mixta, a una práctica casi exclusivamente femenina. Se exponen los principales mandatos de género que atribuyen supuestas cualidades femeninas a la disciplina y cómo se reproducen desde su profesionalización. La revisión del rol del Estado, a través de las múltiples legislaciones, como actor principal en la reproducción de un modelo de formación femenina es otro eje de análisis aquí. Y la función preponderante de los líderes y funcionarios de enfermería, en el sometimiento y la subalternización de la profesión.

La historia que nos negaron

La historiografía oficial, impartida en las aulas, propone situar los antecedentes de la enfermería² moderna en la guerra de Crimea, ocurrida a mediados del siglo XIX, en Europa. En esta guerra, las enfermeras inglesas tenían como objetivo mejorar las condiciones de higiene y salubridad de los campamentos y brindar *cuidados*³ directos a los soldados heridos en los campos de batalla. La idea del *cuidado*, a través de la higiene, la salubridad de las personas y del entorno, estaba inscrita en los orígenes de la enfermería moderna.

Al igual que las enfermeras en Crimea las enfermeras y los enfermeros argentinos en la guerra de Malvinas, tuvieron un rol preponderante en la asistencia a los heridos. Con el

² “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”. (Universidad Nacional de Misiones [UNaM] Resolución Consejo Superior [CS] N° 029/05, 2005: 3)

³ “El cuidado es el objeto de estudio de la enfermería, por lo tanto, es la esencia de dominio que caracteriza y unifica a la enfermería. Considera el cuidado como motivador de la acción de enfermería y la base para suministrar intervenciones de enfermería culturalmente congruentes (Watson 1988). Dentro de este compromiso se sitúa la enfermería como la disciplina que brinda cuidados (valorando la vida por, sobre todo)”. (Universidad Nacional de Misiones [UNaM] Resolución Consejo Superior [CS] N° 029/05, 2005: 3)

tiempo, fueron negadas e invisibilizadas por la historia oficial, que se cuenta en las escuelas de enfermería argentina.⁴

Los combatientes fueron especialmente soldados adolescentes obligados a llegar al teatro de operaciones en su condición de conscriptos en función del Servicio Militar Obligatorio. Hubo una cantidad abrumadora de soldados fallecidos por sobre el total de muertes argentinas en combate. Las secuelas persisten en los discapacitados y un gran número de suicidios dan cuenta del horror del pasado y del abandono de la sociedad a sus veteranos de guerra (Morrone, 2013: 193).

Antes de la modernización de la enfermería, en Europa, había varones y mujeres que se dedicaban al cuidado de otras personas, generalmente articulados en organizaciones religiosas o de caridad.⁵

En 1860, se fundó en Londres la primera Escuela de Enfermería moderna. Funcionó en el hospital Santo Thomas, y estaba bajo la dirección de la enfermera Florence Nightingale, quien prestó servicios en la guerra de Crimea. Se considera que es la primera escuela moderna de enfermería porque sentó las bases institucionales para la profesionalización de la disciplina a través de la incorporación de clases teóricas, prácticas hospitalarias, elevación de los años de formación (3 años) e implementación de internado obligatorio. “La dirección de las escuelas, [estaba] (...) en manos de una enfermera y no de un médico” (Molina, 1973: 70). A partir de aquí, se habla de la modernización de la enfermería. No obstante, la sistematización y reglamentación de los cuidados que debían realizar las enfermeras a través de documentación escrita, no es patrimonio exclusivo de Florence Nightingale, sino que era anterior.

Los reglamentos de mayor riqueza, en cuanto a contenido, proceden de la época en que Enfermería contaba con un campo de actuación amplio, el que le permitía mostrar autonomía en cuanto al cuidado, dependiendo mayoritariamente de administradores, más que de médicos. Entre los siglos XIII al XVII (...), la presencia de Enfermería en su tarea de cuidar, seguía manteniendo un papel central. A final de este último siglo, se escribe el primer manual de la profesión “la instrucción de los enfermeros”; el que avala una documentación escrita (Arratia, 2005: 570).

El ingreso a la Escuela de Enfermería estaba supeditado a las dotes físicas y morales de las estudiantes. Incorporaba exclusivamente a mujeres con edades comprendidas entre los

⁴ Para una comprensión más detallada de las funciones de las enfermeras y enfermeros, en la guerra de Malvinas, se sugiere consultar la obra de Morrone (2013) *Soltando Amarras. Claves para entender la historia pendiente de la enfermería argentina*. Especialmente las páginas 193-215.

⁵ “(...) los Hermanos de San Juan de Dios, los Religiosos Camilos, las Hijas de la Caridad, los Hermanos Obregones y los religiosos Betlemitas” (Arratia, 2005: 570).

25 y 35 años, solteras o viudas, con conocimiento básico de lectura y escritura. Se cursaba durante tres años, tiempo en el cual las estudiantes permanecían dentro de la institución formadora. “El propósito de la escuela era formar enfermeras aptas y capaces de fundar, a su vez, otras escuelas, organizar hospitales y enseñar a preparar nuevas enfermeras” (Molina, 1973: 63).

Había dos tipos de estudiantes: mujeres de clase media acomodada,⁶ que encontraban en la carrera un espacio para recibir formación intelectual y realizar tareas de cuidado extrahogareñas. Y mujeres de escaso poder adquisitivo que recibían un subsidio económico para solventar los gastos académicos, al tiempo que anhelaban graduarse para realizar una tarea menos servil que el servicio doméstico y acceder una posible oportunidad de ascenso social.

Las características morales supuestamente naturales asociadas a la mujer, como el amor, la vocación, la abnegación, la paciencia, la comprensión, la sumisión al varón, y las características físicas relacionadas con la ‘buena imagen corporal’, estaban presentes en la formación de enfermería que se impartía en la escuela. De modo tal que, el aporte de Nightingale no supuso la exclusión de los estereotipos de géneros, sino la institucionalización de los mismos, asociados a la práctica de enfermería. El modelo de escuela de Nightingale tuvo tanto éxito, que para 1907 estaba presente en cuatro continentes.⁷

Modernización y feminización en enfermería. El caso de Buenos Aires

La condición de género es una dimensión que atraviesa la identidad profesional pues encubre habilidades y conocimientos necesarios planteados como ‘dotes naturales’ y minimiza la formación técnica necesaria para el desempeño laboral.

Hoy en día la enfermería en la Argentina, como en gran parte del mundo occidental pero no del África ni de algunos países del Asia, es una ocupación femenina. Lo es tanto estadísticamente, por el número de personal del sexo femenino que recluta, como culturalmente, por las características femeninas que se presume requiere su desempeño (Wainerman y Binstock, 1992: 271).

⁶ “Nightingale, por ejemplo, eligió a alumnas de la aristocracia de la escuela del hospital St. Thomas de Londres; considerando su prestigio social, y porque disponían de una formación académica que garantizaba una adecuada base para conocer las leyes que regían la naturaleza”. (Arratia, 2005: 571)

⁷ “Las primeras escuelas de enfermería en América Latina se crearon a fines del siglo XIX y primera década del XX. Argentina y Cuba en 1890, Colombia en 1903, Chile en 1905 y México en 1907, pusieron en marcha los primeros cursos de formación de enfermeras en hospitales, conventos e instituciones filantrópicas”. (Laplacette, G. Berredá, V. Cadile, M. C y Faccia, K., 2013: 20)

Si bien, en Argentina, la profesión de enfermería tiene una marcada identificación social con la feminidad,⁸ no siempre fue así. Los varones también cuidaban a otras personas de manera institucionalizada puesto que, al igual que ocurría en Europa, eran miembros de congregaciones religiosas que se encargaban de asistir de manera directa a los habitantes pobres e indigentes y cuidaban de aquellos que estuvieran enfermos.

Algunas evidencias dispersas indican que, con anterioridad al surgimiento del entrenamiento formal, no era infrecuente la presencia masculina en actividades enfermeriles. Una de tales evidencias proviene de la Orden de los Betlemitas, que regentaba dos hospitales en la ciudad de Buenos Aires, el de Santa Catalina y el Hospital de la Residencia, destinados a la atención de enfermos pobres, fueran convalecientes, incurables, contagiosos o locos (Wainerman y Binstock, 1992: 272).

También había varones que ejercían la enfermería y no pertenecían a ninguna orden religiosa. Todos ellos tenían en común que poseían escaso o nulo poder adquisitivo. Antes de modernizarse la enfermería, el personal, “era escaso, de muy mala reputación, reclutado entre los mismos enfermos o reclusos que cumplían condenas” (Wainerman y Binstock, 1992: 272).

En Argentina, hasta principios del siglo XX, el ejercicio de la enfermería era una práctica mixta. La presencia de enfermeros también se explica en el hecho de que, “hasta fines de 1880 mujeres y varones se atendían en hospitales diferentes y eran atendidos por personal de enfermería de su mismo sexo” (Wainerman y Binstock, 2013: 276). La acción del cuidado era llevada a cabo por varones de las órdenes y mujeres de las congregaciones religiosas, damas de las sociedades de beneficencia y mujeres humildes que buscaban la posibilidad de un trabajo digno.

Las urgencias que motivaban los brotes epidémicos, los accidentes laborales, y las enfermedades infantiles, entre otras cuestiones, solían tenerlas como principales dadoras de atención y cuidado. En las salas de los hospitales fue habitual la presencia de las “Hermanas de la Caridad”, religiosas de otras órdenes y mujeres de sectores populares que se acercaban a los hospitales y ejercían como cuidadoras, enfermeras, mucamas, o secretarías. El atractivo, para las segundas, podía ser tanto un exiguo salario, la esperanza de obtener en algún

⁸ “La feminización del mercado laboral es un concepto que hace referencia al incremento de la participación de las mujeres en el mercado de trabajo. Este fenómeno ha sido explicado como consecuencia de la mayor autonomía y el reconocimiento que se ha hecho a las mujeres como sujetos y, a la vez, también, se asoció con las etapas del capitalismo que al hacer más precarias las condiciones laborales encontraron justificativos ideológicos y económicos para emplear a las mujeres” (Ramacciotti y Valobra, 2014: 1).

momento un cargo efectivo, la entrega de alguna propina, o tener un techo y comida (Ramacciotti, 2019: párr. 8).

La precariedad económica y social de los enfermeros, y sobre todo de las enfermeras, era el principal argumento que utilizaban los médicos de principios del siglo XX, para denigrar el trabajo de enfermería. Sin embargo, los médicos también eran poco profesionales y escasamente formados.⁹

En 1878 hay evidencias de que un médico del Hospital de Mujeres aconsejaba a la Sociedad de Beneficencia desprenderse de "las [treinta y ocho] menores incorregibles que le mandaban los jueces correccionales para prestar servicios de enfermeras", y trasladarlas al Asilo de la Pobreza y el Trabajo administrado por la Sociedad, aduciendo razones de moralidad, higiene y humanidad (Wainerman y Binstock, 1992: 274).

Las enfermeras y los enfermeros empíricos, de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, frecuentemente eran analfabetos, cuasi indigentes y realizaban múltiples tareas dentro de las instituciones de salud, todas ellas próximas a la esclavitud.

En la primera década del siglo [XX], los hospitales municipales [de Buenos Aires], llegaban a nueve. Prestaban servicios a los sectores más necesitados de la población. Su personal de enfermería era empírico, formado en el trabajo y sin otra preparación que la obtenida mediante la práctica diaria. Lo integraban personas de muy bajo nivel económico y social, muchos de ellos analfabetos. Sus tareas no estaban diferenciadas, cumplían indistintamente funciones de enfermero, de cocinero, de mucama y de peón y lo hacían en condiciones de trabajo penosas". (Wainerman y Binstock, 1992: 276)

El endeble rigor técnico y científico en los cuidados prestados por las sociedades de beneficencia¹⁰ y las diversas órdenes religiosas, fue uno de los argumentos utilizados por los médicos higienistas, de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, para reclamar al Estado argentino que se hiciera cargo de la rectoría de las principales instituciones de salud del país.

El paso de la caridad asistencial al cuidado técnico, estaba en consonancia con el cuidado de las mujeres y los niños. Los niños, serían los futuros trabajadores del país, en tanto que las mujeres, serían las que concebirían a los futuros trabajadores. De este modo, se pensó

⁹ "[...] Esta imagen indiferenciada era reforzada por la escasa profesionalización de los médicos, [y los] practicantes" (Wainerman y Binstock, 2013: 274).

¹⁰ "(...) no basta la distinción y belleza, la alta posición social y los sentimientos de caridad indiscutibles en las damas argentinas para tornarlas hábiles en la administración de los establecimientos esencialmente técnicos que requieren conocimientos que ellas no pueden tener" (Wainerman y Binstock, 1992: 273).

la salud en términos mercantiles y la visión biológica centrada en el cuerpo humano se impuso a la visión caritativa centrada en el ser humano (Wainerman y Binstock, 2013).

El supuesto rigor científico que se necesitaba para la atención de los enfermos y desahuciados, que pregonaban los médicos higienistas, se limitaba a suplantar a monjas y damas de la caridad por representantes de la medicina, quienes pasaban a ocupar los principales cargos jerárquicos de las instituciones de salud. En la práctica, no incluía la formación técnica de las enfermeras y los enfermeros empíricos, ya que siguieron trabajando en iguales o peores condiciones que antes.¹¹

En este contexto, en el municipio de Buenos Aires, a finales del siglo XIX, se crean las bases de la primera escuela pública de enfermería. Funcionaba en el Círculo Médico, bajo la dirección de la maestra Cecilia Grierson. Entre sus estudiantes, incluía a varones¹² y mujeres. Estaba compuesto de esta forma porque, “los hospitales municipales contaban con numeroso personal masculino, más de la mitad del personal lo era” (Wainerman y Binstock, 2013: 277). Esta característica tampoco era ajena a la mayoría de los hospitales privados, que tenían un plantel de enfermería mayoritariamente masculino.¹³

Según el censo nacional de población de 1895, en el Hospital Italiano los varones enfermeros representaban el 87,5 por ciento; en el Hospital Francés, el 83,3 por ciento; y en el Alemán, el 50 por ciento. En el Británico solo llegaban a 11,1 por ciento. Según el mismo censo, en los dos hospitales nacionales destinados total o predominantemente a atender varones (Militar y Clínicas, respectivamente), también la mayoría del personal de enfermería era masculino (100,0 y 78,8 por ciento). Lo contrario ocurría en los dos hospitales regentados por la Sociedad de Beneficencia destinados a mujeres y a niños (Rivadavia y Niños), en los que el 100 por ciento del personal de enfermería era femenino” (Wainerman y Binstock, 1992: 279).

¹¹ “Al decir de Cecilia Grierson esas condiciones [en las que trabajaban los enfermeros y las enfermeras], eran casi inhumanas, poco económicas y desmoralizadoras con guardias de 24 a 36 horas corridas día por medio, sin horario fijo para comidas ni tiempo para el descanso. Por eso reclamaba por el "horario ilógico que tiene actualmente, antihigiénico e infrahumano, tan atrasado que ya no existe ni en cuarteles, ni cárceles; lo más absurdo es que este sistema anacrónico es aplicado por médicos que saben las leyes que ligan la vida humana y la producción al trabajo. (Wainerman y Binstock, 1992: 276)

¹² “El régimen de estudios era el mismo para internos y externos, con la sola diferencia de la sede donde realizaban las prácticas unos y otros. El programa de estudios 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". (Wainerman y Binstock, 1992: 279)

¹³ “Los hospitales municipales no eran una excepción. También los hospitales de comunidad, menos el británico que seguía el modelo Nightingale, tenían mayoría de personal masculino.

Contar con agentes idóneos para el cuidado permitió al Estado romper con la hegemonía de la iglesia y de las asociaciones de caridad en la atención de la salud para traspasarla a la medicina a principios del siglo XX, esto resulta contradictorio con el hecho de que, en la práctica, uno de los principales argumentos médicos para prohibir la formación y capacitación de las enfermeras y enfermeros empíricos era que desorganizaban los tiempos de atención de las instituciones de salud.

El objetivo entonces, no era contar con personas formadas en el área del cuidado, bastaba con que supieran recibir y cumplir órdenes médicas. Esta misma situación se repite en el presente: bajo el argumento de una supuesta falta de personal suficiente para atender un servicio, los directivos médicos de los nosocomios públicos y privados, obstaculizan o impiden de manera transitoria o permanente, la formación de grado o posgrado de enfermeras y enfermeros. En caso de ser auxiliares, atentan contra la posibilidad de que puedan obtener un título universitario, tal como ocurría a principios del siglo XX.

Los directores de hospitales se excusaban en los inconvenientes que les ocasionaba prescindir de su personal para enviarlo a la Escuela y, consecuentemente, no lo hacían o lo enviaba rotativamente una o dos veces al año, o no les facilitaban los horarios de servicio y de guardias para que pudieran concurrir puntualmente. Esto hacía que sólo se diplomara un escaso porcentaje de quienes cursaban la Escuela. Entre 1892 y 1909 Cecilia Grierson estimaba que del total de matriculados sólo se había diplomado el diez por ciento. (Wainerman y Binstock, 1992: 282)

La feminización de la enfermería encuentra sus orígenes institucionales en las bases mismas de su modernización. Fue en la Escuela de Enfermería de Inglaterra, de mediados de 1850, donde la posibilidad de acceso al estudio de la disciplina se limitó exclusivamente a las mujeres. Es decir que, la concepción inglesa de la enfermería estaba supeditada a los condicionamientos sociales de la época que consideraba a la enfermería como una simple tarea femenina y de poco valor socioeconómico.

Al modernizarse la disciplina a través de la implementación del modelo inglés, o modelo Nightingale, en Argentina se desalentó la participación masculina en la formación y la práctica de enfermería. Para mediados del siglo XX, no solo quedaban pocos enfermeros sino que las escuelas de enfermería de Buenos Aires contaban con un alto porcentaje de

estudiantes mujeres. En 1916 toda la atención hospitalaria y prehospitalaria de enfermería pasó a ser exclusivamente femenina.¹⁴

Para legitimar la segregación de género, se desmoralizó y deslegitimó el cuidado de enfermería que realizaban los varones, a la vez que se presentaba el cuidado de enfermería femenino como una simple extensión del cuidado familiar. Los propios médicos directivos de la asistencia pública del municipio de Buenos Aires en 1912, Desiderio Davel y Horacio Piñero, argumentaban:

La mujer es más apta que el hombre a esta clase de estudios, para esta tarea de abnegación sincera se requiere un trato suave y labor paciente, algunos conocimientos generales, nociones de higiene, economía doméstica y cierta cultura más propia de la mujer y no del hombre en esa clase social. “(...) La enfermera aporta a su oficio sus conocimientos de economía doméstica y sus condiciones naturales, que la hacen más solícita con el que sufre, más abnegada, más minuciosa, más ordenada (Wainerman y Binstock, 1992: 274).

Si bien la decisión administrativa de feminizar la carrera de enfermería en el ámbito público fue una decisión externa a la disciplina, guarda relación con el ideal formativo de Florence Nightingale. Este desplazamiento de género duró hasta el año 1969, por lo menos en lo que respecta a la formación de enfermería de la escuela municipal Cecilia Grierson, cuando se decidió incluir nuevamente a los varones en la formación regular de enfermería, que ya contaba con mayor porcentaje de mujeres que varones, cursando la carrera.

Se puede afirmar que, el motivo por el cual los varones dejaron de cursar la carrera de enfermería, en la escuela pública del municipio de Buenos Aires, fue explícitamente causado por una imposición médica administrativa que expresaba los valores socioculturales de la época, antes que por una decisión libre y espontánea del colectivo masculino.

Sin embargo, no todas las escuelas se feminizaron: instituciones como la Cruz Roja o la Escuela de Paracaidistas, seguían formando enfermeras y enfermeros.¹⁵ Excepto, la Escuela de Enfermería del Hospital Británico, que desde sus inicios formaba exclusivamente a las mujeres, preferentemente de ascendencia inglesa, de acuerdo al modelo Nightingale.

¹⁴ “En agosto de 1916 el movimiento adquiere forma legal cuando la dirección de la Asistencia Pública eleva a la Municipalidad un proyecto de ordenanza cuyo primer artículo reza así: “El personal hospitalario, fuera del médico y religioso, se comprenderá de: El encargado del cuidado de enfermos, ocupado exclusivamente por mujeres con excepción de los servicios de venereología y genitourinarias masculinas” (Wainerman y Binstock, 1992: 283).

¹⁵ “La Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja no restringió el ingreso por razones de sexo, pero los programas con los que se manejaba contenían diferencias ya que ellos debían cursar Venereología y Educación Sexual y ellas, Maternología e Infancia. Asimismo, bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires funcionó una escuela de enfermeros y enfermeras paracaidistas que tampoco hizo distinciones según sexo” (Ramacciotti y Valobra, 2014: 3).

Los cambios curriculares de la Escuela de Enfermería del municipio de Buenos Aires, a partir de la feminización obligatoria de la disciplina, implicaron diversas modificaciones: la exclusión de los varones del ciclo de formación, cambio en la dirección y el tiempo total de formación, el ciclo formativo de dos años se redujo a uno, tres meses de formación teórica y nueve meses de formación práctica. La formación estaba pensada solo para alumnas externas, no incluía a las mujeres que ya estaban trabajando en los distintos hospitales, lo que lleva a pensar que las enfermeras empíricas que tenían alguna expectativa de formarse, vieron limitadas sus posibilidades para acceder a un título técnico.

El origen social y económico de las mujeres que elegían la carrera de enfermería no fue diferente con la modificación curricular. Por ejemplo, las aspirantes a enfermeras que no podían costearse el precio diario del boleto, de tren o colectivo, desde sus hogares a la Escuela de Enfermería, por ser mayoritariamente de nivel socioeconómico bajo, elegían el internado optativo que adicionalmente les brindaba un subsidio económico.¹⁶

Las condiciones laborales de las estudiantes de enfermería y de las enfermeras empíricas, seguían siendo tan o más deficientes que antes. En todo caso, los beneficios de la formación exclusiva para las mujeres, redundaron en mejores condiciones de higiene para las instituciones donde éstas se desempeñaban, pero de ningún modo redundaron en beneficios sociolaborales para ellas.

La identificación exclusiva de la mujer con el *cuidado* de enfermería, empírico, auxiliar, técnico o profesional, fue creciendo exponencialmente hasta nuestros tiempos, desde inicios del siglo XX.

El habitus del personal de enfermería

En el ejercicio de la enfermería,¹⁷ planteado como la puesta en acción de un habitus¹⁸ singular, persisten rezagos de la visión masculina del siglo XVIII que consideraba que toda

¹⁶ “El internado remunerado se propuso para estimular la demanda y la retención de las candidatas que, también entonces, provenían de los estratos más bajos, al punto que cuando en 1915 se dio la posibilidad de cursar la práctica como externas, sin sueldo, con un horario de 6 de la mañana a 5 de la tarde, una sola de las 143 postulantes eligió este régimen al de internado. La mayoría no podía permanecer tantos meses sin un trabajo remunerado ni costearse los gastos de traslado al hospital” (Wainerman y Binstock, 2013: 282).

¹⁷ “Se entiende por ejercicio de la enfermería, al cuidado de la salud de las personas, familias y comunidad que comprenden las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de las enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes. También será considerada la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizadas por las personas autorizadas por la presente ley”. (Ley I – N° 82. Artículo 6°)

¹⁸ “Los sistemas asociados a una clase particular de condiciones de existencias producen *habitus*, sistema de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores de prácticas y de representaciones que pueden ser

actividad femenina debía estar circunscrita exclusivamente al ámbito familiar y sometido a las decisiones del varón.

Toda actividad femenina extra hogareña era vista como una acción generosa motivada por la vocación y el amor al prójimo que proclamaba el cristianismo. Por lo tanto, las prácticas de cuidado no eran vistas como un trabajo y el pago era escaso o nulo. “Por paradójico que parezca, si el tiempo de las mujeres se considera “barato” es precisamente porque, al conformarse a la norma cultural sumamente valorada en la sociedad, dan prioridad a sus familias” (Coser, 1978: 94).

La identificación de la enfermería con la feminidad no es un hecho casual: es el producto de una construcción social e histórica determinada que considera a la mujer como portadora de un *don* natural que le permite *cuidar* de otras personas con la misma vocación, abnegación, amor, entrega y sacrificio con que cuida a los miembros de la familia. Al ser un *don*, la ‘elección’ y el ejercicio de la enfermería, deben estar motivados por la vocación y no por razones económicas; y según esta lógica las habilidades para su ejercicio requieren una mínima formación técnica.

En la actualidad, el ejercicio de la enfermería está reglamentado y las relaciones laborales están mediadas por relaciones contractuales. En la práctica laboral, la actividad de enfermería está fuertemente condicionada a las reglas y necesidades de la medicina que aún ejerce un abierto y amplio dominio patriarcal sobre el qué hacer de la enfermería.

A pesar de que la enfermería argentina cuenta con más de cien años de historia, la impronta vocacional y cristiana sigue tan presente como en sus inicios. La marca vocacional, de profunda raigambre religiosa, sumada a la sumisión, abnegación, y subordinación, a veces vergonzante ante el personal médico, y el origen socioeconómico humilde de las enfermeras y enfermeros, se han vuelto componentes del *habitus* de enfermería, puesto que parece no ser percibido por todos, sino que está implícito en las prácticas laborales.

Vocación, abnegación y sumisión (de la mujer/enfermera al varón/médico) son concebidas como un *acto natural*, propio de la práctica de enfermería basada en una relación

objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas y “ regulares” sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestado sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Bourdieu, 2007: 86).

“(…) el *habitus* no es, de ninguna manera, el sujeto aislado, egoísta y calculador de tradición utilitarista y los economistas. (...) Por ello, constituye el fundamento de una *colusión implícita* entre todos los agentes que son fruto de condiciones y condicionamientos semejantes, y también de una experiencia práctica de la trascendencia del grupo, de sus formas de ser y hacer, pues cada cual encuentra en el comportamiento de sus iguales la ratificación y la legitimación (<< se hace así>>) de su propio comportamiento que, a cambio, ratifica y, llegado el caso, rectifica el comportamiento de los demás”. (Bourdieu, 1999: 191)

conyugal, simbólica, asimétrica y anacrónica.¹⁹ Sin embargo, son el reflejo de los estereotipos sociales que signaron el trabajo de enfermería y se institucionalizaron con la profesionalización de la disciplina.

Comprender que la visión tradicional de enfermería como una actividad y *vocación femenina* de amor al prójimo es una construcción social históricamente determinada y no un hecho natural ahistórico, permite desarticular por lo menos tres supuestos morales que persisten hasta el día de hoy: la *vocación*, la *sumisión* y la *abnegación*.

La *vocación*, al ser un supuesto don natural, no requiere de saber científico para ser entendida o aceptada. Las enfermeras y los enfermeros, solamente necesitaban buena voluntad y predisposición para el trabajo. Por lo tanto, en los hospitales, regularmente se cree que las únicas autoridades científicas competentes son los médicos. Al ser, supuestamente, los únicos poseedores de un conocimiento determinado dentro del campo de la salud, someten bajo su autoridad a las enfermeras, que pasan a ser ayudantes o ‘mano derecha’. Cumpliendo la doble función de enfermeras y empleadas domésticas. La *vocación* para el cuidado, se transforma en *sumisión* al médico.

La *sumisión*, lleva a que, enfermeros y enfermeras, realicen un sin número de actividades propias de la medicina sin cuestionarse. Incluso, realizan actividades ajenas a toda lógica laboral, en apariencia. Un ejemplo de ello son los frecuentes episodios en que se puede observar a las enfermeras manifestando una imperiosa necesidad de prepararle el desayuno al médico de turno, antes de que éste comience su jornada laboral, y de quien esperan su agradecimiento y aprobación. En este caso, los límites que separan el trabajo profesional de la servidumbre doméstica se tornan confusos y ambiguos, e impiden ver la relación de asimetría social que antecede a este tipo de prácticas laborales.

Preparar con diligencia el desayuno del médico, que por ningún motivo puede suceder de manera inversa -un médico preparando el desayuno a la enfermera pronta a iniciar su guardia-, guarda estrecha relación con ver a las enfermeras como las sirvientas domésticas del siglo XIX, que realizaban varias tareas de escaso valor económico debido a su doble condición de mujer de origen socio-económico bajo y empleada doméstica, de familias cuya autoridad estaba al mando de un varón adinerado.

Es tal la naturalización de las prácticas y actividades que no guardan relación aparente con la enfermería y que son más propias del personal de cocina u hotelería, que no solo

¹⁹ “En la práctica, sin embargo, la norma de reciprocidad que rige el intercambio conyugal se infringe sistemáticamente en provecho del varón; en otras palabras, la relación es asimétrica en el sentido de que los copartícipes no disfrutaban de sus beneficios en la misma proporción” (Cosser, 1978: 88).

impide romper con una actividad estereotipada que atrasa un siglo, sino que son constantemente reivindicadas como acciones que indican una supuesta ‘buena amistad’ con el médico, y un supuesto signo de estatus superior por parte de quien le prepara el desayuno. Estas acciones guardan ciertas similitudes con las actividades de los sirvientes domésticos, descritos por Coser (1978) “(...) desde el momento en que has sido contratado, tus tiempos y tus energías han dejado de pertenecerte; ahora pertenecen a tu amo (...)” (p.71).

Otro ejemplo práctico, se puede observar con regularidad en los pasillos de los hospitales o sanatorios: antes del horario de visita estipulado por cada nosocomio, una o varias enfermeras y enfermeros, caminan velozmente detrás de un médico o una médica, quien, con mirada altiva, guardapolvo desabrochado, que simula una larga capa de superhéroe, y siempre apresurado/a para irse a ninguna parte, realiza un sinnúmero de ‘indicaciones’ verbales sobre una persona internada en la institución, a la cual aún no ha visto. Todo, en nombre de la supuesta ‘confianza’ que ‘siente’ por el trabajo de las enfermeras, y del ‘poco tiempo’ que dispone para brindar la atención médica que requiere la persona internada.

La supuesta confianza hacia las enfermeras no es retribuida con reconocimientos económicos, materiales o simbólicos: en el mejor de los casos, le dan un agradecimiento; y en el peor, nuevamente las sobrecargan de actividades extras que hacen interminable su jornada laboral.

La enfermería es sumamente permeable a las imposiciones socioculturales de la medicina. Regularmente el personal de enfermería realiza actividades que no son de su competencia, bajo el argumento de que ‘el paciente’ necesita atención médica y el galeno está físicamente extenuado para realizarla por sí mismo. Sin embargo, estas actividades no son retribuidas económicamente sino de modo simbólico, con una palmada en la espalda o un ‘¡Qué grande Fulanito/a!’, porque son vistas como acciones de ‘buena fe’, u obligaciones morales propias de las enfermeras y enfermeros.

Los vestigios de masculinidad dominante, representados simbólicamente por la medicina, y la raigambre cultural de sometimiento, amor y abnegación, invisibilizados por la enseñanza de enfermería, terminan por cosificar la práctica profesional, reduciéndola a su mínima expresión: la consecución de múltiples tareas manuales, realizadas con la mayor eficacia y en el menor tiempo posible.

La *abnegación*, producto directo de la vocación, es tan o más corrosiva que ésta, pues genera el marco ético que permite que enfermeras y enfermeros trabajen largas y extenuantes jornadas laborales bajo dos argumentos recurrentes: 1º) la escasa cantidad de personal, que los obliga a seguir cumpliendo con sus tareas a destajo y por tiempo indeterminado; y 2º) el

supuesto *amor* que sienten por el ‘paciente’ que les impide ausentarse del servicio para realizar reclamos relacionados con la sobre exigencia laboral y los exiguos salarios percibidos.

La negación de la existencia práctica de la abnegación en enfermería, presenta el trabajo a destajo como virtud y fortaleza, impidiendo visualizar las extensas jornadas de trabajo como un sometimiento laboral: una pregunta casi obligatoria entre enfermeras y enfermeros, es saber en cuántos lugares trabaja. Trabajar en dos o más lugares, puede operar como la prueba cabal de ser un enfermero o enfermera ‘*trabajadora*’, que ‘*no le tiene miedo al trabajo*’, anulando automáticamente toda posibilidad de análisis social.

La abnegación, tampoco se traduce en reconocimientos institucionales, económicos o sociales. Opera, como acto natural propio de la práctica de enfermería; es tal su naturalización, que en los casos en que alguien quisiera desistir de este tipo de accionar, rápidamente es reprimido y reencausado nuevamente por sus pares, bajo el argumento de ser perezoso, o que ‘*hay que tener mucho amor para ser enfermera/o*’.

El supuesto *amor* por la profesión, y la *vocación* para el cuidado que en términos prácticos se inculca permanentemente a los estudiantes de enfermería desde sus primeros días de formación, se fundamenta en la reproducción sociocultural de los valores y costumbres que regían en la época en que se institucionalizó la profesión. Cargando en las mujeres (enfermeras) todas las responsabilidades del cuidado doméstico, en tanto que los varones (médicos) gozan de los beneficios sociales de contar con una ‘buena esposa/amante’, al tiempo que son admirados y reverenciados por el tipo de trabajo que realizan:

De esta manera, a la mujer no solo se la educa para que invierta en la familia sus recursos emocionales, sino que esa inversión, a su vez, solo viene a aumentar su dependencia, que la hace más vulnerable a las exigencias del marido situado en una posición superior (Cosser, 1978: 89).

Los profesionales de enfermería aún no han podido desembarazarse de la reproducción de valores y prácticas retrógradas, de modo tal que no logran modificar el *habitus* que le permita cuestionar su propia historia. Esta falta de cuestionamiento, les impide ver que en los nosocomios a las enfermeras se las enclaustra simbólicamente dentro del papel de “amas de casa cristianas”, siempre sumisas y dispuestas a cumplir con la voluntad del patriarca proveedor, destinadas a bregar por el buen funcionamiento del hogar y la completa satisfacción del esposo.

En el campo de la salud, los médicos ocupan el lugar del patriarca, proveedor del hogar familiar, que a menudo imparte órdenes e infringe severos castigos a enfermeras y enfermeros que no cumplen con sus mandatos. Los castigos operan como disciplinamientos ejemplificadores: se presentan como reclamos o quejas a los coordinadores de enfermería, pedido de traslado de servicio, o bien, solicitud de rescisión del contrato de trabajo.

En términos prácticos, los nosocomios son “instituciones voraces”,²⁰ en tanto que demandan la total y plena entrega de las enfermeras en sus lugares de trabajo, situándolas sin excepción, por debajo de la autoridad patriarcal del médico. Así, se automatizan las tareas de enfermería. Los procedimientos se vuelven rutinarios y las actividades que requieren de tiempo y un análisis minucioso son deploradas. El ejercicio del pensamiento crítico, se vuelve una idea extraña, incómoda y ampliamente combatida, por los pares y por los médicos.

Producto de su misma historia, enfermeras y enfermeros pretenden encontrar reivindicación social y profesional, únicamente en la correcta realización de los procedimientos prácticos, al tiempo que se frustran por no conseguirlo. Estos actos, no son fruto de análisis concienzudos y planeados con anticipación, sino que son la puesta en práctica de lo que por años se les ha inculcado y normalizado como correcto. Es decir que por nivel de formación, acceso a la información, predisposición social y prácticas culturales, entre otras cuestiones, no existe una racionalización consciente de los factores determinantes de la subalternización de la disciplina. Por lo tanto, todas las manifestaciones se reducen a reclamos salariales o de salubridad laboral.

Los preconceptos morales como la *vocación*, *el amor*, *la sumisión* y *la abnegación*, que orientan la formación, son funcionales a la idea de que la enfermería no es una profesión, sino una continuación natural del *cuidado* maternal. Por este motivo, los salarios son bajos, el doble empleo es habitual, las horas extras son interminables, y la organización sindical es sumamente endeble o inexistente. Respecto a la última consideración, Aspiazu (2017) señala que:

(...) el lugar de los y las enfermeras en los sindicatos es consecuencia, por un lado de los vínculos y jerarquías existentes en los equipos de salud, por otro lado, de la dificultad general de las mujeres de acceder a lugares de representación sindical en cuanto grado de decisión (p. 25).

²⁰ “Pero la sociedad moderna, al igual que la sociedad tradicional, sigue engendrando grupos y organizaciones que, en contradicción con las tendencias dominantes, demandan la adhesión absoluta de sus miembros. Estas podrían llamarse *instituciones voraces*, por cuanto exigen una lealtad exclusiva e incondicional y tratan de reducir la influencia que ejercen los papeles y los *status* competidores sobre aquellos a quienes desea asimilar por completo” (Cosser, 1978: 14).

La supuesta atribución del don femenino para el cuidado de los enfermos como justificativo para limitar la formación de enfermería casi exclusivamente a las mujeres, es un argumento muy cuestionable puesto que no resulta suficiente *para cuidar* y nada tiene que ver con un conocimiento técnico. Responde a enquistados estereotipos sociales, y permite pensar que el problema con los varones enfermeros no pasaba necesariamente por disponer del *don*, sino por la *abnegación*, dado que se consideraba que estaban ubicados social y moralmente por encima de las mujeres, motivo por el cual no debían realizar tareas femeninas.

La presunción de que las mujeres poseían cualidades innatas distintivas, como el *amor*, la *sumisión* y la *abnegación*, que las hacían mejores que los varones para cuidar de otras personas, y que los varones eran más *rústicos* que ellas en la realización de las mismas actividades, aunque jerárquicamente superiores, fue el argumento perfecto para desalentar la posibilidad de que los varones realicen cuidados de enfermería:

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 (...) (Ramacciotti y Valobra, 2017: 369).

El supuesto de la *vocación femenina para el cuidado* de los enfermos pudo haber sido simplemente un eufemismo para ocultar el verdadero hecho de que los directivos de los hospitales y de la Salud Pública en general eran médicos varones -situación aún vigente- por lo cual les resultaba más efectivo someter a las mujeres bajo sus órdenes. Pero, si se tiene en cuenta que Florence Nightingale consideraba que la formación de enfermería debía estar orientada exclusivamente a las mujeres, no se puede atribuir la feminización de la profesión solamente a una decisión médico-institucional.

La decisión de feminizar la enfermería argentina, estaba enmarcada dentro de un contexto específico, en el que las mujeres tenían un rol de sumisión explícita frente a los varones. En ese contexto, el rol de la mujer enfermera debía reflejar la sumisión sociofamiliar ante el varón, médico:

Si bien la profesión no se encontraba todavía feminizada, Grierson la pensó como una ocupación ideal para las mujeres que buscaban una tarea “decente” y profesional, acorde a lo que la sociedad esperaba de ellas; es decir, ubicarse jerárquicamente por debajo de los varones (en este caso médicos), con tareas que recordaban sus labores en el ámbito familiar. (...). Bajo esta premisa, para Grierson era necesario elevar la calificación profesional y las condiciones de trabajo, que incluían largas jornadas laborales, tiempos de descanso

inadecuados y sitios insalubres para el desarrollo de su actividad como, por ejemplo, sótanos. (Martin, 2015 en Ramacciotti, 2019: párr. 11)

La exclusividad de la mujer como enfermera significó trabajo precarizado, cuasi esclavo, eficiente y sumamente rentable para las instituciones de salud. Ya que no solo primaba, o se imponía, el supuesto *don natural* para el cuidado, sino que estaba en juego el ingreso económico familiar.²¹ Esto podría explicar, en gran medida, por qué las enfermeras se sometían con tanta facilidad a la explotación laboral que ejercían sobre ellas las instituciones de salud en general, y los médicos en particular.²²

El origen social humilde de las enfermeras, sumado al hecho de que eran mujeres, es la marca imborrable que operó socialmente a través de los años, en pro de la deslegitimación de la profesión. Ser mujer, de origen socioeconómico humilde y estudiar enfermería, podría significar el riesgo de ser inmediatamente asociada con modos de vida socialmente inaceptables. Inclusive, esta creencia, circulaba dentro del mismo colectivo de enfermeras: “Varias entrevistadas insistieron en la asociación de la enfermería con la «mala vida» en la que caían las mujeres de menores recursos” (Ramacciotti y Valobra, 2010: 356).

Las posturas estereotipadas son productos culturales y sociales de un contexto determinado. Pero, también son la base de un aceitado proceso de explotación institucional de la fuerza de trabajo de las enfermeras que a través de los años utilizó de modo recurrente los conceptos de amor y *vocación*, como método para someter las voluntades de las mujeres trabajadoras. A las enfermeras, les enseñaron a creer que debían tener *amor* y *vocación*, ya que era propio de su condición de género. Y que, el *conocimiento*, era prerrogativa exclusiva de los médicos.²³

Es decir que, el supuesto don vocacional, de sumisión, amor y abnegación, que se le atribuye a la profesión de enfermería, resulta ser un argumento sociocultural muy efectivo y funcional para los intereses corporativos, externos a la disciplina. Pero, no redundan en beneficio alguno para el colectivo de enfermería.

²¹ De hecho, el empleo femenino implicaba una excepción justificada por situaciones de soltería, de separación, de viudez, de orfandad o de ingresos insuficientes del marido o del padre (Ramacciotti y Valobra, 2014: 2).

²² El establecimiento del control, la autonomía y el límite de muchas profesiones respecto de la medicina y otras ocupaciones y profesiones afines es un inacabado 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 (Ramacciotti y Valobra, 2014: 6).

²³ “Ésta consideración inmutable, natural y visible no daba lugar a dudas: las mujeres no podían ocupar espacios que se suponía eran de incumbencia masculina” (Ramacciotti y Valobra, 2014: 2).

Cuestionar la forma pero no el fondo

A lo largo de la historia, las enfermeras y los enfermeros se organizaron para protagonizar o formar parte de diferentes manifestaciones, solicitando mejoras salariales o laborales, solidarizándose con otros trabajadores de la salud. Por ejemplo, en 1916 un grupo de enfermeros del municipio de Buenos Aires realizó una huelga de varios días en reclamo por la reincorporación a sus respectivos puestos laborales, de los que habían sido removidos a partir del decreto de feminización de la atención de enfermería. Finalmente, luego de varios días de reclamo, fueron reincorporados²⁴.

En el año 2009, en Neuquén, se conformó un sindicato de enfermería con el objetivo de reivindicar y jerarquizar la profesión. Para hacerlo, tuvieron que desembarazarse de viejas organizaciones gremiales que tenían intereses que no lograban congeniar con los reclamos del colectivo de enfermería.²⁵

En el mes de diciembre de 2012, dos estudiantes se encadenaron frente al portón de acceso a la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Misiones (UNaM). Acción que prosiguió con una toma de la institución educativa. Acompañados por un nutrido grupo de estudiantes, reclamaban independencia política en las decisiones estudiantiles frente a las continuas injerencias de docentes, directivos y nodocentes, en favor de una agrupación política afín a sus intereses particulares.²⁶

En el mes de diciembre de 2015, dos enfermeros se encadenaron por más de una semana, en la entrada del principal hospital público de la ciudad de Posadas, Misiones.²⁷

Reclamaban por su inmediata reincorporación, cese de persecución laboral a las

²⁴ “Los enfermeros huelguistas, ocasionalmente apoyados por sus compañeras mujeres y por cocheros, peones y cocineros de los hospitales municipales, solicitaban la inmediata reincorporación de todos los enfermeros despedidos, y la clausura de la escuela de enfermería municipal. Denunciaban, además, que los reemplazos efectuados en las salas de varios hospitales no obedecían al propósito de elevar la calificación del personal ya que uno de los enfermeros despedidos del Hospital Álvarez (el cabo Elizardo Besada) y otro del Hospital Ramos Mejía (Angel Vazquez) eran diplomados” (Wainerman y Binstock, 2013: 283).

²⁵ “En el año 2009, los enfermeros de esta provincia crearon su propia organización gremial: el Sindicato de Enfermeros de Neuquén (SEN). El momento de mayor crecimiento se dio recién a partir del año 2013, y en el año 2016 el SEN era ya representaban un cuarto del total de los enfermeros de la provincia (contaba con 513 afiliados sobre un colectivo de 2200 enfermeros) y tenía delegados formalmente elegidos en diversos centros de salud y hospitales de la capital y el interior de Neuquén” (Beliera, 2019: 13).

²⁶“(…) apoderado de la agrupación Estudiantil “Mary Seacole», de la Escuela de Enfermería de la UNaM contó que [Jorge] Antonio Godoy, estudiante de enfermería decidió encadenarse desde ayer frente a la Escuela de Enfermería, ubicada en avenida López Torres al lado del hospital Madariaga. El motivo es «por la situación vivida en las últimas elecciones de la asociación», el pasado el miércoles 28 de noviembre, dijo”. (Misiones online, 2012. *Dos estudiantes están encadenados hace más de 24 horas frente a la Escuela de Enfermería*).

²⁷ “Se trata de trabajadores que se encontraban en situación de precarización laboral, al estar contratados, y que fueron echados precisamente por haber denunciado públicamente esta situación que afecta a numerosos empleados estatales”. (Primera edición, 2016. *Los enfermeros siguen encadenados en el hospital Madariaga, sin respuestas seis días después*).

enfermeras y enfermeros, aumento del salario percibido, antigüedad, reconocimiento por título y pase a planta permanente de todo el colectivo de enfermería. Finalmente, luego de varias semanas de manifestación y conciliación obligatoria, fueron reincorporados.

En el mes de septiembre del año 2020, más de un centenar de trabajadores de la salud autoconvocados, entre ellos enfermeras y enfermeros, protagonizaron un histórico *acampe*²⁸ de más de treinta días de duración, frente al Ministerio de Salud de la provincia de Misiones. Reclamaban aumento salarial, cese de persecución laboral, ART para los trabajadores, contratación transitoria del personal subcontratado y contratos por tiempo permanente para el personal contratado, entre otras cuestiones.²⁹

La gesta de acampar durante 35 días, durmiendo en las veredas y calles linderas al Ministerio de Salud, soportando el calor intenso durante el día, el frío recalcitrante durante la noche, lluvias torrenciales, la burla y el escarnio de los comunicadores radiales de la ciudad de Posadas, la invisibilización de cierta parte de la comunidad política y académica que miraban hacia otro lado mientras los trabajadores de la salud luchaban por sus derechos en tiempos de pandemia, sirvió como herramienta para estrechar los lazos de confraternidad y lealtad entre los trabajadores que participaron de la medida de fuerza. Tal fue el compromiso asumido en *el acampe* que un enfermero realizó una huelga de hambre de más de diez días.

Luego de 35 días de ‘acampe’, en los que padecieron diversos actos de amedrentamiento (intimidación con arma de fuego por parte personas encapuchadas a altas horas de la madrugada, mensajes y llamadas anónimas extorsivas a diferentes trabajadores, hostigamiento por parte de los directivos de hospitales, descuentos compulsivos, cambios súbitos de días y horarios de trabajo, promesas individuales de contratos o ‘pase a planta’ a quienes desistían de la manifestación) se llegó a un acuerdo y se levantó la medida.

Fruto del *acampe* se logró la contratación por tiempo transitorio del personal subcontratado, la contratación permanente del personal contratado y la modificación de la Ley de Agente Sanitario,³⁰ contemplando la incorporación a la Ley de Carrera Sanitaria³¹ del

²⁸ El término alude a la instalación de carpas donde los trabajadores pasan días y noches sosteniendo una lucha ante las oficinas de las autoridades visibilizando situaciones injustas cuyos reiterados reclamos formales por los canales habituales (notas, peticorios, audiencias, etc.) no son tomados en cuenta.

²⁹ “Los trabajadores sanitarios de toda la provincia llegaron al cuarto día de acampe frente al organismo, sin respuestas a sus reclamos. Aseguran que permanecerán hasta lograr la mejora salarial, un adicional del 60 por ciento y el pase a planta de los precarizados”. (Misiones cuatro, 2020. ¿Dónde está Villalba mientras sus empleados acampan *frente al MSP?*)

³⁰ Para conocer con detalle la Ley de Agente Sanitario, se sugiere consultar el siguiente enlace: <http://digestomisiones.gob.ar/buscador?rama=22&numero=82&ley-anterior=&q=>

Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Además, se logró que todo el personal de enfermería contratado por la *Fundación Parque de la Salud Dr Ramón Madariaga*³² pudiera optar por pasarse al Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones y formar parte de la Carrera Sanitaria.

Las diferentes manifestaciones realizadas de manera errática, aislada y discontinua, tenían como objetivo visibilizar la precarización laboral en la que se encontraban enfermeras y enfermeros, exponiendo la forma del modelo de contratación estatal, pero de ningún modo cuestionaron la histórica subordinación en el modelo médico hegemónico.

De fondo, el modelo académico patriarcal que transmite una formación vocacional, de sumisión y abnegación, enquistado en una profunda tradición moral de raigambre cristiana, individualista y altamente tecnificada, continúa invisibilizado, negado e inalterado.

Estado y enfermería en Argentina

Es imposible concebir una historia de enfermería sin tener en cuenta el rol del Estado que ha hecho uso discursivo y práctico de la supuesta capacidad de las enfermeras para cuidar de los enfermos y desahuciados a través de la *vocación*, la *sumisión*, la *abnegación* y el *amor*. Sin embargo, no puede decirse que estos argumentos así como muchos otros supuestos *donec naturales* de la mujer, hayan servido como herramientas para el reconocimiento sociolaboral de la enfermería, sino todo lo contrario.

La presencia del Estado como articulador de la formación en enfermería, a lo largo de la historia, fue fundamental para que la disciplina pudiera desarrollarse y llegar a los límites en que se encuentra hoy. Y sigue siendo un actor indispensable para que el campo disciplinar pueda continuar expandiendo su área de conocimiento y de acción.

El Estado argentino tuvo una activa participación en el fomento social de la formación de enfermería. Jugó un rol fundamental desde los inicios de la modernización de la disciplina. Brindó el marco político necesario para que la educación se extendiera a todo el país, a través de los diversos centros de formación terciarios y universitarios. Reconoció la necesidad de contar con agentes de enfermería cualificados para brindar cuidados a la sociedad.

³¹ Para conocer la Ley de Carrera Sanitaria, se sugiere consultar el siguiente enlace: <http://digestomisiones.gob.ar/buscador?rama=6&numero=80&ley-anterior=&q=>

³² La Fundación '*Parque de la salud*' es un ente autárquico descentralizado que depende financieramente del gobierno de la provincia de Misiones, pero es autónomo en cuanto a las decisiones financieras y administrativas internas. Durante años, incorporó a cientos de enfermeros a quienes hacía y los hace trabajar en condiciones precarias con contratos que vencen cada año, con cláusulas abusivas como el derecho a despedir en cualquier época del año sin derecho a indemnización, entre otras cuestiones. Para ahondar en esta cuestión, se puede consultar el siguiente enlace: <https://parquesaludmisiones.org.ar/> Para conocer la Ley de creación del Parque de la Salud de la Provincia de Misiones, se puede consultar el siguiente link: <http://digestomisiones.gob.ar/buscador?rama=22&numero=70&ley-anterior=&q=>

Hasta finales del siglo XIX, las asociaciones de damas de la caridad manejaban una gran cantidad de instituciones de salud, en el municipio de Buenos Aires.³³ Para sostenerse, esas instituciones recibían subsidios estatales, por lo cual, tenían más de un argumento en contra de que el Estado se hiciera cargo de la Salud Pública, y de que las mujeres recibieran formación técnica y trabajo remunerado. El trabajo de las enfermeras era visto como un servicio doméstico, servil y sin ningún tipo de valor laboral.

En paralelo con la práctica del cuidado, las damas de la caridad impartían un pensamiento ideológico, orientado hacia un determinado fin, político y social, “(...) dado que precisamente su poder residía, y había residido desde su creación a iniciativa de Rivadavia, en su control sobre la educación y la atención de la salud de las mujeres y niños” (Wainerman y Binstock, 1992: 275). En ese contexto, el Estado se hizo partícipe directo en la organización hospitalaria y la formación de enfermería, sin perjuicio de otras instituciones formadoras existentes en la época.

La enfermería moderna tiene una identificación de origen social, cultural y académico, con la feminidad. El Estado utilizó esa identificación en favor de la masificación de la formación de enfermería.

A mediados de los años 40, en el primer gobierno de Juan Domingo Perón, el Estado nacional utilizó la imagen de Florence Nightingale, a quien se le atribuye la modernización de la profesión, como estímulo para que las mujeres de clase media eligiesen estudiar la carrera de enfermería (Ramacciotti y Valobra: 2014). La propaganda en favor de un cambio de imagen de la profesión, dejaba entrever el ideal arquetípico de enfermería que tenía el Estado. Consideraba que la incorporación de mujeres de clase media a las filas de enfermería, redundaría en una jerarquización de la disciplina.

Entendiendo que el cuidado se enmarcaba dentro de un proyecto político específico, se buscó incluir a las mujeres como partes de un modelo de salud determinado. En este caso, las mujeres formarían parte de la Escuela de Enfermería, del primer ministerio de Salud Pública de la Nación dirigido por el Médico Ramón Carillo, y de la Escuela de Enfermería “7 de mayo”, creada por la Fundación Eva Perón. Aquí, el trabajo de las enfermeras no era un acto de caridad que se brindaba al pobre y menesteroso sino que se encuadraba dentro de las funciones esenciales de la Salud Pública. Es decir, el cuidado de enfermería se tornó un

³³ “Hasta mediados de 1870 la asistencia a los pobres y desvalidos de la ciudad de Buenos Aires había estado en manos de la acción individual, fundamentalmente mediante la limosna, y de agrupaciones particulares como la Sociedad de Beneficencia (creada en 1823 por iniciativa del Estado, del que recibía la mayor parte de sus ingresos)” (Wainerman y Binstock, 2013: 273).

trabajo con una impronta social específica, determinada por un proyecto político nacional. En esta etapa, las enfermeras eran reconocidas como trabajadoras, con valor político y social. Aunque seguían sometidas a los mandatos masculinos de la medicina.

En su devenir histórico, la imagen de la mujer como trabajadora, es decir como persona que sale del hogar para conseguir el sustento diario, no era una actitud que estuviera bien vista por un sector de la sociedad, y sobre todo por quienes tenían intereses políticos en que las mujeres no realicen más tareas que las domésticas. Pues de fondo, esto implicaría la adquisición de derechos laborales y el cuestionamiento de los privilegios masculinos.

Para el caso específico de enfermería, se puede afirmar que hasta el momento no logró conformar un colectivo sólido que cuestione y dé cuenta de los incontables privilegios abiertamente masculinos y de clase de los que goza la medicina. Lo que se instituye indefectiblemente en violencia simbólica, social y laboral en el campo de la salud.

Es plausible pensar que en más de una ocasión se haya intentado impedir que las mujeres tuvieran derecho a recibir formación técnica y remuneración económica por el trabajo realizado. Es aquí donde el Estado como mediador social, toma participación activa para equilibrar los diversos intereses en juego. Según el rol que juegue el Estado -nacional, provincial, o las universidades como representantes del Estado- depende la continuidad o no de la formación en enfermería. Y de la calidad de la formación y el perfil de graduado que privilegie la institución formadora, dependerán las futuras trayectorias laborales de enfermeras y enfermeros.

La resistencia social y cultural para reconocer la necesaria formación técnica de las nuevas enfermeras, también se daba en el campo de la salud. Sobre todo, en el subcampo de la medicina, que utilizaba todo tipo de ardidés argumentales, para subordinar a las enfermeras. Por ejemplo:

El médico Carlos Pereyra insistía en definir «hasta dónde la enfermera y desde dónde el médico» y reforzaba que la «enfermera sepa siempre ubicarse en la situación expectante, atenta a las prescripciones que el médico le formule (...) sólo debe actuarse de acuerdo a concretas instrucciones del médico». Los límites de acción entre ambos planteaban un modelo bipolar desigual en el que la enfermera se subordinaba al médico (Ramacciotti y Valobra, 2010: 372).

La tendencia a subordinar a las enfermeras, lejos de ser una actitud aislada, era y es una conducta propia de la medicina, gestionada a través de los años. Por ejemplo:

Autores muy difundidos en Argentina como el filósofo austríaco Otto Weininger o el médico español Gregorio Marañón señalaban las serias

patologías que podía generar en las mujeres el exceso intelectual - particularmente, en su misión fundamental: la maternidad- y aconsejaban actividades que involucraran tareas relacionadas con el orden y la complementación con el genio viril. Por ejemplo, Marañón (1920: 18) afirmó que, al talento femenino, “aunque alcance límites avanzados de claridad y de penetración, le falta originalidad. Por eso, en la ciencia las mujeres son buenas técnicas, pero no inventoras” (Ramacciotti y Valobra, 2014: 2).

Ante los enquistados intereses corporativos ajenos a la enfermería, que de un modo u otro atentan contra el desarrollo de la profesión, la intervención estatal se hace sumamente necesaria para brindar un marco político y legal regulatorio de la disciplina, que no solo suponga la materialización de un pensamiento político a través de un proyecto determinado, sino que aporte las garantías políticas, institucionales, sociales y económicas para que un proyecto de formación profesional prospere a través del tiempo.

El Estado, tiene la capacidad de elaborar y sostener un proceso de formación de largo plazo, a través de la creación y sostenimiento de proyectos específicos que determinen el perfil del graduado. Tal como ocurrió a mediados del siglo pasado, en Argentina:

(...) La adquisición de la ciudadanía política a partir de la ley 13.010 en 1947, más la efectiva intervención electoral en 1951 y la movilización a través de los partidos y entidades civiles, conformaban un contexto insoslayable en el que debía comprenderse la instalación del dispositivo formativo de la Escuela de Enfermeras (Ramacciotti y Valobra, 2010: 364).

Por cada periodo político determinado, existen proyectos de Salud Pública igualmente determinados. Los proyectos pueden ser incluyentes o excluyentes: los proyectos incluyentes amplían las funciones de la Salud Pública, transformándola en un bien social, fomentando la participación masiva de los agentes de la salud; y los proyectos excluyentes, por el contrario, creen en un Estado mínimo, desestimando la función de la Salud Pública con el consiguiente daño que produce al sector de la salud -ya sean trabajadores o instituciones- sumado a que, en el corto y mediano plazo, se transforma en un perjuicio para los usuarios del sistema público de salud.

Una u otra forma de concebir la salud, supone igualmente diferentes formas de concebir la formación en enfermería. Ampliar las funciones de la Salud Pública implica, por ejemplo, que enfermeras y los enfermeros puedan formar parte directa del Estado, como estudiantes de universidades públicas y como empleados de la Salud Pública.

Reducir las funciones de Salud Pública y retirar el apoyo estatal de las gestiones sociales, laborales y formativas de la salud, lleva a que los estudiantes de enfermería deban

extender el tiempo de formación o desertar de la carrera, debido a la falta de incentivos económicos y materiales que les permitan estudiar con cierta holgura. En caso de egresar, deberán recorrer un largo camino laboral donde estarán sometidos a condiciones de trabajo precarias y altamente nocivas para la salud mental y social.

El hecho de que existan proyectos nacionales de formación en enfermería, no supone necesariamente la presencia de un Estado que incluya a la profesión. Es decir, la simple inclusión en un proyecto político, no significa la inclusión real y efectiva a largo plazo de los estudiantes en las aulas y de enfermeras y enfermeros en las instituciones de salud.

La inclusión no se realiza en los documentos o en las declaraciones públicas aunque éste sea un paso necesario, sino que se refleja en las oportunidades de ingreso, sostenimiento y egreso de los estudiantes de enfermería. Y en las oportunidades de acceso y permanencia laboral, de enfermeras y enfermeros en el sistema público y en el sistema privado aunque a la permanencia laboral, es necesario sumarle la seguridad laboral.

Cada gobierno define su propio proyecto de salud, y en él se le da un rango a la enfermería. Por lo tanto, de la participación estatal depende el crecimiento de la enfermería, tal como sucedió y sucede con otras profesiones.

No es el conocimiento técnico por sí mismo lo que da legitimidad a una profesión, sino que es el Estado a través de las instituciones y del uso de sus instrumentos el que otorga reconocimiento y legitimidad social a una disciplina determinada, al brindarle las herramientas y facilidades necesarias para que pueda trascender a través del tiempo, tal como sucedió con la medicina en México.³⁴

El modelo de formación Nightingale que feminizó la enfermería argentina, cobró especial relevancia en el siglo XX, con los aportes de la fundación Rockefeller y del Estado nacional, entre los años 1920 y 1950 (Ramacciotti y Valobra, 2014). Al igual que el Estado, las instituciones privadas también aportaron a la profesionalización de la enfermería argentina. Entre los años 1940 y 1950, la fundación Rockefeller realizó un estudio sobre el estado de formación de las enfermeras latinoamericanas. Las conclusiones fueron determinantes: estas trabajadoras de la salud debían recibir formación técnica y adecuarse al

³⁴ “La institucionalización de este modelo acompaña el desarrollo económico-político de las capas sociales que justamente se apropian directa o vicariamente del poder entre 1750 y 1880. Todos los caracteres del modelo médico hegemónico están saturados en niveles consciente/no conscientes por concepciones ideológicas de esta burguesía en ascenso, de la cual forman parte los nuevos sectores de la pequeña burguesía independiente a la que pertenece la mayoría de los médicos. Este modelo supone, en consecuencia, una serie de características que son isomórficas a la estructura de clases dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista” (Menéndez, 2020: 97).

modelo de formación inglés. A partir de allí, a la práctica de enfermería se le sumó la visita domiciliaria y la educación para la salud.

En la década del '40 y '50 la expansión de puestos laborales vinculados a la enfermería se motivó por la expansión hospitalaria, el incremento de las campañas sanitarias y la modernización en las técnicas médicas. También influyó, la emergencia de la crisis social y sanitaria que provocó el terremoto de San Juan de 1944 (Ramacciotti y Valobra, 2014: 4).

A mediados de los años 40, del siglo pasado, bajo el gobierno de Juan Domingo Perón -como señalamos antes- se promueve la creación de dos escuelas de enfermería,³⁵ con marcada formación teórica y práctica. El surgimiento de estas dos instituciones educativas se enmarcaban en la reciente obtención de derechos constitucionales que habían logrado conquistar las mujeres argentinas, sumado al ingente crecimiento demográfico del país, el aumento de la productividad, el trabajo registrado y el consumo masivo que generaron un incipiente aumento en las demandas de salud, por lo cual se tuvieron que crear nuevos hospitales, realizar campañas de salud por gran parte del territorio nacional y formar nuevas enfermeras con sólidos conocimientos técnicos.

Las dos escuelas fueron precursoras en la incorporación de la enseñanza metódica de la Salud Pública, a través de la práctica de la enfermería extramuro: visita domiciliaria, educación para la salud y prevención de enfermedades. La incorporación de estas prácticas en la formación de enfermería buscaba ampliar el campo de formación que recibían las estudiantes. No obstante, un informe de la OPS del año 1989, continúa señalando la escasa o nula formación en Salud Pública de las enfermeras latinoamericanas:

Los resultados encontrados mostraron que la educación para enfermeras se orientaba al cuidado hospitalario, enfatizando atención en salas de operaciones y relegando a un segundo plano la formación en Salud Pública. Los cursos básicos se constituían en enseñanza teórica y experiencia práctica que en general no se encontraban articuladas. La enseñanza de las ciencias sociales no tenía relevancia en los planes de estudio. Los programas existentes en general no atendían a los requisitos universitarios, principalmente en relación a las exigencias de escolaridad previa. (Organización Panamericana de la Salud, 1989: 121)

³⁵ “(...) la Escuela de Enfermeras de la SSP (1947) y la Escuela de Enfermeras «7 de mayo» de la Fundación Eva Perón (1950) (en adelante FEP)” (Ramacciotti y Valobra, 2010: 355).

Si bien en el caso de Argentina, las dos escuelas incorporaron prácticas novedosas que ampliaron la perspectiva laboral de las estudiantes, los cánones sociales y culturales respecto del lugar que debían ocupar las enfermeras en el campo de la salud, seguían reproduciéndose de la misma manera que en el siglo XIX. Ambas escuelas tenían internado optativo, seleccionaban a las estudiantes de acuerdo a criterios socioeconómicos, ‘dones naturales’, dotes morales, cualidades físicas y consideraban que la enfermería era una disciplina auxiliar de la medicina. “En este sentido, la enfermería podía significar una promoción social y laboral; y al mismo tiempo implicaba una tarea -casi- altruista pero de rigor profesional y de compromiso con la sociedad” (Ramacciotti, 2019: párr. 11). A pesar de que la formación técnica estaba en auge, el histórico déficit de enfermeras seguía siendo un problema sin resolver (Ramacciotti y Valobra: 2014).

El avance disciplinar, propició la realización del primer congreso de enfermería de Argentina, en el año 1949, donde se debatió acerca del nivel de formación de las enfermeras. A partir de las conclusiones de las congresales, se solicitó al Estado, la creación de escuelas de enfermería de nivel universitario, la exigencia de que todas las cuidadoras tengan título de enfermeras, que las escuelas sean dirigidas por enfermeras y no por médicos; que se incorporen espacios físicos para la enseñanza del ‘arte de cuidar’ y que sean ‘escuela hospital’, con internado obligatorio para las estudiantes. En cuanto al currículum de la carrera, se propuso la incorporación de materias humanísticas, y la intensificación de las materias anatomofisiológicas. Se instó al pedido de becas perfeccionamiento, y se impulsó la jerarquización del plantel docente de enfermería (Ramacciotti y Valobra, 2014). Además, se recomendaba que el gobierno nacional incorpore una ley específica para delimitar las competencias de enfermería y mejore el salario que recibían las enfermeras rurales.

Los progresos disciplinares obtenidos entre los años 1920 y 1950, se vieron virtualmente destruidos por el golpe de estado del año 1955; la autodenominada ‘*revolución libertadora*’ deslegitimó las políticas de salud de las décadas anteriores, incentivó la descentralización de la salud y propició la autogestión hospitalaria. Volviendo a un modelo de formación de enfermeras basado en los ideales conservadores y cristianos de principios de siglo, persiguiendo a todas aquellas enfermeras formadas en la Escuela de Enfermería de la fundación Eva Perón y del Ministerio de Salud Pública.³⁶

³⁶ Para una comprensión más profunda de las actividades de la Escuela de Enfermeras de la Fundación Eva Perón, el trabajo de las enfermeras en el bombardeo militar a la plaza de Mayo en 1955 y la persecución que sufrieron las enfermeras, por ser peronistas, a partir del golpe de estado de 1955, se sugiere ver el documental *Las enfermeras de Evita*, en el siguiente link: <https://www.youtube.com/watch?v=LM7onsaR7-g>

La persecución a las enfermeras peronistas no fue patrimonio exclusivo de la dictadura del 55', aunque fueron los precursores. En la infame dictadura, cívica, eclesiástica y militar de 1976 en Argentina, estudiantes de enfermería, enfermeras y enfermeros, fueron cruelmente perseguidos, encarcelados, torturados y desaparecidos:³⁷

Es necesario e importante mencionar que son incipientes los estudios históricos (dentro de los ya escasos realizados sobre la profesión en la Argentina) relacionados a la participación de las/os enfermeras/os en la resistencia a los gobiernos de facto; entre éstos la historia de las enfermeras 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: 127).

La Oficina Sanitaria Panamericana³⁸ propició el desarrollo de los primeros encuentros de enfermería a nivel sudamericano, entre los años 1953, 1956 y 1959, donde se debatió, entre otras cuestiones, la incorporación de la figura del auxiliar de enfermería.

En el cuarto congreso argentino de enfermería (1967) se trató la problemática salarial de las enfermeras. Sin embargo, aunque estos pedidos fueron explícitos, con el paso de los años, la impronta cultural de la *vocación* de enfermería que hacía suponer que toda mujer que estudiaba enfermería lo hacía por vocación y no por una necesidad económica³⁹ lentamente dejó de lado las discusiones salariales, hasta relegarlas a último plano o invisibilizarlas.

En los congresos regionales de enfermería, se debatía acerca de la necesidad de jerarquizar la disciplina y distinguir entre títulos de grado y pregrado.

El don del cuidado asociado a la feminidad, y la feminidad asociada a la sumisión al varón, hizo que la enfermería argentina continúe subordinada a la medicina. El sometimiento de origen de la enfermería construyó un modelo a medida que, a través de un potente relato histórico, aportó al sostenimiento de la falaz y corrosiva idea de que la única *verdad*, técnica, social, moral y cultural, dentro del campo la salud, es patrimonio exclusivo de la medicina.

³⁷ Para lectores interesados en profundizar en esta temática, se sugiere la lectura de Morrone, 2013. Especialmente los capítulos 3 y 4.

³⁸ “La Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) es la [actual] Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Secretaría está comprometida a ofrecer apoyo técnico y liderazgo a los Estados Miembros de la OPS en su empeño de alcanzar la meta de salud para todos y sus valores inherentes” (OPS. *Historia de la OPS*).

³⁹ “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 (...)” (Ramacciotti y Valobra, 2017: 369).

Con el apoyo estatal, el sometimiento de la enfermería y otras disciplinas, se construyó un modo de actuar en el cuidado y a atención de la salud que privilegió la mirada biologicista sobre un cuerpo enfermo, compuesto por partes físicas, identificadas como órganos y sistemas, tratados de manera aislada; Menéndez lo denominó modelo médico hegemónico.⁴⁰ Este modelo, no solo hegemonizó una mirada mecanicista del cuerpo sino que impuso sus propios criterios técnicos que en adelante indicarían, qué es y qué no es ciencia, dentro del campo de la salud. Tal es el dominio corporativo de la medicina dentro del campo de la salud, que son médicos quienes ocupan los principales cargos de gestión y dirección dentro la Salud Pública en Argentina.⁴¹

La medicina se arroga el derecho de ser la única disciplina técnica que puede tratar al cuerpo humano con ‘criterios científicos’. Esta perspectiva biologicista, implica que se observen única y exclusivamente los sistemas y aparatos que componen el cuerpo inerte.

La hegemonía médica del campo de la salud supone dejar de lado el interés por conocer el origen cultural, social, económico o espiritual de los diversos padecimientos físicos y psicológicos que aquejan a las personas y a las diversas sociedades; de este modo las enfermedades cotidianamente son tratadas de acuerdo a criterios exclusivamente biológicos.

Enfermería universitaria

En las primeras décadas del siglo XX, los organismos internacionales insistían en la necesidad de formar recursos humanos suficientes para satisfacer las demandas de salud de la población.⁴²

La incorporación de la educación de enfermería en la Universidad de manera sistemática que tuvo su inicio en los años 50 [en Latinoamericano], fue fuertemente influenciada por los modelos pedagógicos dominantes en la formación médica. En función de la reforma Flexneriana, el modelo

⁴⁰ “Por “modelo médico hegemónico” entendemos el conjunto de representaciones, prácticas y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención (...), hasta lograr convertirse en la forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, por reglamentaciones del Estado, como por su eficacia comparativa” (Menéndez, 2020: 88).

⁴¹ En el ministerio de salud de la República Argentina, la Ministra de salud, el secretario de equidad en salud, la subsecretaria de articulación federal, la subsecretaría de integración de los sistemas y la secretaria de acceso a la salud, son personal médico (Ministerio de Salud de la Nación. *Autoridades y personal*). Igual situación, se presenta en el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones: la secretaria de salud, la subsecretaría de salud, la subsecretaría de atención primaria y la subsecretaría de apoyo logístico, están encabezadas por médicos (Ministerio de Salud de la provincia de Misiones. *Autoridades*).

⁴² “Una de cada cuatro enfermeras registradas del mundo está en la región de las Américas, sin embargo, alrededor del 57% de ellas (casi 3 millones) se encuentran en América del Norte. Así, mientras en el norte del continente hay 110,7 enfermeras por cada 10.000 habitantes, en el centro, sur y en el Caribe hay 13,8 en promedio” (OPS. *La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe*).

pedagógico estableció límites precisos entre la enseñanza básica y la clínica. Varios programas pasaron a ofrecer las asignaturas de ciencias básicas en departamentos especializados de la universidad. El hospital continuó centralizando las experiencias profesionales y las pocas experiencias en Salud Pública eran desarrolladas durante el último año académico y en centros de salud "modelos" (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1989: 121).

En Argentina, en 1952 se crea la primera escuela universitaria de enfermería, dependiente de la Universidad Nacional de Tucumán. Siguiendo el mismo ejemplo, la Universidad de Córdoba (1956), la Universidad de Santa Fe (1958), y la Universidad de Buenos Aires (1960) crean sus propias escuelas de enfermería (Ramacciotti y Valobra, 2017).

La incorporación de la carrera de enfermería al ámbito universitario no logró modificar la mirada social estereotipada e inquisidora que se cernía sobre la disciplina centrando las observaciones en las características morales supuestamente denigrantes, que se le atribuían a las mujeres enfermeras. Esta mirada tiene su correlato sensacionalista en la actualidad, ya que no son pocas las alusiones sexuales y fetichistas que hacen referencias explícitas a un supuesto estilo de vida y de trabajo desmoralizante de las enfermeras. Y sin lugar a dudas, esta agravante manera de ver el trabajo de las enfermeras y enfermeros, es reproducido incesantemente, a modo burla, por parte del personal médico. Por ejemplo:

En un hospital del conurbano bonaerense en el 2018, en el marco del día de enfermería internacional, una enfermera estaba conversando con un grupo de médicos en torno a las prácticas que había realizado ese día; y en medio de este intercambio, una de las médicas allí presentes le dice a la enfermera “Feliz día”; otro de los médicos mira a su colega y le pregunta ¿A esta cucaracha saludas? La reacción de la enfermera, estudiante de la licenciatura en una universidad pública, fue rápida y contestó: “gracias a esta cucaracha el sistema de salud está en pie y vos podés ejercer tu profesión”. El pedido de disculpas no tardó en llegar, excusándose en que había sido una broma. Este “chiste”, como otros tantos, encierra estigmas, estereotipos y una fuerte discriminación de género y de clase (Ramacciotti, 2019:párr. 1).

Si bien, la incorporación de las escuelas de enfermería universitarias supuso un paso más hacia la jerarquización de la disciplina, el déficit de personal de enfermería seguía tan presente como en sus orígenes. “Históricamente, en nuestro país, los recursos humanos en enfermería han sido escasos. Esto obligó a recurrir en distintos periodos a personal empírico, no profesional, que contaba con su práctica como formación, con variados resultados” (Santos, Winokur, 2008: 343).

Pero, el déficit histórico de enfermeras no es casual, se corresponde con un marcado prejuicio social y de género que opera en contra de la legitimación y jerarquización de la educación y el trabajo de enfermería:

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 (Ramacciotti y Valobra, 2017: 383).

Argumentos que se sostienen en el tiempo y que resultan difíciles de desarmar. Las diversas entidades que forman al personal de enfermería no cooperan para desactivar estos prejuicios y tratar de reposicionar a la profesión en el ámbito de la salud.

Las tareas de las enfermeras estuvieron dependientes de los roles de los médicos y ello se reflejó en nuestro país [Argentina] en la formación que se realizaba en diferentes instituciones, como los hospitales de comunidad, de la Cruz Roja Internacional, órdenes religiosas, municipios, etc. (Santos y Winokur, 2008: 343).

Tal era el sometimiento de la enfermería que, en 1980, casi cien años después de la creación de la primera Escuela de Enfermería en la región, la OPS llama la atención sobre el tradicional *rol asistencial*⁴³ que se les asigna a las enfermeras y enfermeros:

Su campo de trabajo a partir de la década de 1940 parece ser esencialmente el hospitalario; su autonomía profesional es limitada y su práctica continua está en gran parte subordinada a la práctica médica. El médico se destaca como productor principal y, por lo tanto, detenta la hegemonía del control técnico y administrativo del proceso de trabajo en el campo de la salud. (OPS. 1989: 127)

El dominio técnico, administrativo y discursivo, que ejerce la medicina sobre el campo de la salud, sobre todo en el ámbito intranosocomial, matizó el rol de enfermería, reduciéndolo a una función auxiliar o secundaria, independientemente del nivel de formación del colectivo, de modo tal que no tiene competidores que le puedan disputar la hegemonía del campo. “La función de la enfermera estuvo asociada a la abnegación, la generosidad, el

⁴³Para el caso, se considera *rol asistencial*, al trabajo de enfermería que se realiza en sanatorios, clínicas, hospitales, o cualquier centro de salud, en el que se realice atención directa al sujeto de cuidado, bajo dependencia jerárquica del personal médico.

desinterés, la filantropía, de manera semejante a lo que ocurría con la función las maestras” (Santos, Winokur, 2008: 343).

La auxiliarización de la práctica de enfermería, producto de su rol subalterno frente a la medicina, es un yugo simbólico del cual no ha podido o no ha sabido desembarazarse por completo. Esto tiene una connotación peyorativa directa sobre el ejercicio de la enfermería, independientemente de la ley (24004) que rige el ejercicio de la misma.

Prueba de ello son las dificultades para ser incorporadas a equipos de salud interdisciplinarios, las restricciones para que puedan tomar decisiones autónomas en su campo profesional y, en algunos lugares, exigencias estrictas para que solo cumplan indicaciones del equipo médico. (Santos, Winokur, 2008: 343)

La formación y orientación médico-asistencialista de la enfermería, aunque solapada, sigue estando presente en la formación universitaria: “*O sea, uno tiene que enviar un egresado que dé respuestas a las necesidades de salud de la población y del sistema de salud*” (G.D.M 13/07/20).

En el año 1974, en la provincia de Misiones, se institucionaliza la educación universitaria de enfermería: “(...) por medio de la resolución 303-R-74 del 7 de diciembre se creó la Escuela de Enfermería Universitaria dependiente de la Universidad Nacional de Misiones y pasaba a depender de la Facultad de Ingeniería Química” (Báez Molina, 2004: 18).

El primer plan de estudios fue de dos años y medio, previo a la graduación de enfermeros. Recién en 1982 se aprobó el segundo ciclo de Licenciatura con un plan curricular de 5 años. Entre los años 1978-1979 tuvo su primera promoción contando con tres egresadas: Josefa María Yañuk, Gladys Esther Meza y Dora Argentina Morinigo. Al principio la Escuela tuvo dependencia del Rectorado de la universidad y posteriormente de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (FHyCS). En el año 1980 pasa a depender de la Facultad de Ciencias Exactas, Química y Naturales (FCEQyN). (Misiones online, 2014. *La Escuela de Enfermería de la UNaM cumple 40 años*)

Entre los años 1977 y 1978, las docentes, ya se planteaban la idea de hacer investigaciones relacionadas con la disciplina.

(...) armamos un equipo de trabajo de dirección cooperativa, integrado por ella [directora de la Escuela de Enfermería], la hoy doctora en semiótica A. C, y yo. Al principio, fuimos nosotras tres y la enfermera C. F, una capa. Qué lástima que no había concluido su licenciatura. También, convocamos a Y. U, historiadora e interesada en colaborar con nosotras, especialmente en la

recuperación de la historia de la enfermería en Misiones. En esa época, la Universidad no registraba los proyectos de investigación de manera integral. Los proyectos que había eran formulados por los equipos, y se trabajaba a puro pulmón. Por amor al arte, te diría. (M.D.M 21/05/20)

Desde su creación, la Escuela de Enfermería, emitió 1662 títulos de pregrado y 283 títulos de grado (UNaM, 2017:48). Actualmente, la Escuela de Enfermería funciona en su sede propia, sita en la avenida López Torres 3415, entre las avenidas Mariano Moreno y Domingo Cabred, de la ciudad de Posadas (Báez Molina, 2004).

El contenido y alcance de las leyes

En Argentina, como se comentó antes, para la formación de enfermería se adoptó el modelo Nightingale que desalentaba la participación de los varones y privilegiaba a las mujeres.

En la práctica laboral, la incorporación de mujeres enfermeras no significó ningún tipo de tensión o confrontación con el modelo médico hegemónico que por varias décadas la consideró una disciplina auxiliar. De hecho, en el campo de la salud persistía la duda sobre el rol de la enfermería como profesión o auxiliar de la medicina:

Si bien se reconocía que [enfermeras y enfermeros] eran personas importantes para asistir la práctica médica, existían muchas dudas en torno a cómo ceder atribuciones y responsabilidades sin perder terreno. Hasta dónde intervenía el médico y hasta dónde se inmiscuía el personal auxiliar fue objeto de arduas discusiones en las cuales se dirimieron las propias identidades profesionales, las atribuciones y los espacios de injerencia profesional (Ramacciotti y Valobra, 2014: 5).

La medicina, no solo hegemonizaba el campo práctico de la salud, sino que también recibía sustento teórico de la sociología.

Así pues, dentro del campo de la sociología de las profesiones perdura la discusión en torno a si la enfermería debe ser catalogada como tal o como una ocupación “paramédica” (Friedson, 1978). Quienes sostienen la segunda postura consideran que la enfermería no pudo acumular y usar sus conocimientos bajo sus propios estándares y tampoco puede estar sin el control de actores externos ya que actúa bajo la tutela y la supervisión del médico (Ramacciotti y Valobra, 2014:5).

Además de reflejar la sumisión sociocultural de la mujer en el hogar, las enfermeras debían someterse al ‘escrutinio’ de algunos científicos sociales que suponían desde la pura

teoría, que podían definir el sentido social, histórico y profesional, sobre todo profesional, de una disciplina culturalmente feminizada e históricamente sometida. Ante este escenario, los y las enfermeras, ejerciendo una actividad estereotipada y cosificada como práctica femenina y hogareña, no tenían demasiadas posibilidades de decidir por sí mismos el rol que querían o podían asumir.

El sometimiento de la enfermería a la medicina, no era solamente una práctica laboral, sino que estaba amparada por las legislaciones vigentes en cada época:

La ley 17132 fue un argumento más para someter a las enfermeras bajo el mandato médico. Pero, también fue el reflejo de lo que sucedía en la práctica laboral, desde finales del siglo XIX con la institucionalización de la disciplina. Es decir, dicha ley dio cuenta de la percepción de la época acerca de las funciones de enfermería. Por lo tanto, no fue la ley la que sometía a las enfermeras al mandato médico sino que brindó un marco jurídico para la continuidad de ese tipo de prácticas.

En resumen, la formación de enfermería predominantemente femenina, la práctica de la medicina casi exclusivamente masculina y la visión patriarcal de la época, fueron parte del marco educativo, laboral, social y cultural que justificó la sanción de la ley 17132 en el año 1967.

Respecto a las competencias del enfermero profesional y el auxiliar de enfermería, el decreto nacional 1469, sancionado el 13 de febrero de 1968, establecía lo siguiente:

- a) Enfermero 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 un programa de formación específica, oficialmente reconocido al obtener su graduación y está capacitado 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 (artículo 2). (Santos, Winokur, 2008: 343)

Pasaron veinticuatro años hasta que en 1991 se sancionó la ley 24004 para el ejercicio de la enfermería, donde se establecían nuevos deberes, derechos y obligaciones de las enfermeras y enfermeros en la República Argentina. En la Provincia de Misiones, a partir de sanción de la ley 2813 del año 1991, se creó el Colegio de Profesionales de Enfermería en cuyo estatuto se preveía derechos y obligaciones de los graduados que luego fueron

reproducidos de manera idéntica en la ley 24004. En este aspecto, las enfermeras y enfermeros de la provincia de Misiones, fueron precursores.

En la práctica, la situación sociolaboral no tuvo mayores cambios respecto a décadas pasadas. El déficit de enfermeras y enfermeros, seguía siendo un tema preocupante. La subcontratación y el multiempleo eran prácticas habituales. Los bajos salarios y la atomización sindical eran una constante en el campo de la enfermería.

En el sitio oficial del Colegio de Enfermería de la provincia de Misiones (ColPEM) no existe información respecto de su conformación histórica, lo que denota el nulo interés por la propia historia, de parte de los profesionales que presiden la institución. La única información histórica disponible, la brindó una docente:

El colegio se funda en el año 91'. Sale la ley de creación del colegio de enfermería ¡antes de la ley 24004! Por eso es una pena que no se haya escrito nada de la historia de la enfermería. Por el hecho de que acá, fue un polo de desarrollo nacional. Y los estudiantes de la licenciatura, teníamos participación. Por eso se crea, no es casualidad. Nada es por casualidad. La ley 17132, es la que se derogaba a partir de la ley 24004. Se derogan los artículos 58 al 61. Que son los que trataba el ejercicio de la enfermería. (G.D.M 13/07/20).

La ley 24004, sancionada en el año 1991, deroga los artículos 58 al 61, de la ley 17134, y establece nuevas competencias de enfermería:

Artículo 3° — 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, planificado y dispuesto por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta 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.

Artículo 4° — Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería. Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3° de la presente ley serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación de las disposiciones del Código Penal.

Asimismo las instituciones y los responsables de la dirección, administración, o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley, o que directa o indirectamente las obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones previstas en la ley 17.132, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

Artículo 5° — El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean:

- a) Título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente;
- b) Título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidos por autoridad competente;
- c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

Artículo 6° — El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que posean el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo, podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la Legislación vigente en la materia (Ley 24004/1991).

Hasta aquí tenemos que hasta finales del siglo XIX y principios del siglo XX, en Argentina, el ejercicio de la enfermería era una práctica mixta, mal remunerada y cuasi esclava. La incorporación del modelo Nightingale a principios del siglo XX, desalentó la participación de los varones en el estudio de la disciplina, aunque había escuelas de enfermería que continuaban formando a los varones. Por ejemplo, la escuela de la Cruz Roja o la Escuela de Paracaidistas, en Buenos Aires, como lo señalamos anteriormente.

Al institucionalizarse la feminización de la formación a partir de 1916, la enfermería fue vista como una práctica familiar, que no exigía conocimientos específicos más allá de la repetición de los cuidados intrafamiliares. En las escuelas de enfermería, que también incentivaban el trabajo femenino extra hogareño, se enseñaba a las estudiantes a obedecer estrictamente y en todo momento, los designios médicos. Las tareas de enfermería, continuaban siendo mal remuneradas e incluso gratuitas, pero beneficiaba enormemente la limpieza y la higiene institucional, ya que en la práctica las enfermeras debían lavar y planchar la ropa de cama, cocinar, limpiar el piso, los baños y las paredes de los nosocomios.

A pesar de que la ley 24004, define los roles y funciones de enfermería, algunas prácticas laborales ajenas a la disciplina, aún están presentes en el acervo cultural de

enfermeras y enfermeros que, por ejemplo, con diligencia limpian el piso y el baño de los centros de salud donde realizan sus tareas, argumentando que, si no lo hacen serán pasibles de severas sanciones institucionales, tales como traslado de servicio o cese de actividades laborales.

¿Connivencia o desconocimiento?

Si bien la compleja trama histórica del desarrollo de la enfermería argentina implicaba la concepción mística y femenina de la disciplina, la consideración de que las mujeres eran moralmente inferiores que los varones, la minusvaloración del trabajo femenino y la selección exclusiva de mujeres para el estudio de la disciplina, hay que tener en cuenta que fue sumamente necesaria la aprobación cómplice y la participación obsecuente de los líderes y funcionarios de enfermería para el sometimiento y subordinación de la disciplina.

En el año 2007, en un conflicto relacionado con las competencias de enfermería, los auxiliares de enfermería del hospital de Pediatría de la ciudad de Posadas (Misiones) decidieron realizar medidas de fuerza. El director, médico, salió a repudiar la medida. A este repudio se le sumó un alto funcionario de enfermería del Ministerio de Salud Pública de la provincia, quien denostó públicamente el accionar de las enfermeras y enfermeros manifestantes, diciendo: “«podrían ponerse en ejercicio medidas disciplinarias que pueden ir desde sanciones hasta declarar el abandono de persona»” (Misiones online, 2007). Es decir que, la sumisión histórica que padece la profesión de enfermería, para ser efectiva, tuvo que contar invariablemente con la necesaria participación individual o corporativa de las y los funcionarios de enfermería que ocuparon y ocupan cargos jerárquicos, en escuelas, instituciones de salud, colegios, asociaciones y sindicatos.

Sin embargo, esta complicidad de docentes y funcionarios de enfermería, no implica la aprobación consciente o el conocimiento fehaciente del sometimiento de enfermeras y enfermeros en el campo académico y laboral, sino que es la reproducción práctica de la dominación cultural, social, política y laboral de las ideas, pensamientos y acciones que opera ininterrumpidamente, desde hace más de cien años, en el campo de la enfermería. Por lo tanto, no es un acto libre y voluntario, sino que es un acto naturalizado, y por lo mismo, ampliamente invisibilizado y desconocido. De esta manera, se entiende por qué a pesar de los avances en el proceso de formación, profesionalización y legislación de la enfermería se siguen reproduciendo modelos y prácticas formativas y laborales que datan del siglo XIX.

Cinco aspectos socioculturales repercutieron en el desarrollo académico y profesional de la enfermería argentina, a lo largo del siglo XX: 1) la consideración de que las mujeres

debían quedarse en el hogar cuidando de los hijos y toda tarea extrahogareña, debía estar motivada por vocación y amor al prójimo, y no por intereses económicos; 2) los médicos que se consideraban y se consideran a sí mismos, moral y técnicamente superiores, en el campo de la salud impidiendo sistemáticamente que las enfermeras puedan formarse en saberes que cuestionaran sus conocimientos⁴⁴; 3) las legislaciones que sometían la práctica de enfermería bajo el control médico; 4) la carrera de enfermería, reproducía una formación vocacional de abnegación, sumisión y subordinación sociolaboral a la medicina; 5) la complicidad histórica de los funcionarios y líderes de enfermería y de la amplia mayoría de auxiliares y profesionales del sector, que poco o nada cuestionaron sus condiciones laborales.⁴⁵

El trabajo de enfermería reconocido como profesión por la Ley 24004, es negado sistemáticamente en la práctica laboral.

El traspaso de la enfermería empírica a la enfermería profesional aun no logra romper con el esquema práctico que la relega a desenvolverse como una rama auxiliar de la medicina. Este esquema influye en la percepción que tienen los enfermeros de sí mismos, el tipo de actividad diaria que realizan, el grado de dependencia con otras disciplinas, la relación asimétrica, la subordinación y la remuneración percibida. En el campo académico, la orientación curricular apunta hacia un contenido práctico, ambivalente, biologicista y médico dependiente.

Finalmente, se podría argumentar que en el ámbito laboral el ejercicio de la enfermería está sometida a la medicina, pero en el área académica se plantea como una profesión independiente. Sin embargo en el análisis de los planes de estudio y en las entrevistas realizadas a estudiantes y docentes, se advierte que a pesar de los intentos por presentar un modelo profesional diferente (tal como lo expresado en el plan de estudios y en los programas de las asignaturas) en las instancias prácticas y/o en el modo de enseñar -estilos pedagógicos-, se cuelan vestigios históricos del sometimiento a la medicina y la ponderación de la obediencia y la abnegación. Es decir que, la educación de enfermería y el ejercicio profesional son mutuamente dependientes:

⁴⁴ “A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, se medicaliza la asistencia y Enfermería queda supeditada plenamente a la medicina, los médicos toman la responsabilidad del hospital y comienzan a revisar y cambiar reglamentos, regulando las profesiones de la salud” (Arratia, 2005: 571).

⁴⁵ Para entender la concepción oficial del ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones sobre el significado del ‘liderazgo en enfermería’, se sugiere consultar el siguiente link: <https://www.youtube.com/watch?v=zxozpzK0uv4> Nótese que, además, el disertante, imagina la idea de la existencia real de una ‘enfermería misionera’, sin más argumentos que su larga experiencia personal como funcionario público y los interminables elogios a los miembros del partido político que gobierna la provincia de Misiones.

No olvides que la pertinencia de la formación está directamente relacionada con el trabajo. Eso, en enfermería, está mucho más claro que con cualquier otra profesión. Tiene un objeto disciplinar que no termina de validarse dentro del propio ámbito profesional. Muchas veces, lo bastardean los propios enfermeros/as. De modo que, la cuestión laboral, es reflejo de la formación.
(M.D.M 21/05/20)

Instalar la enfermería como profesión autónoma en el ámbito de la salud, exige revisar las formas de enseñanza y la puesta en práctica del ejercicio profesional. La insistencia en la reproducción de una historia de la enfermería cristiana, romantizada e idealizada, donde las enfermeras se subordinaban sin resistencia a los mandatos patriarcales del médico no permite cuestionar la posición de la disciplina en el campo de la salud. Es necesario, en las prácticas cotidianas, cuestionarse el rol sociolaboral asignado, exigir mejor pago por los servicios para limitar las extensas jornadas laborales que impiden obtener el tiempo necesario para reflexionar sobre la práctica educativa y el ejercicio profesional.

La atomización sindical y la escasa participación en política partidaria de enfermeros y enfermeras, ha derivado en una auto-exclusión social, cultural y educativa, de los principales cargos de decisión, gestión, dirección, administración, investigación y educación, tanto en entidades estatales como privadas, por lo cual han obturado la posibilidad real y efectiva de intervenir activamente en las decisiones de política sanitaria.

Por su parte, la Ley de Carrera Sanitaria de la provincia de Misiones (Ley I - N° 80), sancionada el 10 de mayo de 1990 y reglamentada el 25 de marzo de 1994, la Ley de salud de la provincia de Misiones (Ley XVIII – N° 58) y el Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones, nada dicen acerca de los derechos, deberes, garantías y obligaciones de las y los enfermeros. Las únicas referencias directas y específicas del quehacer de enfermería, se encuentra contenidas en la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería N° 24004, sancionada el 26 de septiembre del 1991, y en el estatuto del Colegio de Enfermería de la Provincia de Misiones, creado en el mismo año en que se sancionó la Ley 24004.

En síntesis, persisten las dificultades para reconocer a la enfermería como profesión por tomarla como la continuidad del rol doméstico de la mayoría de las mujeres, cuidar a los enfermos y desvalidos. Los intentos por desterrar la idea de vocación y abnegación para sistematizar técnicas y desfeminizar la profesión, son luchas que aún continúan y tienen como principales opositores -tal vez inconscientes de sus acciones- a médicos y funcionarios públicos pero también a las propias enfermeras. Las leyes son un instrumento clave, dan

cuenta de los momentos de esta profesionalización y de la posición de la disciplina ante la medicina; también es destacable la incidencia de los organismos internacionales para reposicionar a la profesión, con éxito limitado pero no deja de ser una voz que señala un rumbo. La historia de enfermería, es decir conocer cómo fue cambiando y definiendo la disciplina a través del tiempo no es un aspecto que se potencie en la enseñanza; la contrario su abordaje en las escuelas se torna discrecional, direccionado, aséptico y sumamente limitado. Más que un marco socio-histórico para comprender la situación actual es planteada como un recurso didáctico por parte de los docentes y no como una herramienta para cuestionar el presente. El manejo de la historia disciplinar nos permite encuadrar esta investigación, y compartir una preocupación persistente que se pregunta ¿cómo articular lo que se enseña con lo que se necesita para trabajar, defendiendo a la enfermería como una profesión autónoma?

CAPÍTULO 2: CONSTRUCCIÓN ACADÉMICA DEL ENFERMERO

Este capítulo trata sobre la conformación del plan de estudio del año 2004 de la Escuela de Enfermería de la FCEQyN UNaM: perfil y alcance de la titulación, las ambigüedades presentes en la formación a partir del análisis del plan curricular, los estilos pedagógicos, temáticas y problemáticas abordadas visibles u omitidas de la enfermería, los avatares del curso de ingreso, las tendencias del egreso ligadas al género, subordinación e instrumentalidad de la formación profesional. Contrapuntos y discrepancias entre la historia oficial y las dinámicas del campo, orientaciones, disputas de sentido y formas de ocultamiento de la política como dimensión que atraviesa la vida universitaria y la educación superior desde la óptica de docentes y egresados del “Plan 2004”.

La elección del plan se corresponde con la finalización del mismo ya que hay un nuevo plan de estudios (2017) en vigencia. Por lo tanto las críticas que puedan surgir del presente análisis constituyen un aporte para ajustar el desarrollo del plan actual, ya que no solo es necesario un buen plan sino un equipo capaz de llevarlo a cabo.

El Plan de estudio 2004

El 9 de setiembre de 2005, la Universidad Nacional de Misiones (UNaM) a través de la resolución del Consejo Superior (CS), número 029/05, aprueba el nuevo plan de estudio del año 2004 correspondiente al ciclo de Enfermería y Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales (FCEQyN), de la UNaM.

Antes del plan de estudio 2004, estaba el plan 1892. Hubo diez años de discusión docente para elaborar el plan 2004. ¡Diez años! Entre el plan 82' y el plan 2004, hubo cambios en la teoría y el método. Antes, era biologicista. Todo lo que se enseñaba, era técnico. Había una formación que priorizaba la técnica (L.D.M 04/03/20).

Hay acuerdo entre los docentes consultados sobre el proceso de discusión para elaborar este plan y sobre todo el salto cualitativo respecto a la propuesta anterior: *“Para el 2004, fue impresionante. Hasta te diría que fue demasiado largo el proceso. Pero, fue muy bueno. ¿Entendés?” (G.D.M 13/07/20).*

Respecto al plan 2004, yo creo que fue un plan superador del anterior, inclusive. En el sentido de que fueron revisadas algunas materias, algunos contenidos, que de alguna u otra manera, frente a las necesidades que las sociedades tienen de renovarse, generalmente pasa que la academia viene más lento para adecuarse a esos cambios y exige conocimiento que ya fueron superados. Por ese lado, yo lo veo como un cambio positivo. Por ahí hubo cuestiones que tuvieron que abordarse más” (O.D.V 06/10/21).

Entre los fundamentos para la aprobación del plan de estudio, se esgrimían los siguientes: la educación de enfermería formaba profesionales comprometidos, plurales y respetuosos de la dignidad humana, a través de una formación creativa y comprometida; en Argentina, la cantidad de enfermeros por habitantes era inferior a la cantidad de médicos por habitantes.⁴⁶ Así la nueva curricula de enfermería, se centraba en el *sujeto de cuidado*⁴⁷ como objeto de estudio de la disciplina. Proponía un cambio en la atención y en la formación de enfermería a través del trabajo y la investigación conjunta entre la Escuela de Enfermería y los distintos servicios de enfermería, para producir conocimiento científico propio. Considera al estudiante como el agente central del proceso de formación de enfermería, quien debía aprender a reconocer la realidad social, política, económica, cultural y sanitaria, en la que se encontraba inmerso. El plan de estudio contemplaba los ejes integradores de la disciplina: Sujeto de cuidado, Salud, Entorno, Cuidado de enfermería y PAE (*Proceso de Atención de enfermería*).⁴⁸

En el 2004, se incorpora como objeto de estudio el cuidado. Inclusive, lo que se toma y se escribe en el plan 2004, es lo que se toma después, en los estándares a nivel nacionales, en la ley 2721⁴⁹. (...) La resolución ministerial

⁴⁶ “Según un documento publicado por la OPS y la OMS en 2011, sobre la regulación de la enfermería en América Latina, en la Argentina el total de personal de enfermería del sector público es de 65.806 enfermeros. Los licenciados representan el 7% (4.801), los enfermeros el 30% (19.589) y los auxiliares el 63% (41.407) Se señala, además, que todas las provincias tienen un alto porcentaje de auxiliares que alcanza un rango entre 92,53% y 35,20%. (...) La relación enfermero/médico en el país es de un enfermero por cada cuatro médicos”. (Faccia, 2017: 328)

⁴⁷ “(...) es todo individuo, familia o comunidad que forme parte de una sociedad con un modelo de vida o una cultura determinada, independientemente de su estado de salud, esto abarca a los sujetos sanos o enfermos. De esta manera se reafirma que la salud es el estado de bienestar según define el usuario, ya no se define conforme esté o no una enfermedad biológica. La salud es un proceso dinámico, siempre cambiante, que se ve influido por los patrones de interacción pasados y presentes”. (Universidad Nacional de Misiones [UNaM] Resolución Consejo Superior [CS] N° 029/05, 2005: 3)

⁴⁸ “El Proceso de Atención de Enfermería [PAE] entendido como herramienta metodológica para la enfermería. Método con el cual se delimita el campo profesional y se individualiza en cuidado integral”. (UNaM Resolución CS N° 029/05, 2005: 3)

⁴⁹ La resolución ministerial 2721/15 establece “(...) los contenidos curriculares básicos, la carga horaria mínima, los criterios de intensidad de la formación práctica y los estándares para la acreditación de la carrera correspondiente al título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, así como la nómina de actividades reservadas

del Ministerio de Educación 2721, de donde se bajan los estándares, se copia del modelo 2004. Fuimos precursores Sí (G.D.M 13/07/20).

Por estos fundamentos, y según la resolución mencionada, en el ámbito académico, la enfermería era considerada una profesión y una disciplina teórico práctica. Y el plan de estudios 2004, una avanzada en el contexto nacional, incorporaba estratégicamente los lineamientos internacionales que redefinen el objeto de estudio y el campo de acción.

El perfil del título

El Enfermero era considerado un profesional competente para cuidar personas, familias y comunidades. Capacitado, para desarrollar una actitud de responsabilidad social, política y legal; calificado, para brindar cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Apto para administrar servicios de enfermería y colaborar en programas de investigación. Se enfatizaba su carácter dinámico para adaptarse a procesos de desarrollo y crecimiento personal.

Los alcances del título

El Enfermero, según el plan 2004, estaba preparado para promover y mantener la imagen profesional de enfermería; así como reconocer la necesidad de revisar regularmente su propia práctica para contribuir al desarrollo de la práctica profesional y asumir la responsabilidad de aprender a lo largo de la vida.

El plan de estudio, fue acreditado por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), en el año 2010:

La carrera cuenta con un plan de estudios que comenzó a dictarse en el año 2004 y se estructura en dos ciclos: un primer ciclo de tres años que otorga el título de pregrado de Enfermero (Resolución CS N° 29/05) y un segundo ciclo de licenciatura de dos años que otorga el título de grado de Licenciado en Enfermería (Resolución CS N° 53/06) (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria [CONEAU] Resolución N° 924/10, 2010: 9).

Este auspicioso dictamen de la CONEAU da cuenta de una propuesta de avanzada en el contexto nacional, atento a los lineamientos internacionales que redefinieron el campo profesional y formativo.

para quienes hayan obtenido el respectivo título, que obran como ANEXO a la presente resolución” (Argentina. Ministerio de Educación Resolución N° 2721/15).

Ambigüedad interpretativa

Es constante escuchar a enfermeros y enfermeras, utilizar indistintamente las palabras, profesión, oficio y vocación, cual si fueran sinónimos para denominar el ejercicio laboral de la profesión. El uso indiferenciado de los conceptos, se reproduce o tiene su origen, en la ambigüedad con la que fueron escritas las definiciones conceptuales del plan de estudio del año 2004, La ley del Ejercicio profesional de Enfermería N° 24004, sancionada el 26 de septiembre de 1991 y La ley N° 2813, de creación del Colegio de Profesionales de Enfermería de la provincia de Misiones, sancionada el 30 de octubre de 1990.

En el plan de estudio del año 2004, en el apartado correspondiente al perfil del graduado, se afirmaba que, “el enfermero es un profesional que ha adquirido competencia científico y técnica para brindar cuidado a la persona, familia y comunidad, mediante una actitud responsable social, político y legalmente” (UNaM Resolución CS N° 029/05, 2005: 4).

La afirmación, ‘el enfermero es un profesional’, es contradictoria con el hecho de que, tiene una formación de pregrado y la orientación es técnica instrumental. Esta afirmación, debido a su ambigüedad interpretativa, es una de las causas por las cuales, los graduados -en más de una ocasión- se encuentran desorientados y confundidos al momento de distinguir y precisar las diferencias entre las incumbencias técnicas y las incumbencias profesionales de la enfermería. Sobre todo, al realizar reclamos por reivindicaciones laborales.

El desconcierto, es aún mayor, si se tiene en cuenta que, la ley 24004 reconoce solamente dos niveles de enfermeras/os: profesionales y auxiliares.

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, planificado y dispuesto por el nivel profesional y ejecutado bajo su supervisión. (Ley 24004/1991. *Enfermería. Ejercicio profesional*).

La diferencia entre el profesional y el auxiliar para la ley 24004, está relacionada con el nivel de formación. Mientras el profesional tiene una formación basada en un cuerpo sistemático de conocimiento que le permite administrar, gestionar, investigar y enseñar; el auxiliar sólo puede actuar bajo la tutela del profesional. En esta ley, no existe la figura del enfermero/técnico, como tal. Por lo tanto, da lugar a que se realicen múltiples interpretaciones, todas igualmente válidas debido al vacío legislativo al respecto.

La ley 2813, de creación del Colegio de Profesionales de Enfermería de la provincia de Misiones, también reconoce dos niveles de formación, pero incluye como ‘profesionales’ a los graduados de instituciones terciarias no universitarias:

El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean: a) título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente; b) título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidos por autoridad competente; c) título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad. (Ley I – N° 82, antes Ley 2813, *Del colegio de profesionales de enfermería*)

Es decir que, el plan de estudio del año 2004, la ley 24004 y la Ley I-N° 82, reconocen como profesionales a los enfermeros graduados de carreras técnicas, universitarias o terciarias, de tres años de formación. La ambigüedad interpretativa a la que se prestan las leyes y resoluciones que regulan la educación y la práctica de enfermería, hacen blanco en los enfermeros graduados bajo el plan 2004, quienes tienen un conocimiento sesgado y parcial de los alcances y limitaciones del título de pregrado. Esta discusión, también genera controversias dentro del mismo cuerpo docentes:

Entonces, esto de hablar de ‘enfermero profesional’, en realidad, es técnico. Es pregrado. Es técnico. ¿Entendés? Entonces, yo, toda la vida lo tuve claro. Desde que entré a primer año. Y cuando nosotros planteamos, ahora, todos se sorprendían. Todos los docentes. ¿Entendés? ¡No pueden sorprenderse! Cuando entré a estudiar, supe que estaba haciendo una carrera de tres años, porque acá, que, profesional, es alguien que tiene una carrera de grado. Y el que no, es técnico. Entonces, se decía, ‘enfermero profesional’, para diferenciar de los auxiliares de enfermería que tenían un curso de nueve meses y que estaban bajo la resolución 35/69, de Nación. Pero, ésa es para la formación de los auxiliares. Donde el enfermero, era un auxiliar. (G.D.M 13/07/20)

Me parece que, si consideramos los niveles de formación, al menos los que estaban definidos cuando yo era docente, los tres primeros años te daban la posibilidad de terminar una carrera técnica, con el título de enfermero. De hecho, es un concepto que los ex-estudiantes aún no terminan de entender. (M.D.M 05/05/20)

Habiendo pasado más de cien años de creación de la primera Escuela de Enfermería en Argentina, el plan de estudio del año 2004 seguía encasillando la educación y el trabajo de enfermeras y enfermeros bajo los mismos estándares vocacionales de caridad, sumisión y abnegación del siglo XIX, al considerar la vocación, la ayuda y el servicio gratificante, como parte de la enfermería contemporánea:

Desde esta experiencia podrá también entenderse a la enfermería y a la práctica que conforma la misma como “una profesión, vocación y trabajo gratificante que utiliza la ciencia y el conocimiento para cuidar, servir, ayudar, educar y asistir a personas sanas y enfermas” (Resolución Consejo Superior N° 029/05, 2005: 9).

Las distintas acepciones que se le otorga a la palabra ‘profesional’ de enfermería en este apartado, reflejan la tensión histórica entre la práctica empírica y la formación universitaria. Y también un salto cualitativo, toda vez que se intenta desembarazarse de viejos conceptos a través de un lenguaje, un poco confuso, que pretende enmarcar la formación y el trabajo de enfermería dentro de límites más o menos precisos.

La distribución de la carga horaria

El primer ciclo de enfermería correspondía a la carrera de pregrado. Otorgaba el título de Enfermero/a y la duración aproximada era de tres años. La carga horaria total, eran 2330 horas, distribuidas de la siguiente manera: primer año, 650 horas; segundo año, 720 horas y tercer año, 960 horas. Cada año, distribuía las horas totales, en horas teóricas y horas prácticas: primer año, 250 horas teóricas y 400 horas prácticas; segundo año, 110 horas teóricas y 610 horas prácticas y tercer año, 180 horas teóricas y 780 horas prácticas. Se advierte una creciente importancia de las instancias prácticas frente a las teóricas a medida que se avanza en la formación.

Los egresados según género

Entre los años 2006 y 2008, en la carrera de enfermería de la Escuela de Enfermería de la FCEQyN de la UNaM, ingresaron 788 estudiantes y egresaron 256 graduados. De los cuales, 204 estudiantes eran mujeres y 52 estudiantes eran varones.

Egresados por género y año. FCEQyN, UNaM.

Cohorte	INGRESANTES	EGRESADOS	MUJER	VARÓN
2006-2009	271	87	63	24
2007-2010	247	83	71	12
2008-2011	270	86	70	16

Cuadro de elaboración propia. Basado en los datos proporcionados por la Escuela de Enfermería. (2018). *Datos estadísticos. Carrera de Enfermería. Dirección General Académica.*

Se puede observar que en las tres cohortes desde el inicio del nuevo plan, sólo concluyen en término (en tres años) un tercio de los inscriptos, resultando difícil cumplir en los plazos previstos con la carga académica de cada año. Y si consideramos las diferencias de género, se advierte que en los tres años, hay más mujeres inscriptas que varones, tendencia que se acentuó con los años: en 2006 ellas casi triplicaban a los varones, en 2007 ellas eran seis veces más que los varones y en 2008 se reduce levemente la diferencia y el número de mujeres cuadruplica al de los varones. Esta tendencia confirma el sesgo de género de la profesión planteado en el capítulo anterior.

El curso de ingreso

Para cursar íntegramente el total de materias correspondientes al primer año de la carrera de enfermería, antes se debían aprobar tres materias ‘introductorias’ que duraban un total de 20 horas teórico-prácticas, cada una. Al periodo durante el cual se cursaban estas tres materias se lo denominaba *curso nivelatorio*. Pero, los estudiantes lo llamaban *cursillo de ingreso, cursillo o ingreso*.

En el plan de estudio, las tres materias del curso nivelatorio, formaban parte de las nueve materias que se dictaban en el primer año de la carrera de Enfermería. Sin embargo, los estudiantes las identificaban como *las materias del ingreso*. Escindiéndolas, virtualmente, de las demás materias del primer año. Esto da cuenta de la singular importancia que le daban a las *materias de ingreso*.

Las materias del ingreso se denominaban: *Salud y cuidado, El hombre y su entorno e Introducción al conocimiento científico*. Los contenidos eran los siguientes:

Salud y cuidado: Carga horaria, 20 horas. Recuperaba los saberes previos e incorporaba nuevos conocimientos de modo que el estudiante logre obtener un conocimiento crítico, basado en argumentos lógicos y una visión holística del ser humano. Saberes de

anatomía, fisiología, bioquímica, nutrición y psicología en torno al concepto de salud, individual y colectiva se relacionaban con los conocimientos de nutrición, química y biología que conformaban la visión del hombre como ser holístico (Programa de cátedra Salud y cuidado 2007).

El hombre y su entorno: Carga horaria, 20 horas, teórico prácticas. Integraba y recuperaba los conocimientos adquiridos por los estudiantes, en el colegio secundario. Reconocía la necesidad de formar a los estudiantes en el conocimiento de las prácticas culturales de los sujetos, y las incidencias que tenían estas prácticas en la salud de la familia y la comunidad. De esta manera, integraba los conocimientos, políticos, sociales, históricos, económicos y ambientales, inherentes al cuidado del ser humano. Un objetivo específico era, “desarrollar hábitos de disciplina y participación responsable en los trabajos respecto a sus pares y profesores” (Programa de cátedra El hombre y su entorno 2007: 6).

Introducción al conocimiento científico: Carga horaria, de 20 horas. Enseñaba a los estudiantes, “(...) las condiciones en que se desarrolla la investigación en las Ciencias de la Salud, y en particular la Enfermería (...)”. (Programa de cátedra Introducción al conocimiento científico 2007: 2). Tenía por objetivo y fundamento, diferenciar y caracterizar el conocimiento científico. Entender los conflictos éticos del campo científico, a través del desarrollo histórico. Reconocer el lenguaje y los instrumentos de validación propios de la ciencia.

Desde la perspectiva de los estudiantes, ingresar o no ingresar, dependía de la aprobación de las tres materias del *curso*. Considerando que el curso nivelatorio, era en realidad un curso eliminatorio o *filtro*. En general, la percepción de las enfermeras y enfermeros entrevistados, respecto del curso de ingreso, eran las siguientes:

“[Quedé] libre en el curso de ingreso” (F.E.M 18/11/2019).

Me acuerdo que muchos compañeros decían que ya habían terminado todos los trabajos del ingreso. Pero, en realidad, mentían ya que nunca aprobaron el ingreso. Aparentaban, demasiado. (A.E.V 24/10/18).

Recuperé tres veces. Rendí. Después volví a recuperar. Y al tercer intento, recién. Me acuerdo que, hubo todo un problema así con... Porque,

prácticamente, todos [desaprobaron], menos, dos o tres, que pasaron. Pero el resto, no. Por eso, ella, dio otra y otra oportunidad. ¡Nadie aprobaba! La tercera, ahí, alcancé yo. Los otros, no sé. (R.E.V 01/07/19)

“En primer año, la primera materia que rendí, me fue mal y abandoné la carrera. Conocimiento científico, de entrada me dejó libre. Y las otras materias, medianamente bien”. (M.E.V 26/11/21).

Transitar y aprobar el *ingreso*, como condición fundamental para poder cursar plenamente el total de materias del primer año de la carrera de Enfermería no fue visto como un complemento al conocimiento adquirido en la educación media. Los entrevistados manifestaron una franca desazón porque ellos o sus compañeros de estudio quedaron ‘libres’ en el *cursillo de ingreso*, o les resultó difícil aprobar alguna materia. Es decir, antes que transitar el *cursillo* como parte de un proceso de aprendizaje, lo vivieron como un obstáculo, casi infranqueable, para poder cursar la carrera de Enfermería.

Materias de la carrera de enfermería

Consideramos oportuna la presentación de las asignaturas que comprenden la formación curricular para obtener el título de Enfermero o Enfermera recorriendo cada año según la carga horaria y el carácter de las materias⁵⁰ (teóricas o prácticas).

Las materias que debían cursar los estudiantes en el **primer año** eran 9 (incluidas las asignaturas del curso introductorio: Salud y cuidado, El hombre y su entorno y Conocimiento científico). Todas, con muy dispar carga horaria. Unas de 20 hs, otras de 60 horas y hasta dos de 180 a 200 horas. En este conjunto de asignaturas se reconocen cuatro con fuertes contenidos de las Ciencias Sociales, una con énfasis en las Ciencias Naturales y las restantes integran contenidos de ambas líneas. Nos detenemos brevemente en la presentación de los contenidos de cada una, señalando la distribución de horas teóricas y horas de prácticas.

⁵⁰ Este apartado, se realizó en base al material disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales (FCEQyN), de la Universidad Nacional de Misiones (UNaM). Al momento de la consulta, marzo de 2020, el material disponible se encontraba disperso e incompleto. Por lo que se intentó reunir y organizar con la mayor precisión posible, ya que algunos programas de cátedra estaban virtualmente incompletos o eran ilegibles. Algunos de ellos, no contaban con la información suficiente: como carga horaria, por ejemplo.

Bases conceptuales y metodológicas de enfermería: Carga horaria 200 horas totales: 120 horas teóricas y 80 horas prácticas. Según el programa de la cátedra, se pretendía lograr la comprensión de los estudiantes, respecto de la centralidad del cuidado como eje vertebrador de la disciplina. Para ello, se exponían los diferentes razonamientos acerca del cuidado, a partir de conocimientos filosóficos y metodológicos desde una supuesta perspectiva histórica y social. Un objetivo general del programa planteaba: “Acceder al mundo del sujeto de cuidado para conocer sus opiniones, conocimientos y prácticas acerca del cuidado de su salud; (...)” (Programa de cátedra Bases conceptuales y metodológicas de la enfermería. 2007: 3).

Enfermería comunitaria: Carga horaria: 180 horas totales, 120 horas teóricas y 60 horas prácticas. Planteaba la formación del estudiante como, “futuro actor social responsable de cuidado de la salud” (Programa de cátedra Enfermería comunitaria. 2007). La materia proponía la formación teórica en las aulas. La ejecución de técnicas y procedimientos en gabinetes de simulación y la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos, en hospitales, centros de atención primaria de la salud y viviendas familiares.

Problemas socioeconómicos del nordeste argentino: Carga horaria: 50 horas. Según los fundamentos de la cátedra, el estudiante incorporaba conocimientos sociosanitarios actuales y los comparaba con los conocimientos históricos y sociales, aprendidos en la secundaria. De esta manera, relacionaba los principales aspectos sanitarios y culturales de los pobladores de la región. La cátedra, trabajaba de modo coordinado con otras cátedras (Programa de cátedra Problemas socioeconómicos del nordeste argentino 2003).

Biofísica: Carga horaria, 60 horas. Planteaba la unicidad entre el saber instrumental y el saber propositivo, como eje configurador de la actitud y aptitud del enfermero. Buscaba la puesta en valor de la física, como técnica instrumental aplicada a la práctica de enfermería. Instrumentalizaba la física, en la mecánica corporal, preparación y administración de medicamentos, control de signos vitales y bioseguridad de las actividades de enfermería (Programa de cátedra biofísica 2007).

Procesos biológicos, psicológicos y sociales en el cuidado humano: Carga horaria, 60 horas. Analizaba al hombre desde una perspectiva biopsicosocial. Utilizaba conocimientos de anatomía, fisiología y psicología, para construir el concepto de salud. Un objetivo psicosocial planteaba: “Discriminar la importancia del trabajo grupal e individual en la psique humana”.

Un objetivo biológico señalaba: “Explicar las bases fisiológicas de la vida a través del estudio de las ciencias biológicas (Anatomía y Fisiología; Nutrición; Bioquímica)” (Programa de cátedra Procesos biológicos, psicológicos y sociales en el cuidado humano. 2007: 3).

Epidemiología: Carga horaria, 60 horas. “La cátedra Epidemiología ofrece recursos conceptuales y metodológicos necesarios para la formación del profesional de Enfermería en el ámbito de la Salud Pública y Atención Primaria de la Salud”. Programa de cátedra Epidemiología. 2007: 3). Los conocimientos adquiridos, estaban, o debían estar estrechamente relacionados con la materia *Enfermería comunitaria*, ya que se proponía como una asignatura capaz de brindar al futuro Enfermero, las herramientas necesarias para identificar los principales problemas de salud de una comunidad y planificar medidas de acción sobre ellas.

Observar de manera retrospectiva el primer año de la carrera de Enfermería, permite entender que la extensa cantidad de materias, divididas entre materias del curso nivelatorio, materias cuatrimestrales y materias anuales, sumadas a horarios de clases difusos, dictados por la mañana, la tarde e incluso al atardecer, hacía que necesariamente la dedicación al estudio fuera de tiempo completo. Esta situación era un tanto complicada, si se tiene en cuenta que los estudiantes, en general, tenían por lo menos un trabajo informal o debían cuidar de uno o más hijos.

El miedo a *quedar libre*, era tal vez el mayor de los temores. Los estudiantes podían *quedar libres* en alguna materia del curso nivelatorio, en los exámenes teóricos de las materias troncales, en los talleres de simulación de técnicas y procedimientos (que en ese momento se conocían como *gabinete*), o en las prácticas hospitalarias. Es decir, en todo momento se percibía la sensación de estar constantemente a prueba y con posibilidades de *quedar libre* en alguna materia. Lo que implicaría, recursar la materia y extender un año más la carrera. Con todas las frustraciones que ello implica. “A lo mejor, te digo así, porque eso me pasó a mí, qué sé yo. Pero, la mayoría quedaba libre en esas dos materias, que eran troncales (...)” (M.E.M 25/03/19).

Otro miedo, muy difundido entre los estudiantes, se relacionaba con las prácticas hospitalarias. Puntualmente, el temor a no saber cómo reaccionar ante una situación determinada, como ver sangre o tener que higienizar por completo a una persona, por ejemplo. Un caso particularmente gráfico, ocurrió en una práctica hospitalaria, en el año 2006. Una estudiante del primer año, destacada por sus conocimientos teóricos y las buenas notas

obtenidas en los exámenes parciales, abandonó la carrera unos días después de haber comenzado las prácticas hospitalarias en un asilo de ancianos: al ver la multiplicidad de problemas de salud que aquejaban a estos ancianos y las visibles heridas corporales, rompió en llanto, se retiró de la práctica y pocos días después regresó a su ciudad de origen.

Los datos vertidos en los párrafos anteriores no son estadísticos, sino parte de la experiencia personal del autor. Retratar la experiencia personal, aclara situaciones o aporta nuevos datos a hechos determinados, que no necesariamente aparecen en el relato de los enfermeros o en los materiales consultados. He ahí, la importancia del relato como narrativa, como instancia subjetiva y, como construcción que forma parte del corpus de elementos vivenciales y contextuales, obtenidos en esa relación social dada en el trabajo de campo, permitiendo el acceso a mundos sociales diversos con puntos de conexión a través de la memoria compartida que se vuelve cuerpo, al convertirse en un texto.

Las materias que conformaban el **segundo año** de cursado eran 4, de las cuales dos troncales específicas abordaban contenidos de ciencias sociales y ciencias naturales, con predominio de las ciencias sociales. En tanto que las dos restantes, tenían predominio de psicología y ciencias naturales, respectivamente. En el segundo año, había un claro predominio de los contenidos de las ciencias sociales.

A diferencia de las materias del primer año, detalladas anteriormente, que cuentan con carga horaria específica, los programas de las materias del segundo año, del plan 2004, a los que se pudo acceder de manera oficial a través de la biblioteca de la Escuela de Enfermería en el año 2020, no contaba información específica sobre la carga horaria de cada materia. Cabe aclarar que los programas de cátedra en general y los de segundo año en particular, se encontraban deshojados, manchados, descompaginados e incluso, algunas, eran fotocopias con párrafos ilegibles. En todos los casos, presentaban un franco deterioro y carecían de información acerca de la distribución teórico-práctica de las horas cátedras. Resultando sumamente complejo organizar este apartado y el siguiente, con el material disponible.

Enfermería en el cuidado del adulto y del anciano: Recuperaba los conocimientos y experiencias adquiridas en el primer año de la carrera y brindaba herramientas para el cuidado integral del sujeto, basado en el PAE y la teoría de autocuidado de Orem. Tenía en cuenta los aspectos éticos y legales de la disciplina al incentivar la autonomía y el trabajo en equipo, a través de experiencias de aprendizaje. Incorporaba conocimientos de anatomía, fisiología y patología. Reconocía la influencia del contexto sociocultural en los procesos biológicos y

psicológicos de la salud. “Brinda experiencias de aprendizaje que potencian la autonomía, la participación comprometida con el equipo de trabajo, el estudio independiente y la autoevaluación. Experiencias que tiendan a construir nuevos conocimientos, actitudes, creencias y valores que refuercen el modelo profesional de Enfermería” (Programa de cátedra Enfermería en el cuidado del adulto y del anciano 2007: 4). La orientación de la materia, preparaba al estudiante para desempeñarse en áreas de baja y mediana complejidad. Sin embargo, una vez graduados, las y los enfermeros también se desempeñan en áreas de alta complejidad.

Esta materia fue producto de la fusión de otras dos que correspondían al plan 1984, *Enfermería médica* y *Enfermería quirúrgica*. El dictado era anual y los exámenes parciales eran 6. Los estudiantes podían recuperar el 50 % de los exámenes. De quedar libres, debían recursar. Los contenidos teóricos se desarrollaban en el aula; los contenidos prácticos se enseñaban en los *gabinetes* de simulación y brindaban conocimientos fundamentales acerca de los cuidados de enfermería, en el ámbito nosocomial.

Enfermería en salud mental y psiquiatría: con esta asignatura se buscaba que el estudiante logre el autoconocimiento para un mejor aprovechamiento de todas sus habilidades en el campo laboral. Orientaba al estudiante para que se conozca a sí mismo y sea un buen enfermero, a través de preguntas tales como: ¿Qué? ¿Por qué? Y ¿Para qué? Aplica el PAE en el cuidado de personas con problemas de salud mental. “Se realiza un análisis estratégico de la situación de la salud mental de la provincia de Misiones y de la región a fin de conocer los alcances de la Promoción y Prevención de actividades dirigidas a grupos de alto riesgo (...)” (Programa de cátedra Enfermería en salud mental y psiquiatría 2007: 3).

Psicología de la personalidad: en sus fundamentos, reconocía la interacción permanente entre el enfermero y el sujeto de cuidado. Planteaba la necesidad de ver al sujeto como ser humano y no como un instrumento del mercado. En esta línea, proponía partir desde la teoría psicoanalítica, para comprender el entorno social, económico, político y jurídico del sujeto de cuidado. “Y entendiendo desde esta perspectiva que lo económico se ha colocado por encima de lo político y por ende por encima de lo social, todo esto debe ser tenido en cuenta para cualquier teorización seria sobre construcción de la personalidad” (Programa de Psicología de la personalidad 2009: 5).

A pesar de que el programa de cátedra reconoce la centralidad de la interacción entre el enfermero, con el sujeto de cuidado y su entorno, los graduados reniegan de la formación

recibida en esta materia tildándolo de inaplicable en la realidad laboral, por carecer de herramientas concretas que permitan facilitar la interacción entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado convaleciente, agresivo o en estado terminal. La consideraban poco práctica para poder resolver los propios conflictos socioemocionales que surgen a raíz de trabajar en ambientes laborales a menudo hostiles para la salud mental del colectivo profesional:

“Era todo lo mismo una y otra vez. Si te decían que un paciente era loco, te decían el por qué, pero no cómo tratarle, por ejemplo” (A.E.V 24/10/18).

“Tienen que trabajarse los problemas en base a casos prácticos. No vas a ser amiga del paciente” (F.E.M 16/03/19).

Microbiología y parasitología: era una materia cuatrimestral que preparaba al estudiante para conocer los distintos microorganismos, las enfermedades que producen, los métodos de profilaxis, tratamiento y bioseguridad intrahospitalaria (Programa de cátedra Microbiología y parasitología 2009).

De todas las materias del segundo año, *Enfermería en el cuidado del adulto y del anciano*, era la que más se destacaba por el hecho de brindar la base de los conocimientos prácticos que acompañarían al futuro enfermero en la etapa laboral. Despertaba más temor que las demás, por tener seis exámenes parciales con la posibilidad, siempre latente, de quedar en condición de alumno libre.

Los conocimientos prácticos de esta materia son la base de la enfermería clínica y quirúrgica; enseñaba múltiples técnicas y procedimientos. Como por ejemplo: venoclisis, control y balance de líquidos y electrolitos; control de heridas húmedas, control de medio interno; atención del sujeto de cuidado, pre, intra y post operatorio y una serie de técnicas y procedimientos invasivos de uso diario en la atención nosocomial. La materia se dedicaba a enseñar las técnicas de cuidado en el sujeto adulto. Las técnicas aprendidas podían ser adaptadas para ser aplicadas en niños, con los cuidados correspondientes para cada caso particular.

Ninguna materia tenía tanta carga socioemocional como ésta. Y eso se podía comprobar fácilmente en las prácticas hospitalarias, donde los estudiantes comentaban ansiosos como les resultaría la realización de tal o cual procedimiento. El principal, por

supuesto, era la *venoclísis*: los enfermeros, la llamaban ‘*vía*’, y los sujetos de cuidado la conocían como ‘*colocación de suero*’. Observar a un enfermero realizar una ‘*vía*’, era un atractivo que nadie quería perderse. Pero, realizar la técnica personalmente, era el mayor de los desafíos de cualquier estudiante de pregrado. El primero en realizar una *venoclísis*, era ampliamente admirado por los compañeros y comentaba el procedimiento realizado durante toda la jornada de práctica, como si hubiera hecho una gran hazaña:

Ahí yo hice mi primer ‘vía’. Me salió bien. (...) sin practicar. Porque, viste que practicamos entre nosotros. Pero yo nunca practiqué. La primera vez que toqué un ‘abocath’, fue en esa sala. Y le hice a un paciente y me salió bien. Me salió la primera, digamos. Estaba yo nomás y el profesor. (...). Yo me acuerdo de eso, pero no me acuerdo bien (R.E.V 22/09/19).

Comentar la acción como si fuera una hazaña, no era una exageración si se tiene en cuenta que había estudiantes que no tenían la oportunidad de hacer el procedimiento, por diferentes motivos: durante las jornadas de práctica no se presentaba la oportunidad, había más estudiantes que procedimientos a realizar, los enfermeros no permitían que los estudiantes practiquen con los sujetos que se encontraban hospitalizados. Incluso, estos últimos se negaban a ser atendidos por los estudiantes/practicantes.

El trabajo efectivo en un hospital público por un periodo determinado y la posibilidad real de trabajar como si fueran enfermeros, era lo que más atraía de esta materia. Además, vestirse con uniforme, aportaba una dosis extra de ánimo y optimismo, difícil de describir con palabras. Ser Enfermero/a, durante cuatro o cinco horas diarias por unas semanas, aportaba la voluntad necesaria para aprobar las materias pendientes del año anterior e intentar superar las del año en curso.

La posibilidad de hablar con enfermeros y otros trabajadores de la salud, brindaba una oportunidad para expandir el círculo de relaciones personales y tener ‘contactos’. Tener uno o más ‘contactos’, aumentaba la oportunidad de trabajar ‘cuidando pacientes’, en distintos nosocomios, durante toda la noche. Lo que representaba un beneficio para los estudiantes que, por diferentes motivos, percibían una escasa ayuda económica familiar. De allí que, por la mañana, era usual ver a los estudiantes de enfermería, somnolientos, visiblemente cansados, recostados, durmiendo sobre la mesa de estudio del aula o de la biblioteca. Generalmente, quienes dormitaban en clases, se sentaban al fondo del aula y contaban con la complicidad de los compañeros de estudio que también realizaban el mismo trabajo. Esto sucedía en las clases en las que el aula estaba colmada, de manera tal de no ser visto por el docente:

Tengo una compañera que trabaja en el [menciona un hospital]. Pero, no puedo dar el nombre. Ella, hace poco se recibió. A ella, por ejemplo, le pagaba un mínimo. Y mi compañera se quejaba que no descansaba, que a veces, tenía que hacer guardias de hasta dieciséis horas y que encima, la plata que le daban, le daban medio atrasado (M.E.M 25/03/19).

Ahí, yo trabajaba doce horas, también. Entraba a las seis de la tarde y salía a las seis de la mañana. Ahí, me iba a clases. Bueno, trabajaba con [menciona un nombre]. Bueno, ella trabajaba conmigo. Lo que sí, que siempre ella estaba así [hace gestos con la cabeza], se dormía en clases. Lo que pasa es que ella trabajaba de mañana y yo de noche (...). ¡Todo había que hacer! Encima, el tipo no hablaba. Pero, hacía unos sonidos (...) y no te dejaba dormir. (R.E.V 01/07/19)

Aparte, por mi trabajo, me dormía en clases. Porque trabajaba de noche. Y de día, en teoría estudiaba. Era un bar. Entraba a las seis de la tarde y salía a las cinco de la mañana. Dormía en el curso. Por eso, a veces no iba a clases porque me quedaba dormido del cansancio y del sueño que tenía. Yo quería ir a clases, pero del cansancio me dormía sentado. (M.E.V 26/11/21)

Los estudiantes que no tenían necesidad de estudiar y trabajar, se encontraban más lúcidos a primeras horas de la mañana y solían sentarse en las primeras filas del aula.

En **tercer año** las materias totalizaron 7, de las cuales dos correspondían al campo de las ciencias sociales, una al de las ciencias naturales y las otras tres integraban ambas líneas. Al igual que sucedió en el apartado anterior, los programas de cátedra de tercer año, no tienen información sobre la carga horaria, a excepción del programa de *Historia de la enfermería*.

Enfermería materno-infantil: en esta materia se planteaba, la realización del cuidado de enfermería, desde una perspectiva integral. Se enriquecía con los conocimientos adquiridos en años anteriores considerando el cuidado de la mujer embarazada y el recién nacido como ejes de aprendizaje. Tenía en cuenta el entorno familiar, político y económico como factores condicionantes de la salud. “En consecuencia el cuidado de la salud se construye con un enfoque holístico que contempla: costumbres, creencias y hábitos” (Programa de cátedra Enfermería en Materno Infantil 2007: 2).

Enfermería infanto-juvenil: los contenidos de esta materia relacionaban la actividad del cuidado del niño y el adolescente con la atención brindada por los padres. Consideraba la

educación como la herramienta de aprendizaje más eficaz para el individuo y la familia, sostenía que la formación del futuro enfermero, debía centrarse en la atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y la situación de los servicios de salud. “La asignatura enfermería infanto juvenil, permite al alumno el tránsito por una serie de experiencias intelectuales, afectivas, sociales y técnicas en el campo de la enfermería y el cuidado del niño del adolescente y su familia (...)” (Programa de cátedra Enfermería infanto juvenil 2007:4).

Bioestadística: esta asignatura hacía hincapié en el conocimiento y manejo de las estadísticas en salud. Resaltaba el compromiso democrático de participar en las decisiones tecnopolíticas relacionadas con la salud. “Atento a esto, la asignatura está planteada para cubrir todas las exigencias instrumentales básicas y, al mismo tiempo, orientarse al campo de la salud como área de aplicación específica” (Programa de cátedra Bioestadística 2007: 1).

Psicología evolutiva: el propósito de esta materia era articular aspectos cognitivos del ser humano con su materialidad física y social. Consideraba importante mantener una estrecha relación con las demás cátedras que componen la carrera, por entender al sujeto de cuidado como “entidad bio-psico-social, donde cada una de estas áreas al modificarse, modifica a las otras en una interacción constante e inacabable, porque trasciende la individualidad para penetrar en el ámbito de lo social con todas sus implicancias (históricas, políticas, económicas, etc.)” (Programa de cátedra Psicología evolutiva 2007: 4).

Historia de la enfermería: Carga horaria, 60 horas totales. El programa proponía la interrelación entre las diferentes cátedras. Planteaba la retrospectiva histórica como herramienta para conocer el proceso de construcción del sujeto cuidador (enfermero) a través del análisis de cada época. Se orientaba a poner en valor la naturaleza disciplinar de la profesión. “La importancia de conocer los ideales con respecto a la naturaleza disciplinar histórica de la enfermería hace que los futuros profesionales valoren nuestros antepasados ignorados muchas veces por desconocimiento” (Programa de cátedra Historia de la enfermería 2007: 2).

Principios de administración y enseñanza de la enfermería: en esta materia se introducía al estudiante en el conocimiento y manejo de los instrumentos de administración, organización y gestión de los servicios de enfermería a través de la interacción entre la teoría,

la práctica hospitalaria y la atención primaria de la salud (APS). Planteaba que la educación de enfermería, “(...) será uno de los pilares fundamentales tanto a nivel individual como familiar y comunitario” (Programa de cátedra Principios de administración y enseñanza de la enfermería 2009: 5).

Práctica integrada: esta es la última materia de la carrera de enfermería. Se cursaba en hospitales, clínicas y sanatorios. Se trataba de hacer el trabajo de un enfermero graduado en el área de la promoción, en la prevención y en la recuperación del sujeto pero con menor carga horaria y acompañamiento docente. Integraba todos los conocimientos disciplinares y las destrezas prácticas, aprehendidas en años anteriores.

Se intenta favorecer la ejecución de acciones orientadas tanto a la prevención, promoción y recuperación de la salud del adulto y anciano, el niño el adolescente como a la atención del embarazo parto y puerperio de bajo y alto riesgo y del recién nacido sin problemas de salud. Programa de cátedra Práctica integrada. 2009: 6).

A pesar de la incorporación de conceptos novedosos como *cuidado, sujeto de cuidado, PAE*, o conceptos como familia y comunidad que orientaban la educación y la práctica de la enfermería por una senda distinta a la medicina, lo que supuestamente permitiría la autonomía profesional a través de la práctica del cuidado holístico y no biologicista, las prácticas sociales de la enfermería permanecieron cuasi inmutables e incuestionables, planteándose cierta distancia entre los postulados teóricos y las instancias prácticas que siguieron el curso de propuestas tradicionales.

En los programas de las cátedras no se incluyeron suficientes categorías de análisis de las ciencias sociales que permitieran pensar y entender el proceso socio-cultural, político y de género que subordina a la enfermería al reducirla a una práctica femenina, doméstica, servil y caritativa, negándole la oportunidad de crecer como profesión en el ámbito laboral. No se logró en el desarrollo de las materias una discusión más profunda de los estigmas profesionales y el modo de encarar temas tan sensibles y con profunda carga de violencia simbólica como la deslegitimación social por medio de la discriminación de género que se sostiene desde finales del siglo XIX.

Subordinación e instrumentalidad del currículum de enfermería

La propuesta de formación del plan de estudios 2004 estaba efectivamente orientada hacia las ciencias sociales; la proporción de materias que se sustentan en estas ciencias o que

integran conocimientos de ciencias sociales y naturales son las predominantes. El énfasis en lo biológico quedó suspendido en las propuestas programáticas aunque no en las instancias de aprendizaje práctico.

Así también, la forma de plantear el cuidado en enfermería se estableció con aportes del propio campo. Surgieron teorías específicas que sistematizaron las técnicas de trabajo habitual, dando un marco diferente porque integran al sujeto de cuidado en su entorno familiar y social. Así lo enunciaba una entrevistada:

Con el cambio de plan, se introdujo el método de enfermería, PAE y la teoría. Se comenzó a trabajar con los patrones de [Marjory] Gordon. Porque los patrones, son las pautas de vida que tiene cada persona. Porque cada persona tiene ciertas prácticas y costumbres que son aprendidas durante toda su vida. Tu forma de ser, es producto de tus pautas de aprendizaje, y los patrones, trabajan sobre esas pautas. (L.D.M 04/03/20)

Al considerar los métodos de trabajo propios, se reconocieron diferentes propuestas que enfatizaban aspectos distintos pero todos centrados en el cuidado como eje vertebrador de la profesión, superando la visión tradicional centrada en la recuperación del organismo y la superación de la enfermedad. Continúa la entrevistada:

Se introdujo el método de enfermería que es el proceso por el cual se desenvuelve enfermería, es el PAE. En un primer momento tenía tres partes: la valoración, la ejecución y la revisión. Porque eso se empezó a pensar en la década de los 50'... te estoy hablando del método... Eso se consensuó a nivel mundial entre las enfermeras. Por eso, se utiliza ese método. Porque existen otros métodos: la etnoenfermería de [Madeleine] Leininger, el método de [Dorothea] Orem, o el de Gordon. Pero, se trabaja con el método consensuado a nivel mundial, el PAE que es una herramienta, racional y técnica. Ahora, se trabaja entonces con el PAE, con Orem y con Gordon. También, se introdujeron los paradigmas y metaparadigmas⁵¹ de enfermería. Los ejes disciplinares cambiaron (L.D.M 04/03/20).

El plan 2004 se centró en la enseñanza de modelos,⁵² teorías⁵³ y métodos de atención de enfermería (PAE) orientados al sujeto de cuidado. Brindó, un marco teórico conceptual a

⁵¹ Los metaparadigmas de enfermería son “los límites conceptuales de la disciplina enfermería en sentido amplio: seres humanos, entorno, salud y enfermería” (Alligood, 2018: 1).

⁵² “Los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que tratan de explicar los fenómenos centrales de la enfermería a través de una serie de proposiciones que explican la relación entre ellos”(Alligood, 2018: 1).

⁵³ “La teoría en enfermería son proposiciones susceptibles de análisis derivadas de las filosofías, los modelos conceptuales, las grandes teorías, las teorías sobre la enfermería abstractas o las teorías de otras disciplinas” (Alligood, 2018: 1).

las actividades prácticas, distanciándose de la enseñanza centrada en el conocimiento de la anatomía y fisiopatología humana de marcada orientación biologicista:

Por eso, de alguna manera, cuando estábamos haciendo ese plan de estudio [2004], estábamos empujando. O sea, fue un desarrollo global en el sentido estricto de la palabra. Por eso, se incorporan muchas cuestiones que tienen que ver con esta mirada más holística, ecológica. Había una presencia distinta. (...), el cambio del plan de estudio del 2004, da otra formación mucho más amplia, muy interesante. En el plan de estudio de 1982, el hombre y el entorno, no estaban. Enfermería en el cuidado del adulto y del anciano, no era así. Era enfermería médica, enfermería psiquiátrica. Era en base a las cuatro clínicas básicas: pediátrica, quirúrgica, obstétrica y médica. Era bien modelo médico hegemónico, mismo. (G.D.M 13/07/20)

Los modelos y teorías de enfermería que se enseñaban en la carrera (plan 2004) eran extraídos del libro *Modelos y teorías de enfermería*, de Alligood (2018).⁵⁴ Este libro presentaba resúmenes orientativos que, a juicio de la autora, marcaron el desarrollo de la enfermería como profesión, en EE.UU. “Finalmente, los criterios de una profesión se ajustaron a la enfermería, y se aportaron orientaciones durante el proceso” (Alligood, 2018: 12).

De los 31 resúmenes de modelos y teorías de enfermería, seleccionados y presentados en el libro de Alligood (2018), ninguno problematiza el origen social y cultural de la enfermería, como así tampoco las relaciones de género dominantes a lo largo de la historia. En todos los casos, los modelos y teorías hacen énfasis en las bases metodológicas del trabajo de enfermería pero no en la conformación histórica de la profesión.

Los modelos y teorías de enfermería no se elaboraron a partir de la comprensión de las distintas realidades de la profesión como las de Latinoamérica, por ejemplo. Se basaron casi exclusivamente en el modelo de trabajo de enfermería de los Estados Unidos de Norte América. Y desde allí, fueron difundidas con pretensiones universalistas.

Un modelo teórico de atención de enfermería para la Argentina, por ejemplo, inexorablemente tendría que tener en cuenta el sistema de salud tripartito en el que estamos inmersos., “(...) el sector público, las obras sociales sindicales y el sistema privado” (Cerdá y Ramacciotti, 2017: 230); los diferentes niveles de atención, la composición étnica de la población, la visión social de la enfermería como profesión y la distribución demográfica de los enfermeros, entre otros factores.

⁵⁴ Para el plan de estudio del año 2004, se utilizaron ediciones anteriores, de la misma autora.

Los modelos y teorías de enfermería no tienen la función de pautar técnicas y procedimientos para el ejercicio práctico de la profesión. Sin embargo, los enfermeros, no tienen muy claro los aportes específicos que realizan. A menudo, confunden el conocimiento de los modelos y teorías con los fundamentos técnicos de las prácticas y procedimientos:

“No [me acuerdo] mucho. Porque enfermería es un arte, nomás. Pero no me acuerdo muy bien. Para fundamentar mi accionar laboral a través del por qué” (A.E.V 24/10/18).

“Porque te evalúan el procedimiento y todas esas cosas. Pero después de eso, vos, cuando llegás realmente, después de recibido, casi no se ocupa de eso. Se deja de lado... muy poco se ocupa, pero poco. Básico, y a veces, ni en lo básico. Y, no sé si por el tiempo, o no sé por qué. ¡Qué sé yo! ¡Cada uno!” (M.E.M 25/03/19)

Los modelos y las teorías revelan un panorama general del desarrollo del pensamiento de enfermería a lo largo de los años. La presentación en forma de manual permite conocer la evolución de las ideas en el campo de la enfermería de manera resumida, concisa y accesible, a docentes, enfermeros y estudiantes.

Para sumergirse en el desarrollo de un modelo o una teoría específica, los enfermeros deben recurrir a los documentos originales escritos en idioma Inglés o bien a las traducciones. Aquí, se presenta dos problemas fundamentales: en primer lugar, la barrera lingüística de los enfermeros, los estudiantes y docentes; y en segundo lugar la escasa o nula accesibilidad a las ediciones completas, traducidas al español -en que caso de que las hubiere- de cada una de las producciones citadas en el manual.

El énfasis teórico y metodológico que se pone en las actividades y procedimientos que hacen a la práctica laboral de las enfermeras y enfermeros, da cuenta de la racionalidad técnica⁵⁵ e instrumental⁵⁶ sobre la que se asienta la disciplina. Si bien, los modelos, teorías y métodos, cumplen un rol importante en la visión de la enfermería como profesión, y su

⁵⁵ “La manera dominante de entender la relación entre conocimiento académico y práctica profesional se basa en la racionalidad técnica, la cual inspira el diseño y desarrollo curricular de los centros universitarios. La racionalidad técnica entiende que la práctica competente se convierte en profesional cuando la solución de problemas se basa en conocimiento de proposiciones generales (teórico); se trata de solucionar problemas “instrumentales” mediante la aplicación de conocimiento científico procedente de la investigación empírica”. (Medina Moya y Castillo Parra, 2006: 303)

⁵⁶ “Los “problemas instrumentales” son aquellos que implican la selección de los medios técnicos más adecuados para alcanzar un fin previa y claramente delimitado. Un ejemplo de currículo inspirado en la racionalidad técnica es el de medicina en el que primero se presenta la ciencia básica o biomédica, después las aplicadas y por último prácticas donde los alumnos se supone que aprenden a aplicar aquel saber a la solución de problemas de diagnóstico y tratamiento”. (Medina Moya y Castillo Parra, 2006: 303)

sostenimiento en el tiempo es fundamental, los estudiantes se encuentran limitados al momento de hacer un análisis relacional entre la historia, las prácticas de cuidado y la situación laboral de la enfermería.

Debido al escaso o nulo énfasis curricular en la conformación social, histórica y cultural del colectivo de enfermería, el pensamiento crítico y/o autoreflexivo se reduce a pensar el por qué y para qué de cada práctica laboral que se realiza frente al sujeto de cuidado y no en el rol profesional que se juega dentro del equipo de salud. Este reduccionismo crítico, afecta la aplicación laboral del método de enfermería, conocido como PAE, debido a que por desconocimiento, carece de validez práctica, para las enfermeras y enfermeros que se desempeñan en el campo asistencial.

La deslegitimación laboral que sufren los modelos, teorías y procesos de atención de enfermería estadounidenses, responden al hecho de que fueron académicamente importados y acríticamente aplicados a una realidad y un contexto totalmente diferente del originario. Derivando en una valoración negativa y despectiva de sus funciones y aplicaciones, por parte de las enfermeras y enfermeros:

Proceso de atención de enfermería [PAE]. Del concepto, nomás, me acuerdo. No tiene utilidad para mí. Justamente, todo lo que tiene que ver con el concepto de sujeto de cuidado y PAE, no tiene aplicación.⁵⁷ Trabajás de forma consciente y te enfocás en lo que tenés que hacer. No se escribe de eso en el trabajo. (A.E.V 24/10/2018)

“Y, trabajando en un CAPS, creo que no ocupás. Yo no ocupo. ¿Vos, ocupás? ¡Ni siquiera cargo los pacientes! Yo creo que muy poco utilizás. Supuestamente, en el hospital se usa eso”. (M.E.M 29/03/2019).

¿Qué plan de cuidados?... si lo hacés todo de manera mecánica. Hay cosas que ya sabés, por la práctica. Por ejemplo, ¿tiene dificultad respiratoria? lo mantenés sentado. ¿Tiene sonda vesical? cuantificás la diuresis. Hay cosas que uno ya sabe. Lo tiene incorporado. No tiene una fundamentación muy lógica. (F.E.M 16/04/2019)

Y no [se usa] mucho, digamos. Porque nosotros no armamos un plan de cuidado. Hacemos lo que dice el médico, nomás. Lo único, viste, por ahí vos tenés un procedimiento y tenés un resultado esperado, digamos. Entonces, te

⁵⁷ “Los enfermeros consideran que los modelos y teorías de enfermería se relegan de la práctica enfermera por su complejidad; aduciendo que los documentos de registros de enfermería favorecen poco trabajar bajo un modelo, posiblemente porque se han quedado obsoletos”. (Piedrahita Sandoval y Rosero Prado, 2017: 686)

guías si sirvió o no lo que hiciste. Por ejemplo, una 'sonda'. (R.E.V 22/09/2019)

El plan de estudio 2004 incorporó la novedad de centrarse en el sujeto de cuidado y no en la patología. Introdujo herramientas de conocimiento provenientes de las ciencias sociales que permitieron tener una perspectiva diferente de la educación y la práctica de la enfermería. Sin embargo, no se lograron instrumentar estas herramientas en las instancias de práctica, y mucho menos, problematizar los escenarios de trabajo en los cuales se debe operar con esa metodología.

La escasa problematización del entorno educativo y socio-laboral no favoreció la autocrítica y la reflexividad profesional, generando que enfermeras y enfermeros se sientan insatisfechos con la formación recibida. Debido a esto, en el ámbito laboral se realizaban múltiples críticas en forma de comentario de pasillo, generalmente, luego de finalizar una extenuante jornada laboral, después de un exabrupto con algún personal médico, o luego de haber vivido una situación de maltrato por parte de un sujeto de cuidado:

Porque en la facultad, te tiran la teoría. Te dicen: 'esto, que aquello'. Te dibujan algunas cosas. Porque en la facultad, te dibujan un montón de cuestiones. Y después, cuando vos salís, te chocas con la realidad. (...) ¡Obvio, con la pobre formación que les dan a los chicos! ¡Una formación pobre! Por eso yo digo, 'es pobre, pagan mal y no es reconocida'. Es como que el enfermero no tiene un campo amplio de accionar. Sos subordinada del familiar que viene de allá y que nunca le vio al que está internado, pero te grita, te dice las cosas y te falta el respeto. Subordinada del médico... ¡Viene un mediquito cualquiera, una médica cualquiera y te agarra y te dice lo que vos tenés que hacer! (F.E.M 16/05/2019)

El docente te enseña a ser subordinado. El libro te enseña a ser subordinado, nomás. En el libro, siempre es así. Te dicen, 'si pasa tal cosa, primero consulta con el médico para ver qué hacer' ¡No es así! En la práctica. El libro está hecho en un mundo perfecto, redondo. El docente de enfermería, mucho no creo que conozca de esto que te hablo. ¡Ellos piensan que uno va a salir haciendo lo que ellos querían! Y no es así. No saben de esto. No es así. Tenés que adaptarte. Salís pensando que sabes todo, pero no es así. (A.E.V 24/10/18)

Esta impresión que señalan los egresados al comparar la distancia entre la teoría y la práctica es corroborada por investigadores del campo de la pedagogía de la enfermería que advierten que no existe una transferencia del conocimiento teórico de las aulas a la realidad de la práctica asistencial y que esta preocupación constante se genera tanto en los profesores, estudiantes, como en los enfermeros asistenciales.

Se evidencia en los hallazgos que este saber [práctico] es poco frecuente en los libros, pero sí descrito en las experiencias laborales de los enfermeros asistenciales, las cuales no pueden ser formalizadas ni enseñadas por parte de los profesores a los estudiantes a partir de la teoría en el aula, puesto que es muy difícil hacerlo explícito verbalmente y sólo puede ser demostrado (Piedrahita Sandoval y Rosero Prado, 2017: 686).

Las manifestaciones de estos enfermeros y enfermeras no son casos aislados sino que forman parte de episodios frecuentes que manifiestan una profunda preocupación por la histórica subordinación laboral a la que son sometidos. Y que aún hoy sigue estando escasamente problematizada en su dimensión real, en el campo académico.

El plan de estudio 2004 incorporó componentes teóricos y metodológicos que hacían a la práctica de enfermería, pero omitió la necesaria comprensión histórica y reflexiva como parte del proceso de aprendizaje del estudiante, capaz de ser un agente social de cambio cultural dentro del campo de la salud.

Los modelos y teorías de enfermería no aportaron cambios significativos para romper con el histórico imaginario sociocultural que liga la profesión a la imagen de una enfermera de hospital, individualista, competitiva con los pares, disciplinada, sumamente eficiente con las tareas manuales, obsecuente con las coordinadoras de servicio, obediente con las autoridades jerárquicas, extremadamente simpática con el personal médico, voluntariosa y diligente en la ejecución de órdenes y dócil con los sujetos de cuidado. Pero, silenciosa, abnegada y negacionista con su propio sufrimiento:

(...) consolidándose el principio de que la enfermera atendiera a su paciente con abnegación: cuanto más agotada se le viera en su aspecto exterior, y cuanto mejor pudiera soportar la incomodidad y la fatiga personales, tanto más se acercaba al ideal de la buena enfermera” (Carmona Mejía y Ponce Gómez, 2011: 39).

En la entrevista realizada a una docente, citada más arriba, refiere a que el plan de estudio del año 1982 brindaba una enseñanza técnica y biologicista, y que en cambio, el plan de estudio del año 2004 incorporaba teorías y métodos de aprendizaje. El análisis del plan 2004 da cuenta de que efectivamente se incorporaron teorías y métodos novedosos, pero al momento de sistematizar esos conocimientos, se transmitía una secuencia de técnicas en búsqueda de resultados esperados, organizadas en derredor de una o varias teorías,

planificadas, ejecutadas y evaluadas, a través del PAE. La planificación sistemática de las teorías no incorporaba la autoreflexividad, la crítica o el disenso.

Al principio costó instalar eso [PAE, modelos y teorías]. Porque era difícil instalar entre los mismos docentes... imagínate con los estudiantes. Porque veníamos de hacer cuidados de enfermería bien pragmáticos, puramente biologicista, digamos. Incorporar esa cuestión, al estudiante le costaba mucho. Entonces, para nosotros como docentes, fue bastante difícil. (O.D.V 06/10/21)

La incorporación de teorías y métodos, resistida entre los mismos docentes, matizó pero no cambió la orientación técnica e instrumental de la carrera. Por lo tanto, la formación tenía poco o nada que ver con la idea de una profesión autónoma, crítica y autoreflexiva, capaz de resignificar su propia práctica de cuidado. No se logró romper con la visión servil, vocacional e instrumentalista de la enfermería que relegaba a los graduados a realizar prácticas asistencialistas y marcadamente colaboracionistas. Toda señal de pensamiento propio, era automáticamente tildado y degradado como anti médico y resentido, abiertamente combatido hasta la sumisión o erradicación. La situación registrada en Misiones, se reitera en otras regiones, como lo señalan los autores al referir a lo que ocurre en España:

Sin embargo, todavía hoy, la formación de las(os) enfermeras(os) parece estar contribuyendo al mantenimiento de una posición subalterna, con poca autonomía y una frágil identidad profesional, a pesar de que su discurso está atravesado por términos grandilocuentes pero fuertemente alejados de la realidad de las prácticas (Medina Moya y do Prado, 2009: 618).

El plan de estudios, 2004, incorporó una visión social de la profesión pero sin reflexionar sobre el contexto en el cual se podía implementar ese modelo de ejercicio profesional. Los escenarios de trabajo (hospitales, consultorios privados, etc.) no cambiaron su forma de actuar y tampoco su visión de la enfermería. Para poder instalar otro modo de ser Enfermero, se deberían modificar ambos grupos.

La redefinición del rol de enfermería tomó caminos diferentes al propuesto en el plan. El contexto laboral, conservador frente a todo cambio que no partiera de su seno, se resistió ampliamente a la incorporación del prototipo de Enfermero propuesto por el plan 2004.

En la práctica laboral, los enfermeros con capacidad de ejecutar un sinnúmero de tareas instrumentales con altísima precisión, capaces de alegrarse con la correcta realización de múltiples procedimientos manuales en simultáneo y en el menor tiempo posible, sin la más

mínima señal de hastío o disconformidad, son la presa más buscada por las instituciones de salud.

El escaso hábito de autoreflexividad, para entender, cuestionar y repensar la intrincada trama de discriminación de género y sometimiento sociocultural que subyace a la práctica laboral, impide cuestionar y replantear de manera directa la visión médica biologicista que tiende a emitir opiniones desfavorables sobre el colectivo de enfermería, otorgándole un lugar secundario dentro del campo de la salud, tal como se puede leer en la siguiente cita:

[...] El médico Enrique Boero [en 1931] expresó con claridad sus miedos sobre la capacitación de personas sin formación médica: [...] ¿Quién de nosotros, los médicos, ignora que este parásito es fruto de nuestra propia desidia? ¿Por qué le enseñamos o confiamos el uso de la jeringa o el beniqué, la dermoclosis o inyecciones intramusculares y hasta intravenosas, los especulum y portópicos de otorrinolaringología y ginecología, la pequeña curación ocular, quirúrgica, etc.? (...). (Ramacciotti y Valobra, 2017:299)

Opiniones despectivas, como la del párrafo anterior, vertidas por los médicos, son expresadas con más frecuencia de lo que podría imaginarse, pero al no ser registradas de manera adecuada, parecen infrecuentes. Estas opiniones, profundamente violentas y sectarias, pueden sucederse en forma de broma o disfrazarse de neutralidad y objetivismo, y de tal modo son vistas como inocuas o divertidas. En muy pocos casos generan resistencia, pero en todos los casos reivindican los sentidos ya existentes que atribuyen a la profesión un rol secundario y asistencialista.

A pesar de los aportes de las ciencias sociales, en la práctica el plan de estudio 2004 continuó reproduciendo el mismo esquema de enseñanza técnica y biologicista del plan 1982. En parte, porque los docentes del plan 2004 eran los mismos que enseñaban en el plan 1982 o se formaron bajo ese plan. El cambio de forma no logró la reestructuración necesaria para imprimir un cambio de fondo.

Las bases disciplinares de las primeras décadas del siglo XX que pregonaban una imagen de enfermería, pseudo militar, sometida a la autoridad masculina, vocacional, cristiana, caritativa, sumisa, abnegada y subordinada al cumplimiento de indicaciones médicas, permanecieron inmutables en la subjetividad de los formadores. Tal como la asegura una docente:

[Los docentes] *si son del plan 82' transmiten la misma visión biologicista e instrumental, aún hoy. Te siguen enseñando la técnica. Entonces, solo la*

técnica, implica recibir órdenes. Y el que da órdenes, es el médico. Se enseña la subordinación al médico. (L.D.M 04/03/20)

Es sumamente difícil romper con la tradición académica de antaño, inflexible, superficial y conservadora que actúa como una corporación ‘de amigos’ que se alaban entre sí y son acríticos consigo mismos. En lugar de enseñar a los estudiantes a pensar, reflexionar, cuestionar y disentir en libertad, se limitan a entrenarlos para la correcta realización de múltiples procedimientos como si fueran conscriptos que cumplen sin objetar las órdenes de los mandos superiores.

El problema es que no estamos bajo una monarquía religiosa o militar y los estudiantes no son conscriptos, salvo que sucedan nuevas interrupciones violentas del orden constitucional, conocidas como ‘dictaduras’. Por el momento, estamos en democracia y por ese solo motivo, que costó muchos muertos y desaparecidos en el campo de la enfermería, la libertad de pensar, reflexionar y cuestionar, sobre todo de cuestionar, no puede continuar siendo vista como un atributo exclusivo de los docentes o de otras profesiones dentro del campo de la salud. La práctica del cuestionamiento y el disenso puede y debe ser parte del currículum normal en la carrera de enfermería:

Esto porque no podemos esperar profesionales comprometidos con el desarrollo de una sociedad o nación, si (sic) la escuela no les proporciona medios para el desarrollo de una visión crítica del contexto histórico-social en que se inserta. Esto implica en que la educación superior de enfermería no reduzca al alumno al tecnicismo como un autómatas manipulable (Medina Moya y do prado, 2009:625).

La ley 24004 de ejercicio de la enfermería y el plan de estudios del año 2004, reconocen a la enfermería como una profesión. Este reconocimiento jurídico y administrativo, lejos está de ser percibido como una realidad práctica en el campo laboral, donde el ejercicio de la enfermería es constantemente subordinado y forzado a replegarse a un plano exclusivamente asistencialista.

La transmisión de valores académicos y laborales, preeminentemente instrumentales, son reconocidos por los mismos docentes:

La formación de enfermería es instrumental. Se valora la técnica sobre la reflexión. Y parte de la responsabilidad la tiene [menciona un nombre]. Tenías que llevarte bien con ella, si querías conseguir trabajo. Porque ella tenía todos los contactos. Para ella, lo más importante era la [menciona un

servicio]. Lo mejor, era la [menciona un servicio]. Ahí, se manejan aparatos. El contacto con el sujeto es muy poco. (O.D.V 08/10/20)

De acuerdo a lo expresado por el docente, contar con un conocimiento técnico instrumental adecuado no era requisito suficiente para conseguir un trabajo acorde a la profesión elegida. Las relaciones sociales docente/alumno, tenían influencia directa en la inserción laboral del futuro enfermero. Esto hace pensar que, la instrumentalidad por sí sola o separada de las relaciones sociales docente/alumno, no es suficiente para dar cuenta del espacio social que ocupan los enfermeros en el campo académico y laboral.

La subordinación y la instrumentalidad, entonces, son dos de los resabios educativos que hay que revisar en la formación y la práctica de enfermería, si es que realmente se aspira a formar profesionales autónomos y no soldados autómatas:

Si se defiende la autonomía intelectual y moral de la futura enfermera, ha de aceptarse la diversidad y la discrepancia tanto en los puntos de partida desde los que el alumnado inicia su aprendizaje como en las pretensiones y finalidades que manifieste (Medina Moya y do prado, 2009:625).

La búsqueda constante de la autonomía intelectual y moral, debería ser la base de los planes de estudio. Sin autonomía de pensarse como profesionales y sobre todo, sin libertad, por carencia para autorreflexionar sobre sí mismos, la formación, la práctica y la historia de la enfermería, es difícil pasar del plano de la especulación sin fundamento al plano del pensamiento reflexivo. Que por ósmosis, se vuelve práctico. Esta practicidad del pensamiento es necesariamente elástica, en tanto que está compuesta por la idea, por oposición a la especulación, el conocimiento científico, la acción, la historia, las experiencias y la acción.

La plasticidad del pensamiento, no es una especulación vacía, ilusa y abstracta. Es un movimiento reflexivo, específico y continuo que permite el diálogo fluido entre la teoría y la práctica de enfermería. De esta forma, se pasa de la cómoda posición del observador individualista, aséptico y neutral que se disfraza de objetivo conformándose con relatar hechos del pasado y renegar del presente, a la posición de actor colectivo y comprometido con su presente, que ejerce la autorreflexión, revisa sistemáticamente el pasado, cuestiona los estigmas de la profesión, confronta los dogmas sociales y propone nuevas opciones.

La autonomía permite que el Enfermero exponga sus ideas para ser debatidas abiertamente sin imposición alguna. Sin conocimientos concretos e ideas concisas, es imposible hablar de autonomía profesional. Es en la libertad de elegir donde comienza el camino de la autonomía. Es una posibilidad fáctica que los planes de estudios corran el riesgo

de terminar siendo técnicos e instrumentales, maquillados con cambios estéticos de última hora para satisfacer los requisitos impuestos por algún organismo de evaluación externo.

Un factor predisponente puede ser porque algunos docentes mantienen un pensamiento técnico instrumental, sin reflexionar que “las experiencias en enseñanza-aprendizaje están determinadas por el contexto político, social, cultural y económico en que se circunscriben” (Silva y de Sena, 2006: párr. 1). Es decir que, ellos mismos no han podido o no han sabido hacer un quiebre con su propia historia sociolaboral y la formación académica heredada.

A través de un profundo autosocioanálisis tendrían que reflexionar sobre la relación directa entre la trayectoria de vida, la experiencia laboral, la formación académica y la reproducción de un modelo educativo, técnico, instrumental y foráneo, que se repite diariamente en las aulas:

Estoy de acuerdo. Eso sucede porque no hay una ruptura académica. Los docentes fuimos productos de nuestra historia. Tenemos una historia de vida. Y esa historia de vida nos llevó a elegir enfermería. Y muchos, siguen transmitiendo esa historia. A pesar del cambio que se hace en el curriculum. Es muy difícil unificar criterios. Hay docentes que todavía no hicieron esa ruptura. No son críticos. No tienen reflexividad. Y eso, lleva a que repitan lo mismo que aprendieron de sus docentes. Vos fijáte, tenemos un gabinete de simulación, que es lo que se estila en todo el mundo. Un hermoso gabinete de simulación. Con toda la tecnología y los docentes se especializaron para trabajar ahí. Fueron a Chile y a otras partes. Pero, qué pasa, la técnica es importante, pero también la reflexividad. Pero, si el docente piensa que lo más importante es la práctica, va a seguir poniéndole énfasis a la práctica. Va a seguir reproduciendo el modelo tecnicista. (L.D.M 04/03/20)

La falta de la ruptura académica que señala la entrevistada -entendida como ruptura epistemológica-, implica repetir incesantemente los mismos esquemas de pensamiento y de acción sin cuestionamiento alguno. Así se continúa con la reproducción de la práctica de enfermería a una simple consecución de procedimientos manuales, de comprobada eficiencia técnica, coordinadas y aprehendidas a través de incesantes repeticiones.

Sin embargo, para ser justos, la *ruptura académica* no se circunscribe a un limitado proceso mental de características esotéricas que quiebra repentinamente con el pasado; necesariamente debe estar acompañada de conocimiento, experiencia, autorreflexión, cuestionamiento, proposición y sobre todo, de las condiciones sociales, académicas y laborales que permitan generar una ‘ruptura’. De otro modo sería imposible hacerlo o estaría

limitado al plano personal. Lo cual mantendría prácticamente inmutable las características del modelo que se cuestiona.

De esta manera, en lugar de haber formado enfermeros profesionales comprometidos con la sociedad, con amplios conocimientos sociales y políticos, como se pretendía en el plan de estudio del año 2004, se formaron varones y mujeres sumamente obedientes y disciplinados, con múltiples cualidades técnicas y habilidades mecánicas precisas; pero limitados para concebir por sus propios medios otra realidad que no fuera la técnica instrumental. Estos profesionales carentes de herramientas teóricas y sociales que les permitan ver y cuestionar la formación y la práctica desde una óptica diferente, naturalizaron la instrumentalización del cuidado y la subordinación laboral, tal como viene ocurriendo ininterrumpidamente desde hace más de cien años, en Argentina.

Leer de manera superficial la historia y el presente de la enfermería, podría llevar a suponer erróneamente que la formación de enfermería basada en los esquemas docentes de pensamiento y acción, heredados social y culturalmente, es una práctica que puede ser rápidamente revertida en el campo laboral, cuando los enfermeros ‘tomen conciencia’ de ser trabajadores explotados. Sin embargo, la ‘toma de conciencia’, tal como se la supone para este caso, no es una cuestión que pueda suceder como un hecho mágico, inmediatamente después de autoperibirse como ‘trabajador explotado’ pues tampoco esa autopercepción es garantía de cambio alguno.

La historia y la actualidad de la enfermería, dan cuenta de que los procesos sociales son más complejos de los que se pueden suponer a priori e implican dimensiones culturales con siglos de historia, difíciles de identificar y combatir. Tal es el caso del acrítico sometimiento de enfermeras y enfermeros a los mandatos médicos, por ejemplo. ‘La toma de conciencia’ no decantaría necesariamente en una ruptura con los arraigados hábitos de sumisión y servilismo que fueron heredados de generación en generación. Saber no es garantía de cambio, sobre todo si desde el entorno académico y laboral no se cuestionan a sí mismos ni las prácticas que realizan. Pero sería un principio si lo que se pretende es cambiar el devenir y la trayectoria sociolaboral de la profesión.

¿Qué fue de nuestra historia?

Teniendo en cuenta que los docentes tienden a reproducir su propia historia, cabría preguntarse ¿qué historia de enfermería se enseña en las aulas? La materia *Historia de la enfermería*, plan 2004, como señalamos antes, se dictaba en el tercer año la carrera en la Escuela de Enfermería de la FCEQyN de la UNaM; se desarrollaba a lo largo de un

cuatrimestre con un total de 60 horas cátedra. Se dividía en cuatro unidades según el programa de cátedra; abordaba temas tales como: El significado de la historia y el cuidado de enfermería; Fundamentos filosóficos de la medicina; Institucionalización de los cuidados; La enfermería a partir de Nightingale; Enfermería y enseñanza superior; La enfermería en Argentina; Organizaciones asociativa; Situación actual y futura de la enfermería.

Entre sus objetivos específicos, estaban:

Comprender los hechos sobresalientes de la historia en relación a los cuidados de enfermería; Analizar las etapas fundamentales de la enfermería con criterios de causalidad histórica; Valorar la trayectoria de la enfermería en la Argentina desde sus principios hasta la actualidad; Reconocer la situación actual de la Enfermería como producto de su trayectoria en nuestro medio; Fortalecer modelos de identidad profesional y disciplinar en la enfermería actual (Programa de Historia de la enfermería 2007: 3)

Según los objetivos específicos había una manifiesta intención de que los estudiantes conozcan la trayectoria histórica de la enfermería. La bibliografía propuesta proponía una historia lineal, armónica, sin disidencias y con escasos o nulos cuestionamientos al proceso de construcción disciplinar; no planteaba los problemas socioculturales de la enfermería. De este modo, a los estudiantes no se les inducía a pensar, cuestionar y generar ideas, más allá de las que necesitaban para realizar unos cuantos trabajos prácticos y aprobar la materia.

En los libros propuestos por la cátedra, los contratiempos, los procesos de lucha, las persecuciones y las resistencias de las enfermeras y enfermeros fueron virtualmente relegados a unos pocos párrafos de algunos capítulos cuando no fueron totalmente invisibilizados. De esta manera los estudiantes del plan 2004, no tenían más opciones que pensar que la historia de la enfermería era una linealidad perfecta y con mínimos contratiempos, más próxima a los cuentos de hadas que a la realidad.

De los ocho libros utilizados como bibliografía de cátedra, solamente uno hacía referencia explícita a la historia de la enfermería en Argentina. El libro que data del año 1961,⁵⁸ cuenta UNA historia de manera aséptica, lineal e ininterrumpida. No problematiza temas tan importantes como los escasos salarios percibidos por las enfermeras, las condiciones de trabajo inhumanas, el sometimiento continuo a los médicos en el ambiente

⁵⁸ “Teresa María Molina, referente de la Enfermería Argentina. Líder de la Asociación Católica de enfermeras autora del libro “Historia de la Enfermería” en el que dedica siete capítulos, de los dieciséis que conforman el libro, a la historia de la Enfermería Argentina. La historia de la profesión no generó ningún otro libro que fuese utilizado masivamente por las escuelas de enfermería para el análisis crítico y discusión en la enseñanza de la historia de la profesión” (Morrone, 2013: 55).

hospitalario, la orientación cristiana y la formación vocacional de la enfermería, o la enorme brecha simbólica entre las enfermeras docentes y las enfermeras asistenciales. El libro brinda datos trascendentales de la evolución histórica de la enfermería argentina es cierto, pero no habla de los procesos socioculturales que subyacen al devenir histórico, propuesto por la autora. Es decir, en la materia *Historia de la enfermería* que se enseñaba en la carrera de Enfermería de la FCEQyN de la UNaM bajo el plan 2004, se trataba un tema tan sensible como la construcción de la disciplina en Argentina, utilizando solamente un libro, sumamente anacrónico, que tenía un atraso de más cuarenta años; por lo cual, los estudiantes desconocían cómo había evolucionado la enfermería argentina durante las últimas cuatro décadas.

La historia de la enfermería de la provincia de Misiones, tampoco formaba parte del currículum. De manera tal que no existían referentes históricos, reconocidos a nivel nacional o local, en el cual las y los estudiantes pudieran reflejarse para construir su propia imagen. Era tal la asepsia y la simplicidad con la que se elaboró y dictó esta materia, tan importante para la disciplina, que los relatos de enfermeras y enfermeros dan cuenta de una concepción de la historia de la enfermería lineal, simplista, acrítica, anacrónica, escolarizada y sumamente romantizada:

Enfermería nace a partir del enfermo. Era tratar de ayudar a la persona que estaba enferma, a que mejorara. Darle de comer, tomar agua y esas cosas. Empezó así. Muchos pensaban que también ayudar a una persona te iba a llevar al cielo, en la religión. Cuando salió una historia diciendo que no hace falta ayudar a una persona para salvarte, entonces la gente dejó de lado ese trabajo, que empezó a ser más reconocido en todos lados. Justamente, después, llegó a que, como que nadie más quería ser enfermero. Ya había esa discriminación. Empezaron [a incluir a] los presos, a las personas convictas y a las prostitutas, a que trabajen de eso, para poder ayudar. Como que después el trabajo se fue globalizando y la gente empezó a trabajar de eso. Hasta que, al ayudar a los médicos empíricos, empezaron a decir; '¡Este trabajo requiere más importancia!' Pasa el tiempo, hasta que nacen las personas a las que les gusta el trabajo y tratan de avanzar en conocimiento. Ejemplo: Florence Nightingale (A.E.V 09/01/2019).

Así que, historia, aprobé no sé cómo. Bueno, promocioné. Porque te dan en el primer año, historia. Y en tercero, también. ¿Y para qué tanta historia? ¡Ahí está! ¿Viste? (...) ¡Sacaría la historia de la enfermería en tercer año! ¡Porque ocupa lugar! Porque podrían dar cualquier otra cosa. Y ya se ahondó bien en el primer año. Cómo surgió enfermería. En dónde y en qué año. Bueno, en qué año, no me acuerdo mucho. Y bueno, te enseñaban la historia a nivel más o menos, así como un pantallazo a nivel mundial. Pero, se ahondó más, en la primera escuela, acá... que fue una médica, que esto... que aquello. (F.E.M 29/03/22)

Que eran prostitutas, que le asistían a la gente. Empezó así: prostitutas, monjas, y asistían a las gentes de la guerra. A esa gente que había pasado por una guerra o por algo, las enfermeras iban, le bañaban, le curaban. Y así empezó la enfermería. No es que comenzó como una disciplina como la medicina o la abogacía. No, ellas primero eran asistenciales. Eran como las que estaban paliando el dolor de una guerra. Y después de la guerra de Crimea, que apareció Florence Nightingale y todo eso, es como que empezó a cambiar. (F.E.M 16/04/2019).

Me acuerdo de la materia, que hablamos nomás de enfermería. Que antes eran prostitutas, no sé qué y algo así. Y ahí, nació. Pero, no. La verdad que no me acuerdo de nada de la historia de acá [Argentina]. No. Ni idea. R.E.V 22/09/2019).

La materia *Historia de la enfermería* no aportó mayores datos para que los estudiantes pudieran comprender el devenir histórico del campo disciplinar en Argentina. La sumisión a otras disciplinas, la visión feminizada de la profesión, el trato desigual, el multiempleo y el destrato hacia las enfermeras y enfermeros, no eran problematizados.

El discurso recurrente que situaba a la enfermería como práctica vocacional, de servicio, médico dependiente y asistencial, no alentaba el compromiso social ni la participación política de las enfermeras y los enfermeros. Esta es una de las causas por las cuales el colectivo de enfermería fracasa una y otra vez en sus intentos de conformar una comunidad organizada en torno a sus propios intereses.

Todo lo que se podía aprender, estaba limitado a la visión sociocultural de una sola autora, desfasada en el tiempo, que reivindicaba una imagen de enfermería vocacional, cuasi ignorante, cristiana, amorosa, abnegada, voluntariosa, silenciosa, irreflexiva y sumamente servil a los mandatos médicos. En suma, cargada de virtudes y valores morales, pero totalmente desprovista de pensamiento crítico, reflexividad, independencia, libertad y capacidad propia para pensarse a sí misma:

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 del marco propio de la fe, valorando ante todo la entrega ilimitada, el sacrificio y la abnegación. La propia enfermería, a través de algunas pocas publicaciones, se apoya en la mirada religiosa y rescata especialmente los aspectos conventuales como promotores de la vocación enfermera y la ideología católica como su eje y guía (Morrone, 2013: 57).

Es sumamente difícil desembarazarse de una tradición que echó raíces durante decenas de años. La raigambre católica y médico dependiente no es un problema si se lo cuenta como parte de un proceso histórico; el problema surge cuando se observa que la educación de enfermería continúa reproduciendo la misma tradición con mínimos cuestionamientos.

Cuando la perspectiva cristiana se apodera de una profesión, los pensamientos y acciones, individuales y colectivos, se centran en la idea de caridad, vocación y amor al prójimo, como único camino hacia la salvación. De este modo, se pierde la perspectiva del cuidado y de las incumbencias profesionales. Todas las acciones, están centradas en agradar a un ente superior a través del amor y el sacrificio y no en lograr prestar cuidados de calidad que reivindiquen la autonomía profesional en el campo laboral. De esta manera es totalmente entendible que, en los procesos de luchas y resistencias colectivas necesarias para lograr reivindicaciones sociolaborales, enfermeros y enfermeras se excusen constantemente de no asistir a actos, mítines o manifestaciones públicas, argumentando que: *No hay que hacer quilombo, hay que dejarlo todo en sus manos; Hay que tener fe que todo va cambiar; Hay alguien que está viendo y hará justicia; Él sabe por qué hace las cosas; Lee tal versículo y vas a entender todo; Yo le sigo a Él y no al dinero*, y demás argumentos por el estilo.

Entiéndase que no se está cuestionando al cristianismo como sistema religioso, modo de vida, fe o creencia del pueblo, se trata de hacer un análisis de la incidencia laboral y profesional que implica sostener una idea religiosa por encima de una idea de profesión, sin cuestionamientos de ningún tipo. Se reduce una disciplina que aún busca su autonomía, a una simple práctica sin identidad propia, sobrecargada de virtuosidad y esoterismo.

La subordinación a la medicina además es una subordinación de género, toda vez que se tiene en cuenta que, en sus orígenes, la medicina era ejercida exclusivamente por varones y la enfermería era vista como una vocación femenina. Y que aún hoy, en hospitales y sanatorios, en la práctica se sigue sosteniendo sistemáticamente esa misma visión.

Para cuestionar y repensar la linealidad de pensamiento y acción que reduce la enfermería a una práctica vocacional, médico dependiente y tecnicista, se hace sumamente necesario conocer la historia de la enfermería, con sus diferentes matices y perspectivas.

Cuestionar las perspectivas únicas que se pretenden universales y definitivas, es el primer paso para repensar una profesión que tenga la capacidad de albergar diferentes modos de pensar y de actuar través de cuidado, sobre el mundo y las personas, sin perder la perspectiva de la autonomía sociolaboral. Cuestionar una profesión sin cuestionar los orígenes, es como arrancar un auto sin cargar combustible, no se llega a ninguna parte.

Tan secundario ha sido el papel que se le otorgó a la historia de la enfermería en la formación de los profesionales que los análisis críticos, son escasos. En el caso particular de la Provincia de Misiones, no hay un registro formal de la conformación sociohistórica de la enfermería en la región. Toda la información escrita que se pueda recabar, es ambivalente y contradictoria; reproduce el mismo pensamiento lineal que niega los problemas estructurales y sobresalen la abnegación y el sacrificio como forma de heroísmo personal.

Profesionales hechos a medida del cliente

Los docentes planteaban visiones diferentes acerca de las competencias técnicas y profesionales de la enfermería. Estas diferencias, se agudizaban entre los enfermeros y enfermeras que trabajaban en distintos centros de salud: quienes lo hacían de manera regular se reivindicaban así mismos como profesionales, independientemente de haber obtenido un certificado de auxiliar de enfermería, un título de Enfermero o Licenciado en Enfermería; estar en el ámbito asistencial los definía como enfermero o enfermera.

El plan de estudio 2004 se distinguía del plan 1982 porque las propuestas escritas eran muy distintas, en los papeles. Pero al momento de instrumentarlas, sin haber hecho un cambio radical en el equipo docente (capacitaciones, actualizaciones, postgrado, etc.) los responsables de cátedra solo reprodujeron lo que sabían sin lograr trabajar en propuestas superadoras. Por eso, se repitió en el producto -los egresados- la misma lógica profesional que sustentaba el plan anterior.

A los dos factores analizados, visión docente y plan de estudio 2004, hay que sumarle los intereses particulares de los nosocomios públicos y privados en la formación de enfermería:

Pero, también hay otra cosa que es muy importante saber. ¿Qué es lo que quieren las instituciones de salud? ¿Quieren enfermeros reflexivos? ¿O quieren enfermeros que sepan la técnica solamente? ¡Que sean técnicos! Esa es la realidad. ¡A ellos, les conviene un enfermero que sea técnico! A la institución salud, te estoy diciendo. No a las personas que cuidamos. A las personas que cuidamos, les interesa que el enfermero sea reflexivo, sí. Pero, a las instituciones de salud, no les interesa que reflexionen. (L.D.M 04/03/20).

El relato anterior, lejos de ser una visión particularista y aislada, devela la trama histórica, solapada e invisibilizada, no solo en el plan de estudio 2004, sino también en otras propuestas formativas: la priorización de lo técnico por sobre lo humano y la discriminación por género como base de la subordinación en las relaciones medicina-enfermería. Las enfermeras, por el simple hecho de ser mujeres, eran constantemente menoscabadas y

relegadas, social, cultural y laboralmente ante toda posibilidad de formación o especialización profesional más allá de los estudios mínimos necesarios. La acción de obstruir las posibilidades de formación de las enfermeras, partían necesariamente de las decisiones de los directivos de las instituciones de salud.

Hay que tener en cuenta que, aún hoy, los directivos de las instituciones de salud son médicos, sobre todo en el área de la Salud Pública. Por ejemplo: en el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, además del Ministro de Salud, cuatro de las cinco subsecretarías más importantes, están dirigidas por médicos varones.⁵⁹ Las seis zonas sanitarias en las que se subdivide la atención de la salud de la Provincia de Misiones, están dirigidas por médicos.⁶⁰ Es importante destacar que todas las áreas mencionadas, tienen relación directa con la Salud Pública, no con la medicina. Sin embargo, son los médicos quienes ocupan esos espacios jerárquicos. No obstante, hay que aclarar que a esos espacios los funcionarios no llegan por concurso de oposición y antecedentes; son espacios a los que se llega exclusivamente por acuerdos político partidarios.

La subestimación, minusvaloración y sumisión académica de la enfermera (mujer/madre/doméstica) al médico (varón/ reproductor/ proveedor) es casi tan antigua como la sumisión laboral. Por ejemplo: Ángel Roffo, directivo de una institución pública de salud, afirmaba [en 1942] que: “No hay que formar eruditas. Cuando la enfermera sabe más de lo que necesita, es un peligro, pues ya tiende a invadir el terreno del médico” (Martín 2017: 278). Estas y otras opiniones degradantes, relacionadas con el género femenino y el rol de las enfermeras son prácticas que se mantienen en los ambientes laborales y se reproducen de manera solapada en forma de ‘chistecito para reírse un poco’.⁶¹ Los ‘chistes’ e inclusive los ‘juegos de mano’, son naturalizados de tal manera, que les causan gracia a la mayoría. A lo sumo, encuentra una muy leve resistencia que desapruueba los dichos de manera tímida y superficial, continuando inmediatamente con la conversación como si nada hubiera pasado:

Lo que sí he notado es que en la parte de [menciona un sector del hospital donde hacía pasantías], un médico habló con una Enfermera, la jefa de un piso. Le dijo que... le llamó a la mujer y tal cosa. Y empezó a manosearla, ¿viste? A la Enfermera... Y la Enfermera se ríe. Se toma como nada, viste.
(A.E.V 10/01/19)

⁵⁹ Para más información consultar el siguiente enlace: <https://salud.misiones.gob.ar/autoridades/>

⁶⁰ Para más información consultar el siguiente enlace: <https://salud.misiones.gob.ar/zonas-sanitarias/> 18/11/21

⁶¹ Siempre utilizando como objeto de burla a las enfermeras. Nunca sucede lo contrario. Es decir que no se reirán en público y en grupo, de un médico, ni mucho menos de una médica.

A partir de la reflexión anterior, cabría preguntarse lo siguiente: ¿Cuál es el fin último de la formación de pregrado? ¿La Escuela de Enfermería forma enfermeros autónomos capaces de reflexionar y actuar por sí mismos o se limita a preparar recursos humanos a medida de las instituciones de salud, programados para realizar tareas rutinarias de manera mecánica? ¿Qué finalidad se busca al cambiar los planes de estudio? ¿Es la autonomía profesional un objetivo académico? ¿Es correcto priorizar los intereses de las instituciones de salud? ¿Por qué se sigue inculcando un modelo formativo servil de respeto y obediencia ciega al médico, habiéndose invertido tanto tiempo en la creación de un nuevo plan de estudio? ¿Cuál fue el motivo por el cual se cambió el plan de estudio del año 1982 por un plan de estudio (2004) presentado como novedoso y separado del modelo médico, si los docentes no cambiaron su matriz de pensamiento, producto de sus trayectorias académicas y laborales, altamente medicodependiente? ¿Por qué, un/a enfermero/a reflexivo/a, crítico/a, e independiente, que aporta a la sociedad en la cual se desempeña, es poco interesante para un sanatorio, una clínica o un hospital?

La formación técnica instrumental sumada a la escasa formación e información crítica acerca de la historia de la enfermería argentina, aportan a la automatización e irreflexividad de enfermeras y enfermeros, resultando muy útiles para las instituciones de salud. Al carecer de nociones históricas del sometimiento y el disciplinamiento del cuerpo y de la voluntad a través de la obediencia al médico, los enfermeros no terminan de reconstruir su propio devenir sociocultural y corporal:

La obediencia es, en consecuencia, un producto humano. Producto humano en el doble sentido del término: como “producido por humano” y como “humano producido”. En la medida que la obediencia es una relación entre los cuerpos, es decir un orden en el que se encuentran y se desenvuelven los cuerpos, la misma no tiene anclaje en la consciencia (Nievas, 1999:60).

Someter las ideas ajenas permite apoderarse de la voluntad del pensamiento y la obediencia de la acción que se manifiestan en gestos físicos de sumisión, abnegación y permisibilidad. Es decir que el sometimiento opera como condicionante cultural y no como condición de la consciencia. Por ello, no basta con ser consciente de estar siendo sometido, para dejar de serlo; porque la tradición y las costumbres socialmente heredadas operan con más fuerza que la voluntad de la consciencia. Tal es el caso de una entrevistada que, al ser consultada acerca de su opinión respecto a que a mediados del siglo pasado (1950-60) el ingreso laboral de las enfermeras a determinados nosocomios estaba atravesado por el

atractivo físico de las piernas y el color de la piel (preferentemente blancas y rubias), respondió lo siguiente:

A mí, no me parece que esté mal. Seguro lo hacían por el tiempo que tenían que estar paradas. Porque, hay que estar mucho tiempo parada. A mí (...), me revisaron también, las piernas (...). Si. Por eso. No está mal. Seguro que es para que puedas estar muchas horas paradas. A todas [actualmente] se les revisa. Y a los varones, también. (F.E.M 28/01/2019)

Normalizó⁶² la situación y comentó que, en algunos centros de salud los empleadores siguen realizando los mismos procedimientos que se utilizaban hace más de 70 años. Y a los enfermeros varones, inclusive, les realizan otros procedimientos ‘preocupacionales’.

La naturalización de las prácticas descritas da cuenta que la sumisión laboral de los cuerpos no se limita a un concepto abstracto que permite describir una realidad particular, sino que es una práctica real, vigente y ‘palpable’. Capaz de borrar toda posibilidad fáctica de pudor o decoro personal de las enfermeras y enfermeros que necesitan trabajar. Dejando sobrevivir una sola voluntad, la voluntad de conseguir empleo formal.

El control del cuerpo de los enfermeros, traspasa el umbral de la observación y la sugestión; se transforma en un sometimiento total de las ideas, la corporalidad y la acción, por medio de la revisión física de los cuerpos semidesnudos, a través de la mirada y los dedos. De esta forma, la intimidad corporal, como bastión último de libertad y refugio personal deja de estar, quedando la persona totalmente expuesta y vulnerable.

Es tal la enajenación del cuerpo de las enfermeras y enfermeros en el campo laboral a través de la práctica de la obediencia que, por ejemplo, en los hospitales al realizar el pase de guardia, los médicos tienen la costumbre de caminar en grupo por el centro del pasillo con guardapolvos desabrochados y hablando siempre en voz alta, muy alta. Las enfermeras y enfermeros que en ese momento se encuentran realizando su labor, rápidamente dejan libre el pasillo, se paran bien firmes y ejecutan un saludo, casi militar y exageradamente reverencial. En otros casos, se ocultan raudamente en alguna habitación, como si tuvieran temor o vergüenza de ser vistos.

El control de los cuerpos está acompañado por la enajenación de las palabras y los tiempos. Una situación particular, se produce en el (mal llamado) ‘office de enfermería’, que

⁶² “El concepto de normalidad está asociado al de norma. Lo normal es aquello que se ajusta a la norma, y la norma es la pauta que rige la conducta, es decir la delimitación de las acciones de los cuerpos. (...) la norma no aparece en el plano de la consciencia de los sujetos, sino implícita en sus conductas” (Nievas, 1999: 25).

en realidad es un eufemismo para nombrar una *exhibidora permanente de cuerpos de enfermeras y enfermeros*. Una sala dispuesta en cada servicio de internación o ‘piso’, ubicada a mitad del pasillo. La *exhibidora*, es una especie de *barra* de desayunar, un poco más adornada, con dos o tres sillas en el centro. En este espacio físico, totalmente descubierto, las enfermeras y enfermeros, son sometidos de manera permanente al control y cuestionamiento de los médicos, de los sujetos de cuidado y de sus familiares, quienes los ven constantemente porque es el único lugar que disponen y no tiene paredes, puertas, ni ventanas.

La *barra/exhibidora* delimita un área a mitad del pasillo. En caso de que algún/a médico/a pase por el frente de la *barra*, las y los enfermeros inmediatamente se sientan de manera forzosamente firme, o se yerguen de inmediato, para saludar con un: ‘Hola, Doctor Fulano’...‘Hola, Doctora Mengana’. Este saludo nunca es devuelto con la misma reciprocidad, puesto que el (mal llamado) Doctor no saluda a las enfermeras o enfermeros por su grado académico, sino que simplemente se limita a responder con un ‘hola’ o bien ‘hola chicos’. En el mejor de los casos, los llama por sus nombres, pero nunca por su grado académico; luego de que se aleja el galeno, los enfermeros adoptan una posición más relajada.

En la *barra*, enfermeras y enfermeros, son controlados a través de un circuito cerrado de cámaras, que los enfoca de manera directa. De esta manera, se les controla el tiempo que permanecen sentados, el tiempo que permanecen fuera de cámara, o el tipo de actividad que realizan: ¿Qué estabas haciendo el día ‘X’ que desapareciste por quince minutos del ‘office’? ¿Por qué estuviste tanto tiempo sentada? ¿Qué era tan interesante para que estuvieras hablando con ‘Menganita’ tanto tiempo? Son algunas de las clásicas preguntas de algún coordinador comedido y observador serial de grabaciones de circuito cerrado.

Es sumamente importante señalar que las cámaras jamás se enfocan dentro del ‘office’ médico, ubicado en alguna habitación o al final del pasillo. De modo tal que, a diferencia de las enfermeras, los médicos tienen un espacio privado, con mesas, sillas, computadoras, sanitario, puerta con llave y teléfono (lo que implica que pueden comunicarse sin salir del lugar, de modo tal de no ser vistos).

Por la privacidad que gozan los médicos, los familiares de las personas internadas nunca los ven cuando están ociosos o distendidos en su horario de trabajo, sino que los ven solo cuando están en acción. Así, se genera la creencia de que los médicos siempre están trabajando y los enfermeros siempre están sentados, aportando a las opiniones sociales, estereotipadas y altamente deslegitimadoras, tales como: ¡Qué están reclamando, si siempre están sentados! ¡No hacen nada y quieren aumento! ¡Qué fácil es ese trabajo! ¡Con razón

todos quieren ser enfermeros! ¡Nunca trabajan y se quejan! ¡Cualquiera puede hacer el trabajo de ellos! Entre otros comentarios con alto contenido de violencia simbólica.

La sumisión de los cuerpos: semidesnudos, para someterse a una revisión preocupacional; erguidos, para saludar a quienes detentan la autoridad en el campo de la salud; ocultos en las habitaciones, por una causa probable, pero difícil de entender; expuestos a mitad del pasillo, a merced del control colectivo; silentes, frente al destrato de médicos, familiares y sujetos de cuidado. Éste es el espectáculo diario que ofrecen los centros de salud ante cualquier observador sagaz y que tiene como atracción principal a los enfermeros de turno.

En el diario teatro de operaciones intrahospitalario, los enfermeros repiensen sus decisiones académicas ‘elegidas’ y la formación recibida. En algunos casos, se arrepienten de haber elegido la carrera, como se verá en el capítulo siguiente. En otros, se sienten totalmente decepcionados con la formación pero no con la profesión, porque no fueron advertidos de la enorme brecha que separa la educación de enfermería, terciaria o universitaria, de la realidad laboral.

Los nosocomios despojan a los enfermeros de sus atributos más personales y los convierten en cuerpos dóciles y mecanizados. En definitiva, transforman a un profesional con tres o más años de estudio, conocimiento e inversión familiar y estatal, en un recurso humano altamente calificado, capaz de actuar en cualquier espacio como si fuera un comodín.

En los planes de estudio y en la formación de enfermería en general, que trasciende los límites de una sola cohorte y una sola institución porque es parte constitutiva de la historia de la profesión, se continúa invirtiendo horas y horas de formación en la reproducción de modelos de enfermería centrados en teorías y procesos de atención altamente efectivos en el plano académico pero que no logran encontrar el punto exacto para converger en la práctica profesional. Esto, debido a dos cuestiones fundamentales: por un lado, la mayoría de los docentes no ha operado personalmente un cambio de pensamiento, de percepción y de acción, respecto de la enseñanza de enfermería que transmiten a los estudiantes; y por otro lado, las instituciones de salud mantienen las mismas prácticas laborales del siglo pasado y la misma visión de la enfermería del siglo antepasado.

En este contexto, se hace sumamente difícil operar cambio alguno. Y por ello, es más necesario aún, revisar, cuestionar, repensar y proponer, cambios estructurales que parten, en primer lugar, de las estructuras de pensamiento de los equipos docentes, conciliando y no forzando, las teorías foráneas con las prácticas locales; y a partir de allí, operar un cambio real de la estructura de pensamiento de los estudiantes y enfermeros.

Una formación indolente

El sometimiento obediente a la supuesta *autoridad* médica, como si fuera la relación de Amo/Esclavo no se genera en las instituciones de salud, sino que es aprehendido e incorporado en la etapa de formación de pregrado, a través de distintos mecanismos de disciplinamiento simbólico ejercido por los docentes, quienes transmiten sus propias experiencias sociolaborales de sumisión, vocación y abnegación en forma de ideas, pensamientos, ejemplos y acciones:

Enseñar como enfermeras [y no como docentes de la carrera de enfermería] significa, además, que las profesoras, en ocasiones, incorporan a su práctica docente esquemas de autoritarismo y cierta coerción que ellas internalizaron de manera inconsciente durante su experiencia como enfermeras. Esquemas que contribuyen a crear y legitimar formas de conciencia en las estudiantes que recrean y legitiman las relaciones de poder que las profesoras experimentaron cuando ejercían como enfermeras en la institución totalitaria y hegemónica que conocemos con el nombre de hospital (Medina Moya y do Prado, 2009: 625).

Asimismo desde la perspectiva del psicoanálisis del conocimiento, Bachelard (2003) señala: “Jamás he visto a un educador cambiar de método de educación. Un educador no tiene el sentido del fracaso, precisamente porque se cree un maestro. Quien enseña manda. De ahí una oleada de instintos [por oposición al esfuerzo de un pensar/actuar epistemológico]” (21).

Las experiencias de sometimiento incuestionable a la jerarquía médica vivida por los docentes, son retransmitidas a los estudiantes en forma de sanciones que tienen un efecto coercitivo inmediato sobre la voluntad de pensar o escribir en disidencia, como la desaprobación de exámenes parciales o finales, por ejemplo:

[Tuve un problema en la carrera]. *Con el profesor. Como en ese momento él estaba encargado de los trabajos prácticos, voy a ver mi parcial para ver en qué salí mal... Qué me faltó. Para volver a corregir y bueno, rever todo. Y él, no me quiso reconocer unos cincuenta centésimos que me faltaban para aprobar el examen parcial. Era el último parcial, antes de las prácticas. Por eso, él me reconoció de forma personal que se equivocó. Pero, no quiso reconocerlo públicamente. No quiso cambiar la nota que había publicado. Y quedé libre ese año (...). Pero yo no quise discutirle nada en ese momento. Porque estaba con mi hijo al lado y yo no quería que él escuche cosas. Yo le resguardaba mucho a mi hijo.* (M.E.M 25/03/2019)

Este episodio da cuenta no sólo de una práctica docente ejemplificadora de dónde está el poder sino que confirma la subordinación médico-enfermera al inscribir en la trayectoria

educativa de la entrevistada un correctivo que no sólo la inhibe de seguir su formación al año siguiente, sino que ante los médicos -aun cuando están equivocados- no hay que discutir.

Existe, por tanto, una multiplicidad de factores de riesgo para la víctima, en este caso el alumno o alumna de enfermería, siendo de vital importancia su juventud, inexperiencia, impulsividad, imprudencia, poca habilidad, lentitud, dependencia de la docente y, en definitiva, menor poder' (...) (Ayala Valenzuela, 2008:127).

El interés de las instituciones de salud en la formación de enfermeras y enfermeros técnicos, sumisos, irreflexivos y sumamente obedientes, no sería posible sin una necesaria colaboración de los equipos docentes. Es necesario asumir la responsabilidad histórica de no cuestionar la propia práctica educativa, y salir de la comodidad de las aulas, donde se reproduce un solo tipo de conocimiento: teórico/instrumental, para conocer y comprender la realidad diaria de las enfermeras y enfermeros sometidos de manera constante a la precarización laboral, a los mandatos médicos, a la ridiculización laboral por cuestiones de género y origen social y a múltiples despidos injustificados.

Al dejar de lado los aspectos laborales y legitimar exclusivamente la formación académica que puede ser teorizada, se tiende a reducir todos los problemas laborales de la enfermería a la subordinación a la medicina, olvidando problematizar en el rol crucial de los docentes-formadores que enfocan todos los esfuerzos pedagógicos en presentar modelos, teorías y técnicas aplicadas al cuidado del sujeto, dejando de lado la responsabilidad ética de explicitar los problemas socioculturales que se presentan en la práctica laboral y que no pueden ser sorteados sino a través de un proceso crítico y reflexivo sobre los métodos y estrategias sistematizados en la misma formación. Como esto no sucede, se limitan a hablar del cuidado del sujeto en el entorno hospitalario, familiar y/o comunitario, y cómo resolver las imprevisibilidades que puedan surgir en la práctica del cuidado, sin considerar el contexto socio-político en el que transcurren estas prácticas de enfermería. Nada dicen de cómo afrontar la obsecuencia de los coordinadores de enfermería, la deslegitimación laboral y la subordinación de género que se cierne desde tiempos históricos sobre el colectivo de enfermería.

(...) la mayoría [de los enfermeros] agacha la cabeza y obedece el orden. Yo de hecho siempre hablo de esto en mis clases. Y los chicos quedan así, como diciendo ¿de qué me habla? ¡Nunca me hablaron de esto! (...) La obsecuencia y el acomodo como principal regla del juego. La digitación [de cargos y concursos], siempre fue un gran mal que te puede servir circunstancialmente si el dedo apunta hacia vos. Pero, destruye toda la regla del juego que permite la competencia y el crecimiento. Para qué te vas a preparar con Maestría y

todos, si sabes que para entrar como docente, tenés que ser amigo de Fulano ¿Entendés? (...) Esas pobreza y esas bajezas tenemos. Eso se traslada después a la gestión de tu profesión. (O.D.V 06/10/21)

La perspectiva académica aborda temas relacionados con las teorías, modelos y procedimientos de enfermería, pero omite problematizar las cuestiones internas de la formación y la práctica profesional. De este modo se explica el sostenimiento y persistencia atemporal de una realidad laboral cotidiana en la que predomina la visión sesgada y estereotipada de la enfermería como práctica doméstica, técnica, instrumental, femenina y totalmente médico dependiente: *“Porque vos no podés hacer nada sin consultarle al médico. En realidad, sí se puede pero nadie lo hace. Mediar sin decir nada, en caso de que tenga vómitos. Pero, técnicamente, vos no podés hacer nada (...)”*. (R.E.V 22/09/19)

La acotada visión de los enfermeros que reducen la práctica disciplinar al cumplimiento de indicaciones médicas, es producto de la formación académica que se limita a enseñar a resolver problemas instrumentales, casi siempre relacionados con el trabajo intrahospitalario, a través de la utilización de técnicas, métodos y teorías foráneas, científicamente fundamentadas pero no siempre aplicables en el contexto local.

La formación técnica, instrumental, vocacional, caritativa y obediente que tiende a reducir el trabajo de enfermería a una tarea médico dependiente, se reproduce en las aulas como reflejo de las experiencias académicas y laborales incorporadas que trasmite la mayoría de los docentes, quienes a pesar de los avances de las teorías norteamericanas, tampoco pudieron quebrar con una historia de enfermería, doméstica, femenina, caritativa, manual, vocacional, sumisa, abnegada y médico dependiente que subyuga a la profesión desde sus inicios.

Si yo soy un alumno acomodado o un docente acomodado ¿Qué voy a enseñar? Voy a enseñar eso, como regla de juego. Entonces, cuando voy a trabajar a un hospital... ¿Qué aprendí? A estar al lado del que tiene el poder: El supervisor. No del lado de mis compañeros de trabajo. Y eso hace mal. Las reglas de juego son muy malas para enfermería. Porque no permiten que se desarrolle la autonomía. Y si no desarrollás tu autonomía, no podés ser independiente económicamente. Y entonces siempre dependés cada vez más del poder. ¿Quiénes tienen el poder? Los médicos. (O.D.V 06/10/21).

La mayoría de los equipos docentes reproduce el mismo esquema mental y práctico de enseñanza/aprendizaje, año tras año, independientemente del diseño curricular al que adhieran. Es decir que, la educación en enfermería mantiene una continuidad histórica inquebrantable que sostiene sin cuestionamientos una matriz de pensamiento médico

dependiente, matizada en la currícula pero reproducida en las acciones pedagógicas, casi sin discusión. De este modo el estudiante incorpora y reproduce el mismo esquema de pensamiento y acción aprendido en la academia a lo largo de toda su vida laboral.

Ocultamiento y negación de la política partidaria

La deslegitimación disciplinar no es prerrogativa exclusiva del campo nosocomial. También en el ámbito académico se reproduce la misma deslegitimación de la enfermería, en forma de subordinación por ‘favores’ políticos, por parte de pares docentes de otras disciplinas que transitoriamente ostentan cargos de gestión dentro la Facultad o la Universidad. Tal es el caso de un personal docente de la Escuela de Enfermería de la FCEQyN de la UNaM, que según refiere, fue sancionado por intentar priorizar los intereses institucionales de la Enfermería por sobre los intereses políticos partidarios⁶³. Concretamente, según sus propias palabras, quería evitar que se creen direcciones administrativas para hijos y/o amigos de los dirigentes de turno en la Facultad y en la Universidad, como favor político a cambio de votos. Esta decisión implicaría un aumento considerable de gastos económicos, que originalmente estaban reservados para cumplir con las recomendaciones propuestas por la CONEAU; finalmente terminaron creándose los nuevos cargos y la licenciatura en enfermería se acreditó solo por un periodo de tres años: (...) *Él quería resolver políticamente lo que debía resolverse de manera jurídica. Entonces, me llama [un personal jerárquico de la Facultad] y me dice que yo tenía que firmar sí o sí, para que se pudiera concretar lo que te dije. Y yo, me negué (...).* (L.D.M 04/03/20)

El relato de L.D.M, pone de manifiesto el modo de actuar en los acuerdos políticos internos de la universidad y en las prioridades que establece cada gestión de gobierno. Mantenerse en el poder implica manejar ciertos juegos propios del campo político

⁶³ Se hace hincapié en lo partidario como categoría de análisis, toda vez que los intereses de la Universidad, facultades y departamentos, no son neutrales como parece que insisten en mostrarse. Detrás de la aparente neutralidad, hay agrupaciones y movimientos pertenecientes a diferentes partidos que actúan a nivel nacional, como la Franja Morada o la Juventud Peronista, por ejemplo. Y los docentes, de diversas maneras cooperan con unos u otros movimientos. De hecho, los docentes votan en función de esos partidos y recurren abiertamente a la colaboración de los militantes estudiantiles cada vez que hay elecciones en la institución. Lo político, específicamente para el caso tratado en este apartado, es necesariamente partidario. En la facultad, cuando hay elecciones, se presentan candidatos que representan a diferentes listas. Ninguno se presenta como neutral. Y todos, tienen algún antecedente de haber militado o simpatizado con alguna agrupación partidaria, cuando eran estudiantes. Además, lo político partidario, también es parte de la identidad de la enfermería, aunque insistan en querer neutralizarlo y borrarlo de los curriculum y las ideas. Bastaría con leer la exquisita obra de Morrone (2013), para dimensionar cómo las estudiantes de enfermería y las mismas enfermeras, por el simple hecho de ser peronistas o identificadas como tales, eran perseguidas, detenidas, secuestradas y desaparecidas. O bien, recibían hostigamiento laboral y despido, a lo largo del tiempo, desde que se instaló el peronismo en este país. Es desde esta perspectiva, que se resiste a ser reducida, simplificada y olvidada, que se aborda el concepto de ‘política partidaria’.

universitario, que no necesariamente coinciden con los lineamientos de las unidades académicas. Finalmente, se termina imponiendo la voluntad del grupo que ostenta mayor poder dentro del campo. Sin embargo, el juego que se da dentro del campo político universitario, por su misma naturaleza, tiene reglas que deben entenderse como parte de un juego en que oficialistas y opositores están de acuerdo en jugar. Así el docente afectado de manera negativa por las decisiones que emanaba de la gestión de turno, puede ser beneficiado en otro momento, afectando de manera negativa a otros docentes.

Los lineamientos y posicionamientos políticos partidarios de los docentes de la carrera de Enfermería inciden directamente en la construcción académica contemporánea de la disciplina. A pesar de ello, tales lineamientos políticos son totalmente invisibilizados en la enseñanza curricular, aparentando una imagen de neutralidad docente regida únicamente por principios y valores científicos al margen de toda discusión política. Lo que resulta ser muy convincente para los estudiantes desprevenidos.

Las reglas de juego son muy malas para enfermería porque no le permiten que desarrolle su autonomía. Y si no desarrollás tu autonomía, no podés ser independiente económicamente. Y entonces siempre dependés cada vez más del poder. ¿Quiénes tienen el poder? Los médicos. (O.D.V 06/10/21)

Así, a los estudiantes se les niega la oportunidad de conocer la historia política y partidaria que subyace a la conformación de la carrera de enfermería y que es muy necesaria para reconstruir la autonomía profesional. De este modo se forman enfermeras y enfermeros incapaces de concebir a la política como factor de cambio social, cultural y laboral:

Y después, eso es lo que se baja... Aunque el alumno no sepa, el estudiante no sepa las internas, eso se plasma, se cristaliza. Y ése, es el profesional que no puede darse lugar en el servicio, revalorizar el trabajo que hace, o cuestionar a otro profesional. A mí, esa parte, me preocupa y demasiado. Pero, a esta altura, no me parece que sea el espacio. Uno tiene que preservarse. ¿Entendés? (G.D.M 13/07/20)

Convencidos de que la enfermería es neutral, en más de una ocasión, enfermeras y enfermeros se identifican como apolíticos y apartidarios, autolimitándose a ejercer las actividades técnico-instrumentales aprendidas en la carrera, reduciendo la profesión a la puesta en práctica de un conjunto de habilidades manuales. Esta apatía política tiene su correlato en la mirada peyorativa sobre las organizaciones sociales y sindicales y produce no

pocos desencuentros y enemistades entre colegas, al momento de conciliar ideas y acciones para conformar organizaciones endógenas que defiendan los intereses de la enfermería.

Es tan profunda y ambigua la negación académica que se hace de la activa participación política partidaria de los docentes que, en las materias de la carrera de enfermería del plan 2004, no se hace referencia a la participación de enfermeras y enfermeros en organizaciones sociales o en partidos políticos. Se omite hablar de la participación de las enfermeras en el rescate de heridos posteriores al bombardeo de Plaza de Mayo; las persecuciones a las enfermeras que se formaron en la Fundación Evita; el secuestro, tortura y desaparición forzada de enfermeras y estudiantes de enfermería durante la última dictadura militar; la participación de enfermeros en la guerra de Malvinas o los efectos nocivos de la implementación de modelos neoliberales en las políticas de salud de los años 90', por ejemplo (Morrone, 2013; Biernat, Cerdá y Ramacciotti, 2017).

Entonces, cuando voy a ingresar a la Escuela de Enfermería, todo el mundo me decía 'no te metas en política, no te metas en agrupaciones, porque los docentes te van a tomar bronca'. Entonces, la mayoría de los enfermeros están adoctrinados en ese sentido, de que el Enfermero no se tiene que meter en política, que tiene que ir, trabajar, cumplir su hora e irse. Pero, lamentablemente, el Enfermero empieza a cuestionar después. Recién cuando se da cuenta de que tiene que tener dos o tres trabajos para poder sobrevivir.⁶⁴ (H.E.V 14/09/21)

La formación académica de los estudiantes de la carrera de enfermería se encuentra íntimamente relacionada con los valores y costumbres de la mayoría de los docentes, quienes reproducen, de manera inconsciente, los mismos métodos de enseñanza y aprendizaje incorporados en su etapa estudiantil. Las experiencias laborales de coerción y de subordinación también son transmitidas en las aulas a modo de ejemplos prácticos o a través de la corrección de exámenes.

En resumen, el plan de estudio para la carrera de enfermería de la Escuela de Enfermería de la UNaM de 2004 se elaboró en base a lineamientos superadores respecto al plan 1982 que privilegiaba una mirada biologicista. Incorporó nuevos lenguajes tendientes a cambiar, por ejemplo, el nombre de *paciente* por el de *sujeto de cuidado*, brindando una

⁶⁴ Entrevista realizada en el marco del Proyecto Pisac Covid 19: "Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la Salud Pública desde las narrativas de sus trabajadores/as" como integrante del equipo de investigación.

perspectiva holística a la disciplina. Las contribuciones teóricas norteamericanas aportaron novedosas herramientas que permitieron realizar investigaciones relacionadas explícitamente al campo de la enfermería. Estos modelos conceptuales y las teorías de enfermería permitieron plantear la formación y la práctica como una profesión con criterios de pensamiento y acción autónomos, respecto de la medicina y otras disciplinas.

El PAE, concebido como un método, sistematizó los cuidados que antes se encontraban dispersos generando una estandarización del corpus de prácticas procedimentales específicas de la profesión.

En los contenidos de las materias del plan de estudio 2004 de la carrera de enfermería, no siempre se abordaron las cuestiones socioculturales que hacen a la educación y la práctica de enfermería. Algunos solo fueron enunciados pero no analizados y otros siquiera considerados. No cuestionaron la herencia formativa de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, que privilegiaba una formación de enfermería, femenina, doméstica, vocacional, caritativa, subordinada, abnegada, cuasi analfabeta⁶⁵ y sumamente médico dependiente. Sino que se limitaron a incorporar aportes teóricos, sin hacer un cuestionamiento de fondo de los supuestos socioculturales que subordinan la enfermería a la medicina.

La sistematización del cuidado a través del PAE, incorporó fundamentos teóricos metodológicos que no supusieron otra cosa más que hacer procedimientos técnicos basados en argumentos científicos. El análisis y la problematización de la subordinación laboral no formó parte de la currícula disciplinar, manteniéndose incólumes los valores sociales, culturales y morales que reducen la enfermería a una práctica femenina y sin valor económico aparente, por el simple hecho de ser practicada por mujeres.⁶⁶

Los debates sociales y culturales en torno a los problemas educativos y laborales de la enfermería, no formaron parte de la currícula académica. Las prácticas político-partidarias que ejercían los docentes no fueron compartidas con los estudiantes, de modo tal que egresaron pensando que los docentes eran neutrales y que la participación y el compromiso político resultaban innecesarios para el crecimiento y desarrollo de la disciplina.

⁶⁵ Para este caso, se utiliza la categoría ‘analfabetismo’ para describir una situación práctica en que las enfermeras y enfermeros carecen de herramientas de conocimientos de las ciencias sociales que les permitan fundamentar su pensamiento y acción frente a otras disciplinas laborales altamente coercitivas, como la medicina, por ejemplo.

⁶⁶ “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 era consustancial al ejercicio de dicha actividad y que las mujeres, por sus condiciones naturales, podían sobrellevarlas sin conflicto”. (Ramacciotti y Valobra, 2017: 310)

Las enseñanzas transmitidas por la mayoría de los docentes eran el fiel reflejo de sus experiencias personales, académicas y laborales incorporadas, éstas quizás no fueron problematizadas por falta de herramientas para realizar un profundo autosocioanálisis que les permitiera ver los sesgos ideológicos, sociales, culturales y de género que subyacían a sus prácticas educativas. Al no dimensionar la influencia real que tienen las ideas y experiencias previas en la práctica educativa, muchos docentes aportaron a la continuidad de la perspectiva laboral médico dependiente, al omitir, por indolencia o desconocimiento, explicar a los estudiantes el rol REAL de sumisión jerárquica y subordinación de género que padece la enfermería en el campo laboral, en la actualidad. En síntesis, conociendo la historia de enfermería y la perspectiva docente cabe preguntarse ¿qué opinión tienen los graduados acerca de la formación recibida y del trabajo que realizan?

CAPÍTULO 3: LOS PROFESIONALES EGRESADOS DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

“La clave de la transformación de la enfermería misionera está en la Escuela de Enfermería. Y nosotros seguimos buscando afuera, en la terapia. Y ahí, no está” (O.D.V 06/10/21).

En este capítulo se establece un recorrido por varios nudos problemáticos desde el trayecto social, académico y laboral de un grupo de enfermeros y enfermeras de la provincia de Misiones -egresados de la Escuela de Enfermería, de la FCEQyN de UNaM-, tomando las subjetividades como material para entretejer tramas colectivas que han tenido y tendrán impacto histórico en el campo de la Enfermería en Misiones. Se describen las principales características académicas y laborales de cada uno de ellos, las concepciones acerca del ejercicio profesional, el espacio y los agentes que hacen y se instituyen como enfermeros.

Como señalamos en la Introducción, nuestra estrategia metodológica se sustenta en la etnografía, cuya perspectiva holística nos permite enmarcar las historias de vida para ensamblar la inscripción de esa vivencia subjetiva en la experiencia colectiva. No se trató de recuperar las historias de vida en sentido clásico sino más bien reconstruir las trayectorias a partir de relatos sobre etapas o aspectos de la vida de los sujetos para establecer comparaciones. Los registros fueron organizados según las categorías que interesaba analizar, lo que permitió consolidar la narración en sentido de texto, luego de varios momentos en los que fue necesario ficcionalizar la palabra de los interlocutores a fin de objetivar lo dicho oralmente en un ejercicio de distanciamiento: a) la transcripción del relato oral y b) la lectura sistemática comparativa del conjunto de relatos (Chirico, M. 1992: 7-27). Incluimos en el Anexo de este informe algunas de las historias construidas porque constituyeron el primer momento de la secuencia analítica y a partir del cual se fueron reconociendo los ejes significativos que conforman los temas de este capítulo.

Presentación de los colegas entrevistados

Los seis interlocutores cuyas experiencias se presentan en este capítulo, son egresados de la Escuela de Enfermería, de la UNaM (Universidad Nacional de Misiones). Cursaron las

materias del plan de estudio del año 2004 y en sus familias son la primera generación de universitarios. Como se advirtió previamente a los lectores, por un acuerdo ético realizado antes de iniciar cada entrevista, se utilizaron tres letras para identificar a los interlocutores y mantener el anonimato.

A.E.V, tiene 33 años, aproximadamente. Vive en la ciudad de Posadas. Está casado por iglesia y por civil. Trabaja en relación de dependencia en un hospital público de la ciudad. Vive en cercanías del lugar de trabajo. No tiene interés en cursar la licenciatura en enfermería. Define la enfermería como *“arte y sacrificio”. Sacrificio. Porque tenés que bancarte muchas cosas en el trabajo. Gente que te quiere agredir. Gente que no te entiende. Y vos, tenés que bancarte todo, a pesar de todo”*. Cuando estudiaba la carrera, vivía con los padres.

M.E.M, tiene 37 años, aproximadamente. Vive en la ciudad de Posadas. Tiene un hijo en edad escolar. Trabaja en relación de dependencia en un hospital público de la ciudad. Continúa cursando la Licenciatura en Enfermería, en la Escuela de Enfermería de la UNaM. Define la enfermería como *“prevención”. Es cuidado. Es ser docente porque uno enseña también, al paciente. A mí, me gusta. Más allá de tener ‘cada persona’ [agresiva y violenta] que venga a consultarte”*. Cuando estudiaba enfermería, estaba en pareja y tenía un hijo.

F.E.M, tiene 33 años, aproximadamente. Vive en Posadas. Tiene una hija en edad escolar. Vive en la casa de sus padres. Trabaja sin relación de dependencia en un sanatorio privado de la ciudad. Relata que se siente tan decepcionada con la enfermería que prefiere no ser Enfermera sino solamente trabajar como tal. Estudia una segunda carrera, en una institución terciaria. Define a la enfermería como *“asistencia al paciente”*. Considera que es una profesión *“porque sale de la facultad”*. Vivió con sus padres y dos hermanas, mientras estudiaba la carrera de enfermería.

R.E.V, tiene 39 años, aproximadamente. Vive en la ciudad de Posadas. Soltero. Padre de dos hijos en edad escolar. Trabaja en relación de dependencia en un hospital público de la ciudad. Tiene interés en cursar la Licenciatura en Enfermería, pero, los tiempos laborales, las responsabilidades familiares y las condiciones de cursado de la carrera (presencial), tornan imposible su deseo. Vivió en la casa de los padres, en compañía de siete hermanos, durante todo el cursado de la carrera.

M.E.V, tiene 40 años, aproximadamente. Originario del Paraguay, nacionalizado argentino. Vive en la ciudad de Posadas desde que llegó al país. Convive con su pareja desde hace varios años. Es uno de los tantos enfermeros que tiene doble empleo. Trabaja en una institución pública y en una institución privada. Estudió la Licenciatura en Enfermería en una Universidad privada, de la cual egresó hace unos meses. Define a la enfermería como “*ciencia y arte. Ciencia, porque tienen saberes científicos. Y arte porque más allá de que tenés saberes intelectuales, requerís de cierta intuición y habilidad para integrar los conocimientos cognitivos con la necesidad de atención del sujeto*”.⁶⁷

H.E.V, Tiene 29 años, aproximadamente. Posadeño de origen. Vive con la pareja, con quien comparte la misma profesión. Tiene doble empleo desde que comenzó a trabajar como Enfermero, inclusive, llegó a tener tres empleos. Actualmente, se desempeña laboralmente en dos instituciones públicas. Se recibió de Licenciado en Enfermería en una universidad privada, porque no le daban los tiempos para adaptarse al sistema presencial de la UNaM. Cuando cursó la carrera de enfermería vivía con la madre.

Los entrevistados, cuatro varones y dos mujeres, son oriundos de la ciudad de Posadas, salvo uno que es oriundo de la República del Paraguay. Pasaron la infancia y adolescencia junto a sus padres. Cursaron los estudios primarios y secundarios en escuelas públicas. La dinámica familiar variaba en cada situación aquí problematizada. Mientras en algunas familias el jefe de hogar era el padre, en otras la jefa de hogar era la madre.

Ninguno de los interlocutores tuvo que trabajar en la infancia ni en la adolescencia. Conservan algunas amistades juveniles aunque la mayoría de esas amistades no llegó a la Universidad. Relatan que en la adolescencia se dedicaron a estudiar, practicar deportes o cultivar la amistad. Eventualmente iban a bailar con los grupos del barrio o de la escuela secundaria.

Relataron que la elección de la carrera de enfermería, no fue la primera opción. Pero sí la que más relación tenía con el aprendizaje de anatomía, fisiología y cuidado de la salud. Tuvieron en cuenta la gratuidad de la educación, el tiempo de formación y las probabilidades de inserción laboral al momento de elegir la carrera de enfermería. Casi todos tienen algún familiar relacionado con el ámbito de la salud.

⁶⁷ Entrevista realizada en el marco del Proyecto Pisac Covid 19: “*Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la Salud Pública desde las narrativas de sus trabajadores/as*” como integrante del equipo de investigación.

La Escuela de Enfermería les quedaba relativamente cerca de sus hogares, a pocos minutos, viajando en transporte urbano de pasajeros. En la mayoría de los casos vivían en la casa de los padres cuando cursaron la carrera.

La mitad de los entrevistados trabajaba cuidando personas para poder solventar los gastos académicos; los otros tres, cursaron la carrera sin necesidad de trabajar. No participaron activamente en política estudiantil, salvo uno que refirió haber formado parte de diferentes movimientos estudiantiles y participar activamente en *el acampe* (episodio ocurrido entre septiembre y octubre de 2020, mencionado en el capítulo 1).

Todos los interlocutores coinciden en su origen: familias organizadas en torno a un *proveedor* que podría ser el padre o la madre; los *proveedores* tenían oficios variados.

La cercanía y la accesibilidad, fueron fundamentales a la hora de elegir la escuela primaria o el colegio secundario, inclusive la carrera universitaria. Dedicarse enteramente a estudiar en la primaria y secundaria da cuenta de que las familias privilegiaban la educación general básica.

La educación pública estuvo presente en todos los años de estudio, desde la primaria hasta la universidad. Aunque algunos optaron por la oferta privada para concluir la licenciatura, ya que los horarios de estudio de la Escuela de Enfermería coincidían con los horarios del trabajo.

Antecedentes de enfermería y elección de la carrera

El acercamiento a la carrera estuvo mediado por múltiples factores: el antecedente de tener algún familiar que se desempeñaba en el campo de la salud, el gusto por las ciencias naturales, el tiempo de duración de la carrera, la posibilidad de acceso rápido a un trabajo estable y la imposibilidad económica de estudiar otras disciplinas.

A.E.V, tiene más de un familiar que se desempeña en el campo de la salud. “*La madrina de casamiento de mi papá es Enfermera y el marido es Psiquiatra. Bueno, mi mamá trabajó en el Ministerio de Salud de la Nación. Mi papá trabajó en Sanidad de frontera*”.

Eligió la carrera por una “*salida laboral rápida. Estudias y empezas a trabajar. No dependes de alguien, mayormente. Enfermería es un trabajo que tiene salida laboral muy rápida. Cuidas gente*”. Antes de optar por enfermería, se propuso estudiar medicina y/o kinesiología, pero el ingreso familiar era insuficiente para mantener estudios en otra provincia. La madre era quien solventaba los gastos familiares a través del empleo en una institución pública nacional. El padre era director técnico de fútbol infantil, aunque durante

mucho tiempo no tuvo acceso a un trabajo estable. Al no tener hermanos, el único ingreso familiar fue suficiente para costear los gastos que implica estudiar en la Universidad Pública. Ser Enfermero, le permitió brindar cuidados cualitativos al padre, en el hospital y en el hogar, cuando padeció una enfermedad terminal.

M.E.M, estudió la carrera de Contador Público, durante tres años, pero desertó por motivos económicos. Relató que decidió estudiar enfermería, cuando nació su hijo con una patología prenatal y recibió una atención sumamente cuestionable en un hospital público de la ciudad de Posadas. *“¡No quería que me tomen de pelotuda! Quería que hagan las cosas bien. Como tienen que ser, con mi hijo. Porque muchas veces no hacen las cosas como corresponde”*.

El padre de M.E.M., es Licenciado en Enfermería y trabaja en una institución pública de la ciudad de Posadas y la madre era ama de casa. Sin embargo, cuando cursó la carrera de enfermería convivía con la pareja. Dado la enfermedad terminal que padeció la madre y los problemas de salud del hijo, la carrera le resultó más extensa, por el excesivo y demandante tiempo de atención que requirieron los cuidados de familiares directos.

F.E.M, quería estudiar un profesorado en lenguas extranjeras, pero las condiciones económicas de la familia la hicieron desistir. En ningún momento eligió estudiar enfermería, sino que fue una imposición materna. Decidió aceptar la imposición porque le permitiría conseguir trabajo a corto plazo para poder emanciparse de los padres. *“Tenía que estar bancándome a mi familia, en mi casa. Y tener mi plata, iba a ser más fácil”*. Tiene una tía materna que es enfermera. El padre es mecánico automotor y la madre es ama de casa.

R.E.V, quería estudiar una carrera universitaria para tener la oportunidad de conseguir un empleo estable y ascender en la escala social. Sintió interés por la biología humana, desde la primaria. Encontró en la carrera de enfermería la oportunidad de aprender anatomía. El padre es auxiliar de enfermería y ejerce en un hospital público de la ciudad de Posadas, la madre es ama de casa. Fue el único de ocho hermanos que pudo llegar a la Universidad Pública. Relata que por ser muchos integrantes en la familia y las pequeñas dimensiones del hogar familiar (que en ese momento era una sala con dos habitaciones y un baño letrina al fondo de la casa), solamente podía estudiar por las noches.

La verdad, siempre me interesó el tema de la salud. Sí... Porque yo me acuerdo que en cuarto grado venían a dar esas charlas de sexualidad o de embarazo, desde ahí siempre me gustó, clases así, de ese tipo. Pero no es que yo quise ser Enfermero solamente porque mi papá era Enfermero. También pensé lo que todos pensaban, estudiar enfermería porque es más fácil, más corto, más rápido y conseguís trabajo rápido. Y la verdad que conseguí trabajo antes de recibirme. Así que eso fue cierto. Una carrera de tres años, viste. Porque todas las carreras son cinco o seis años. (R.E.V)

M.E.V, eligió la carrera de enfermería, a través de la orientación que recibió por parte de un amigo de su pareja. Antes, había intentado estudiar *Ingeniería Comercial*, pero no concluyó la formación. También estudió *Auxiliar de farmacia*, pero no logró conseguir trabajo. Estudió *cocina*, en una escuela nocturna durante dos años, esos conocimientos le permitieron trabajar en bares y restaurantes para solventar sus gastos académicos durante los primeros años. Tiene un familiar que es técnico radiólogo, pero lo vio una sola vez en 40 años. El principal motivo de la elección de la carrera fue económico: “*Lo vi como una salida laboral rápida. No fue porque alguien de mi familia era Enfermero. En mi caso, no*”.

H.E.V, eligió la carrera por invitación de una compañera con la cual habían terminado la secundaria. Quería estudiar Licenciatura en Trabajo Social, pero por cuestiones de tiempo y posibilidades laborales, se orientó por la enfermería.

Y era más factible estudiar enfermería, porque tenía una salida laboral más rápida, digamos. Pero no tenía ni idea de lo que era la enfermería. Y después, sí. Cuando ingresás a la Universidad, en el primer año, como que te vas empapando de todo. Me di cuenta que realmente era lo que quería. Claro, viste, o sea, desde un lugar distinto al trabajo social. Pero, es lo que me gusta hacer y bueno. Ahí, estudié⁶⁸. (H.E.V)

La necesidad de acceso rápido a un empleo cualificado y estable, da cuenta de la emergencia por hacer una carrera que les permita estabilizarse en la vida laboral y social. Asegurarse un cupo en el mercado laboral, generaba las posibilidades adecuadas para emanciparse del hogar paterno, manejar dinero propio, estudiar una nueva carrera o adoptar un estilo de vida que solo es posible por medio de un salario mensual más o menos seguro.

Cuatro interlocutores quisieron estudiar una carrera relacionada con las ciencias sociales, antes de ingresar a la carrera de enfermería. Solamente un entrevistado indicó que

⁶⁸ Entrevista realizada en el marco del Proyecto Pisac Covid 19: "Transitar de la pandemia a la postpandemia, desafíos y posibilidades de los nuevos escenarios en la Salud Pública desde las narrativas de sus trabajadores/as" como integrante del equipo de investigación.

optó por estudiar enfermería luego de haberse frustrado los deseos de estudiar otras carreras relacionadas con el ámbito de la salud.

En la mayoría de los casos, la principal motivación para acceder a estudiar la carrera de enfermería se correspondía con inquietudes financieras. En ningún caso relataron que el amor o la vocación fueran el factor preponderante a la hora de elegir la carrera. Lo que da cuenta de que los valores morales y religiosos emergen y se naturalizan en la etapa de formación.

El origen social, la representación social de la enfermería como trabajo que brinda remuneración más o menos estable y la posibilidad de ascenso social, es una característica que se mantiene desde los orígenes de la enfermería en Argentina. Inscribiéndose de esta manera en la relación que condiciona la reproducción social o movilidad social ascendente de los agentes del campo (Bourdieu y Passeron, 1977:4).

Experiencia académica en la Escuela de Enfermería

Las materias disciplinares eminentemente biologicistas y con talleres que incluían prácticas hospitalarias, fueron las predilectas de nuestros interlocutores. Las materias con contenido de Ciencias Sociales o Psicología, no fueron consideradas como aportes en su formación.

A.E.V, tenía predilección por las materias que incluían talleres de simulación y prácticas hospitalarias. En la materia “Enfermería comunitaria” le *“gustaba ir a la práctica, a la casa de las familias, a controlar la presión y hablarles de alimentación”*. La materia “Enfermería en el cuidado del adulto y del anciano” le resultaba interesante *“porque ahí se aprende la parte técnica del trabajo. El control de signos vitales. Las curaciones. Colocación de sonda nasogástrica. Vía periférica. Sonda vesical. La parte práctica. Todo lo que es el trabajo del Enfermero a nivel práctico”*. En “Enfermería materno-infantil”: *“me gustó mucho trabajar con las embarazadas, con los partos”*.

Le disgustaba “Enfermería infanto juvenil” porque *“durante todo el año no dio nada. Como que no hacía que la materia te importe. No hacía que el chico se interese. Daba todos los días lo mismo. Las mismas preguntas, las mismas respuestas”*. “Psicología evolutiva” y “Psicología de la personalidad”, también le disgustaron porque no eran instrumentales: *“Si te decían que un paciente era loco, te decían el porqué. Pero no cómo tratarle”*.

M.E.M, sentía la misma predilección que E.A.M., le gustaba la materia “Bases conceptuales y metodológicas de la enfermería” porque *“ahí aprendes más lo que aplicas en las prácticas. Tenés la metodología, paso a paso. El porqué y el para qué”*. “Enfermería en el cuidado del adulto y el anciano” era interesante porque *“daba la parte de oxígeno y todas esas cosas de fisiología. La parte interna del cuerpo”*.

Le disgustaron dos materias: “Administración en enfermería”, porque le enseñaba fórmulas matemáticas que no se aplicaban a la realidad práctica, e “Historia de la enfermería” porque los temas se repetían: *“ya se da en primer año y en el ingreso”*.

F.E.M, sentía interés por las materias con contenido biológico. *“A mí me gustaba todo lo que sea medio interno. Electrolitos, balance, etcétera”*.

“Psicología evolutiva” y “Problemática socioeconómica del NEA”, le parecieron dos materias poco aplicables al trabajo en el campo profesional. La primera, porque no le enseñaba cómo tratar los problemas psicológicos que ocasiona el trato directo con el sujeto de cuidado. Y la segunda, porque el docente solamente hablaba de política partidaria y no les enseñaba los problemas de salud prevalentes en la región.

R.E.V, disfrutaba de salir a recorrer los centros de salud como parte de las prácticas de la materia “Enfermería comunitaria”. Relató que le gustaba “Enfermería en el cuidado del adulto y el anciano” y “Enfermería infanto juvenil” porque en las clases se hablaba continuamente de fisiopatologías.

Le disgustaba “Problemática socioeconómica del NEA”, “Administración de enfermería” e “Historia de la enfermería”, porque tenía que hacer trabajos prácticos que luego no tendrían aplicación real en el campo laboral.

M.E.V, refiere haber pasado un sinnúmero de penurias económicas y alimentarias durante su formación académica, motivo por el cual tiene pocos recuerdos de su tiempo de estudiante. *“Me costó muchísimo. Acá, sí que conocí lo que era el hambre y la miseria. Fue muy traumático. Pero, salí a flote. (...) En primer año, la primera materia que rendí, me fue mal y abandoné la carrera”*. Trabajó durante toda la etapa de formación; al principio trabajó en bares y restaurantes; después se dedicó al cuidado de personas en sanatorios y domicilios particulares.

H.E.M, también trabajó durante toda la carrera: *Yo, desde el primer año trabajaba en geriátricos, cuidando pacientes. Y después que terminé de cursar, me faltaban materias para terminar, ingresé a trabajar en un sanatorio.*

Las materias con contenido social y de psicología, no fueron apreciadas por los enfermeros, los temas parecían muy lejanos a lo que necesitaban para su ejercicio profesional. Sin embargo, señalaron una predilección excepcional por las materias biológicas y con contenido práctico. Los relatos no coinciden con el ideal formativo del plan de estudio 2004; en ningún caso manifestaron algún tipo de compromiso social o político. Inclusive, una de las entrevistadas reclamó que en una materia se hablaba de política partidaria y no de problemas prevalentes de la región, dando cuenta de su desinterés por los temas sociales.

La realidad social y política que debían reconocer los enfermeros para inscribir sus prácticas profesionales nunca pudo ser transmitida sistemáticamente por los docentes. Prueba de ello son las constantes referencias a la importancia de las materias que tienen relación directa con la práctica hospitalaria. Esto no es novedoso si se tiene en cuenta que, como mencionamos en el capítulo dos, los docentes no hicieron referencia explícita a la formación política y social de los estudiantes, siendo que era parte del perfil del graduado que egresaría de la carrera.

Los docentes entrevistados en el capítulo anterior y los enfermeros mencionados en este capítulo, no hicieron referencia alguna a líneas de investigación en las que estuviesen trabajando. De esta manera, tampoco se cumple con otro ideal propuesto en el perfil del graduado.

El método de enseñanza de la mayoría de los docentes, al igual que la -aparente- falta de participación en proyectos de investigación, no logró que los estudiantes dimensionaran la importancia de incorporar conocimientos sociales que les permitieran problematizar la formación y la práctica. Estos pudieron haber sido alguno de los factores predisponentes para que los enfermeros y enfermeras consideren que la profesión se reduce solamente a una consecución práctica de procedimientos mecánicos y conocimientos biológicos totalmente dependientes.

La endeble formación en los temas sociales generó el espacio suficiente para que las materias biológicas se antepusieron por sobre las demás, generando una falta de argumentación sociológica, dando lugar a la incorporación libre y sin cuestionamiento de ideas místicas respecto de la profesión. Es decir que la edificación de un sentido común colectivo, que no se pregunta más allá de lo evidente, se contrapuso a lo postulado por Bachelard: “Para un espíritu científico todo conocimiento es una respuesta a una pregunta. Si

no hubo pregunta, no puede haber conocimiento científico. Nada es espontáneo. Nada está dado. Todo se construye” (2003: 16).

En la experiencia de nuestros entrevistados, las cuestiones sociales no ingresaron como marco de referencia para comprender el lugar y el rol de la enfermería en el ámbito de la salud, como un espacio para interrogarse sobre las relaciones con los sujetos de cuidado y sus familias, ni sobre la importancia de conocer el contexto de vida de éstos para ajustar las propuestas de intervenciones de cuidado. Esta debilidad reforzó la relevancia de los aspectos biológicos de la formación consolidando la visión biologicista e instrumental.

Percepción de la enseñanza recibida

El plan de estudio del año 2004 incorporó conocimientos sociales en el currículum; sin embargo el modo de transmitirlos no permeó en la percepción de los interlocutores quienes expresaron un fuerte rechazo por los contenidos teóricos y metodológicos de las materias disciplinares.

A.E.V, cursó hasta el primer año de la Licenciatura en Enfermería. Pero, le pareció que no le aportaría mayores conocimientos prácticos. *“Yo pienso que [Enfermería del Cuidado del Sujeto] Crítico,⁶⁹ se hizo para mantener el hilo del estudio nomás. Ciertas partes son interesantes y aplicables, otras partes no. Desde mi punto de vista, como me gusta la práctica, no le veo muy aplicable a la licenciatura”*. Considera que el PAE funciona únicamente en la Escuela de Enfermería, en la práctica no tiene utilidad. No obstante, su respuesta es contradictoria:

Tanto estudié y ahora no le uso nada. Justamente, todo lo que tiene que ver con el concepto de sujeto de cuidado y PAE no tiene aplicación. Trabajás de forma consciente y te enfocás en lo que tenés que hacer. No se escribe de eso, en el trabajo... Tiene utilidad, pero de una forma no escrita. Inconsciente. No teórica. Sino que vos ves al paciente y te enfocás. (A.E.V)

Se siente conforme con el trabajo que realiza, pero un sentimiento ambivalente lo hace renegar: *“No valoran tu esfuerzo. No te agradecen, el tiempo que le dedicás. No tienen por qué hacerlo, pero bueno uno deja la vida para darles vida a ellos y nadie te reconoce. Darte un gracias a veces hace bien”*. A su entender la visión social sobre el trabajo de enfermería está dividida.

⁶⁹ Enfermería en el cuidado del sujeto crítico. Materia que se dictaba en el primer año de la licenciatura en enfermería, plan 2004.

Una parte de la sociedad, piensa que está en la escala más nefasta. Pero yo pienso que está en la escala más alta. Algunos te valoran y muchas veces te dicen 'el enfermero viene siete u ocho veces. El médico viene una sola vez'.

La experiencia laboral, lo hizo desistir de la posibilidad de continuar estudiando. *"Ahora no sé nada. No me interesa saber nada, tampoco. Me cansó. No me gustó. No me llamó la atención"*.

Intentó ampliar sus conocimientos, pero lo aprendido resulta complejo de poner en práctica aunque modificó su mirada sobre su accionar profesional; lamentó que los otros no vean la complejidad de su tarea y el compromiso que le imprime.

M.E.M, argumenta que el tiempo de trabajo y la gran demanda de atención a la que son sometidas las enfermeras impiden que se pueda realizar un procedimiento de enfermería metódico, como lo prescribe el PAE. *"Yo no lo ocupo. Ni siquiera cargo a los pacientes [en el sistema informático] Creo que muy poco se utiliza, te demanda otro tiempo más. Y a veces la demanda de gente es mucha"*.

Se siente conforme con la carrera elegida. Pero reclama que la remuneración que recibe por el trabajo que realiza no le permite llegar a fin de mes. Motivo por el cual tiene más de un trabajo. *"Estoy disconforme con el sueldo. Estaría re copado que te reconozcan un poco más. ¿No? El sueldo es poco... ¿Entendés? Tengo que trabajar sábado y domingo. Y eso que tengo un solo hijo. ¿Entendés?"*.

Considera que la falta de reconocimiento social hacia la enfermería no es patrimonio exclusivo de las personas a las que atiende sino el resultado del trato que tiene el Estado con los enfermeros y enfermeras. *"Algunos te mandan a la puta, porque no tenés leche, porque no tenés cierta vacuna. Y es así el sistema. Pero si el mismo Estado no nos reconoce con el sueldo miseria que nos da, imaginate esa gente"*.

F.E.M, cree que la Escuela de Enfermería *"no te prepara para la verdad"*. Sus observaciones la llevaron a concluir que los docentes buscan sus propios beneficios en desmedro de los estudiantes: *"A la Escuela le interesa el número de egresados. Todos están más preocupados por ser docentes, por llevarse un cargo, por llevarse la titularidad, por ser vicedirector, por ser director, por salir en la tele"*.

Considera que no brindan una buena educación *"porque no les interesa eso. Porque ellos quieren hacer enfermeros ignorantes. Que no vayan a pelearle al médico. Entonces, el médico se la pasa diciendo: 'A los enfermeros yo les enseñé lo que saben'"*.

Piensa que el modelo de enseñanza de enfermería omite explicar la realidad laboral. *“Te dicen ‘esto, aquello’. Te dibujan algunas cosas. Y después cuando vos salís, te chocas con la realidad”*.

Concibe la enfermería como actividad rutinaria y mecanicista que hace poco probable la aplicación metodológica del PAE.

¿Qué plan de cuidados? Si lo haces todo de manera mecánica. Hay cosas que ya sabés, por la práctica. Por ejemplo, ¿tiene dificultad respiratoria? lo mantenés sentado. ¿Tiene sonda vesical? cuantificás la diuresis. Hay cosas que uno lo tiene incorporado. (F.E.M)

La desvalorización profesional que sintió en el campo laboral la hizo decepcionarse de la formación recibida y la carrera elegida. *“A mí personalmente no me gustó nada de enfermería. Por ahí quizás algunas cosas estuvieron buenas. Cuando alguna gente te agradece. Cuando se va bien y reconoce”*.

La autonomía profesional que se predicaba en la Escuela de Enfermería tenía poco o nada que ver con su experiencia laboral: *“Cualquiera te manda. No saben nada y te mandan. No te valoran”*.

R.E.V, fue el menos dramático con la percepción de la enseñanza de enfermería. No cargó demasiadas expectativas en la carrera. Tal vez, porque su único objetivo era recibirse y conseguir un trabajo estable. *“Yo quería, como te dije, ir a escuchar la clase y aprender. Y nada más. Y terminar la carrera. Después ir a trabajar y practicar. ¿Entendés? No me gustaba mucho eso de hacer prácticas o de ir a las prácticas”*.

M.E.V, manifiesta que el PAE es útil pero de manera inconsciente. Es decir que se usa, pero sin saberlo. Finalmente relata que esa etapa de su vida no le trae gratos recuerdos por lo que no le interesa recordar nada de la carrera de Enfermería.

H.E.V, la militancia estudiantil de años anteriores permitió que cambien algunas cuestiones académicas que beneficiaron a los estudiantes:

Yo creo que, gracias a Dios, ahora, la Escuela de Enfermería, dentro de todo, cambió el paradigma. Los estudiantes cambiaron el paradigma de lo que era cuando nosotros ingresamos a lo que son ahora. Antes, nosotros por ejemplo, si rendíamos un parcial, tardaban un mes, dos meses y ya estábamos rindiendo

el segundo y el tercer parcial y ni siquiera sabíamos la nota del primero (...).Y también la toma de la Escuela de Enfermería. Y desde ahí, yo creo que cambió. El estudiante no se deja pasar por encima. Reclama sus derechos. Y ese fruto se ve, porque la mayoría de los que estuvieron en 'el acampe', son de esa generación. Toda lucha siempre deja algo ¿Entendés? (H.E.V)

La visión de la metodología de enseñanza estuvo atravesada por un fuerte rechazo del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), incorporado a partir del plan de estudio del año 2004. El PAE permite sistematizar los cuidados a través de modelos de atención de enfermería específicos que organizan las actividades y los tiempos de atención en base a técnicas y procedimientos de probada eficacia, que permiten brindar un cuidado de alta calidad y efectividad. Sin embargo, los enfermeros y enfermeras no lo ven de esa manera. Los tiempos laborales y la excesiva cantidad de personas a cargo del cuidado de un enfermero, hace que la puesta en práctica de manera sistemática, sea imposible.

La excesiva demanda de atención a la que se someten diariamente enfermeras y enfermeros gira la visión de *cuidado* centrada en el *sujeto*, que proponía el plan 2004, a la *atención* en torno al *paciente*. Esta visión, médica, biologicista y hospitalaria, nada tiene que ver con el PAE. Y subsume el cuidado integral en una atención a demanda y en base a órdenes médicas.

La demanda, que siempre es excesiva, privilegia la cantidad de atención y no la calidad del cuidado. De este modo los enfermeros encuentran la primera y gran contradicción entre los métodos de enseñanza de la Escuela de Enfermería y las reglas reales de trabajo intrahospitalario. Y por ello piensan que la Escuela de Enfermería enseña una versión de manual, muy necesaria, pero omite mencionar que en el campo laboral impera el modelo de trabajo médico, dependiente, biologicista y patologisante, que solamente acepta su propia

El PAE, para ser realizado de manera sistemática y adecuada, requiere la utilización de tres manuales. Además de la teoría de cuidado que se elija, cada manual aborda una cuestión de cuidado específica: Diagnósticos de enfermería; Intervenciones de enfermería; Resultados esperados. Además, antes de utilizar los manuales se debe realizar una observación holística exhaustiva del sujeto de cuidado. Acción que absorbe una cantidad de tiempo considerable por cada sujeto observado; los datos recabados en esta observación, deben ser volcados en una planilla que se conoce con el nombre de *plan de cuidado*. A partir de allí se buscan los posibles diagnósticos, los resultados y las intervenciones que coincidan con esos diagnósticos; recién a partir de esta etapa se realiza la puesta en práctica de las intervenciones de enfermería. Finalmente se evalúa la efectividad del plan de cuidado.

El plan de cuidado incluye cinco momentos: valoración, diagnóstico, intervención, resultados esperados y evaluación. De éstos la valoración se cumple parcialmente, el diagnóstico y la intervención se realizan, los resultados esperados se establecen parcialmente y la evaluación no se realiza.

Debido al tiempo que demanda la realización del procedimiento completo, según se enseña en la Escuela de Enfermería y la falta de aplicaciones electrónicas que permitan la carga de los datos de manera automática en los ambientes hospitalarios, la realización del PAE es virtualmente imposible. Por ello los enfermeros no lo consideran como parte de la labor diaria y, en el mejor de los casos, consideran que se usa de manera inconsciente, como algo ya incorporado que no necesita reflexión permanente.

El tiempo y la demanda laboral, no son la única explicación posible. En apartados anteriores de este mismo capítulo, los enfermeros mostraron una predilección por las materias biológicas y procedimentales, dejando en segundo plano las materias con contenido social.

Los *diagnósticos de enfermería* se basan en criterios de observación y valoración sustentados en la utilización de una amplia gama de conocimientos provenientes de las ciencias sociales y las ciencias naturales. Distinguiéndose radicalmente de los diagnósticos médicos, por la perspectiva desde la que se recolectan los datos, que no privilegia la visión biologicista sino una mirada integral. A esto hay que sumarle que en el ambiente hospitalario impera la visión biologicista del paciente, centrada en el cuerpo humano, enfocándose exclusivamente en la patología antes que en la persona. En este contexto, el valor que se le puede otorgar a un plan de cuidado, es prácticamente nulo: porque no cumple con los requerimientos de atención que demanda el modelo biologicista y los mismos enfermeros no le otorgan valor a sus diagnósticos y se conforman con la tarea dependiente y biologicista que realizan en el ámbito hospitalario.

Como ya se mencionó antes, en la propia formación en enfermería, los mismos docentes no le otorgan el sentido político y social que tiene el plan de cuidado, como herramienta para la autonomización de la profesión. De este modo solamente reproducen el PAE, presentando su potencialidad como instrumento para generar una estrategia de cuidado centrada en el sujeto y su entorno, pero no se reflexiona sobre sus implicancias sociolaborales e históricas.

La decepción con la formación recibida comienza en la etapa laboral: los enfermeros encuentran que la metodología académica es poco aplicable al campo práctico y que las materias prácticas y biológicas tienen la limitación propia de su objeto. Es decir, su trabajo cotidiano no llega a constituirse como práctica socio-laboral que permita una actitud

interrogativa de cuestionamiento y de resistencia, propia de una performance reflexiva y crítica, para plantear en los espacios de trabajo instancias de encuentro, diálogo y retroalimentación interdisciplinaria. En lugar de ello emergen constantes situaciones conflictivas, tensiones y confrontaciones entre pares, producto de la subalternización laboral de la enfermería:

La adhesión con el opresor – la alienación que supone internalizar y promover sus creencias y valores – origina comportamientos de violencia horizontal entre los miembros del grupo oprimido. La consecuencia de la internalización de una visión negativa de sí mismo (baja autoestima y la depreciación) que ocurre cuando se produce la adhesión al opresor y la incapacidad de los oprimidos de cuestionar las figuras que detentan el poder (debido a esa misma autodepreciación y sumisión a la que la baja autoestima conduce) conducen a que la agresividad acumulada se proyecte contra los miembros del propio grupo antes que contra el opresor (Medina Moya, Schubert Backes, do Prado, Sandin, 2010: 614).

La insuficiente disposición de herramientas de análisis social para problematizar, reflexionar y cuestionar el entorno político y laboral, reducen drásticamente las posibilidades de autonomización de los enfermeros y enfermeras en el ámbito nosocomial, dejándolos expuestos e indefensos ante los violentos ataques simbólicos, reduccionistas y prejuiciosos, que ejercen los profesionales de otras disciplinas en el campo de la salud.

Entre los conocimientos adquiridos y las necesidades profesionales

Las condiciones de trabajo actual y la formación instrumental recibida están tan estrechamente relacionadas que los comentarios de los entrevistados giran en torno al conocimiento o desconocimiento de una o varias técnicas instrumentales como único medio posible para lograr la autonomía y el reconocimiento socio laboral.

La autonomía profesional y el reconocimiento sociolaboral se limitan a ser pensados como aprendizaje y repetición mecánica de un trabajo manual que, si bien requiere de un proceso de racionalización determinado, no implica un análisis crítico del espacio social en el que se desarrolla.

A.E.V, considera que recibió una formación técnica instrumental insuficiente; a su criterio, deberían incluirse nuevas materias prácticas para maximizar la eficiencia práctica y la autonomía laboral:

¿Cómo tratar un globo vesical? ¿Cómo tratar una disnea? ¿Qué hacer ante un óbito? Por ahí, primeros auxilios. De eso, nunca se dio nada. Yo entendí por otro lado, primeros auxilios, por internet. Cosas que no se aprendieron en la facultad... sería bueno que se implementen. Además, es bueno tener farmacoterapia. Y ahí, está bueno para que los chicos sepan lo que es trabajar con medicamentos. Me hubieran enseñado en qué tipo de área se usa más un medicamento que otro, por ejemplo. (A.E.V)

M.E.M, establece una relación entre la formación teórica con la enseñanza técnica procedimental. No obstante, reconoce que el procedimiento técnico, tal cual se enseña en la Escuela de Enfermería, no se aplica en la práctica laboral:

En la teoría está muy bueno el concepto, los pasos a seguir, todo. Pero muchas veces se saltan, en la práctica, los pasos. Por ahí, por la demanda que tiene el enfermero, también. La teoría, se aplica a medias. Y a veces, ni se aplica. La teoría es muy metódica, que no está mal. Y en la práctica, no. En la práctica, la mayoría trata de ser menos metódico. Muy poco es lo que se coincide, con las dos cosas. No van de la mano. (M.E.M)

F.E.M, entiende la enseñanza teórica como la fundamentación de los procedimientos de enfermería; sin embargo propone el reemplazo de materias teóricas por talleres prácticos. “La teoría de cómo curar una vía central. De cómo cuidar un paciente con estoma. Deberían enseñar primeros auxilios, farmacología. ¿De qué te sirve psicología evolutiva? ¡De nada! No des psicología. Dale primeros auxilios”.

Cuestiona la falta de formación de los docentes, relacionándola con la “pobreza” teórica y metodológica de las materias. Y la altanería con la que reivindicaban una supuesta experiencia laboral.

La educación de enfermería, está muy desvalorizada. Pero los docentes de la Escuela dicen: ‘No. Yo sé. Porque yo trabajé doce años en tal sanatorio’. La pobreza que hay en los contenidos... Me sorprendió que los docentes no se capaciten. Vos podés ser docente de lo que sea, pero tenés que capacitarte. (F.E.M)

Esta visión que no valoriza las cuestiones teóricas y privilegia la práctica, no es la única. R.E.V, entiende por teoría, el conocimiento técnico que justifica a la práctica y por ello otorga otra importancia a los conocimientos teóricos:

Porque si vos tenés la teoría vos sabés qué estás haciendo y por qué estás haciendo. Porque si es solo práctica es como estudiar de memoria. Tenés que saber exactamente con punto y coma, porque si no, una cosita que no sabés, no sabés resolver. ¿Cómo vas a resolver? Sin embargo, si vos sabés lo que estás haciendo podrás resolverlo.(R.E.V)

Cuando los enfermeros hablan de la teoría que se imparte en la Escuela de Enfermería no siempre la vinculan como el sustento de sus prácticas o técnicas instrumentales; ésta es una deficiencia del proceso de aprendizaje. Desconocer los fundamentos de las técnicas, tal como señala el anterior entrevistado, no permite ajustarla a cada sujeto y sus circunstancias (de vida y de cuidado).

Tampoco todos los estudiantes han logrado reconocer que lo más importante de su plan de formación ha sido presentar una visión holística del sujeto de cuidado, y éste como eje central del trabajo de enfermería. Los fundamentos planteados por el plan de estudio del año 2004 y las distintas materias que surgieron a partir de ese plan, no han podido generar otra perspectiva que no sea la biológica-instrumental. También el énfasis en sostener esta mirada se sustenta en la valorización de lo tecnológico y en la admiración y subordinación a la medicina como ciencia:

(...) en el proceso de desarrollo de su estructura disciplinar y en la reflexión e investigación acerca de su formación, se observa que la enfermería ha estado infiltrada e incluso saturada con el modelo positivista y mecanicista de la medicina. Por ejemplo, cuando los hospitales y la tecnología institucionalizan el cuidado de las personas, los “cuidados altamente tecnológicos” se convirtieron en *símbolos* de profesionalidad y conocimiento científico, símbolos que las enfermeras empezaron a adoptar como propios (Medina Moya, Schubert Backes, do Prado, Sandin, 2010: 611).

Los enfermeros y enfermeras continúan privilegiando el manejo de sofisticados aparatos y la realización de procedimientos técnicos cada vez más complejos, como la única manera de reivindicarse en el campo profesional.

Es frecuente observar a los enfermeros que trabajan en los servicios de terapia intensiva y guardia de emergencias, hablar con tanta devoción de las actividades instrumentales que realizan, que en apariencia se presentan como muy superiores a las

actividades de otros sectores y así reducen la enfermería a una acción procedimental. De este modo se crea el mito de que los mejores enfermeros son los que trabajan en terapia intensiva. En el fondo, lo que sucede es que no encuentran el modo de reivindicar la autonomía profesional a través de las prácticas disciplinares porque tampoco le encuentran sentido a esas prácticas a las que a menudo las consideran básicas, apenas más importante que las tareas domésticas.

Entonces esas actividades se ocultan detrás de un incesante parloteo en el que se entrecruzan la realización de actividades médicas, como es el caso de manejar ventiladores mecánicos, suturar, extracción de sangre arterial, intubaciones e inclusive medicar. Con la inclusión de algunas palabras de origen que se encuentren con colegas que ya han pasado por esa experiencia para que el discurso cese instantáneamente, o bien, se potencie y reivindique.

En ningún caso los discursos son totalmente conscientes y racionales. Por el contrario, responden a una estructura mental atravesada por la experiencia académica anterior donde la autoridad docente era incuestionable y la realidad laboral en la que se encuentran inscriptos, saturada del discurso y la acción médica biologicista, es naturalizadas como infalible e incuestionable.

La intervención del Colegio de Enfermería, en este tipo de situaciones, es prácticamente nula. Toda vez que en situaciones de amplia repercusión social se ven afectados seriamente las y los enfermeros, como los despidos compulsivos por ejemplo, se han llamado al silencio absoluto:

Yo creo que el Colegio de Profesionales de Enfermería de nuestra provincia, formalmente, es un nombre para aplaudir parado. Porque es un ente aprobado por ley en Cámara [de diputados de la Provincia de Misiones]. Desde ese punto de vista, el Colegio debiera estar allá arriba. Ahora ¿Qué es el Colegio en la práctica? Es una institución que carece de todo. Y resulta que asumen personas, dirigentes que usan al Colegio, como si estuvieran usando un club de fútbol, para catapultarse a algún cargo político y sacar provecho. Sin entender que el Colegio tiene una deuda social con los colegiados (O.D.V 06/10/21).

Utilizar al Colegio de Enfermería de la Provincia de Misiones, como medio para llegar a cargos políticos o para abultar el curriculum vitae para concursar una cátedra, y no como ente que regula la práctica profesional y se compromete socialmente con la profesión, da cuenta de los múltiples silencios de esta organización respecto de la situación de violencia laboral y de género, por ejemplo, que padecieron enfermeras y enfermeros en tiempos de pandemia.

El Colegio profesional podría plantearse como un espacio de discusión y actualización de sus miembros, generar las instancias que no pudieron concretarse en la etapa de formación académica pero que los siguen preocupando: establecer estrategias de cuidado a los sujetos considerando su entorno; es decir, recrear formas de acción profesional sin claudicar de los principios teóricos y filosóficos que sustentan una enfermería autónoma en el marco de los derechos humanos y no como una profesión subalternizada en el campo de la salud.

Las vinculaciones con el equipo de salud

La relación de los profesionales de enfermería con los demás integrantes del equipo de salud, varía según las trayectorias de vida y experiencias personales de cada agente.

A.E.V, tiene una excelente relación con los colegas y una relación “normal” con los médicos más jóvenes porque dependen de los enfermeros en el inicio de su carrera, en cambio con los más antiguos de la institución mantiene una relación distante porque siente que no valoran su trabajo:

“Mayormente, el que no valora mucho el trabajo es el médico. Algunos, no todos. Más por el tema de la remuneración, supuestamente. Critican la parte laboral nuestra, dicen que cobramos más de lo que nosotros hacemos... Eso dicen los médicos mayormente, sobre todo los que son más... con experiencia. Los más nuevos valoran más nuestro trabajo, no tienen tantos problemas con nosotros. Pero los que son médicos viejos mantienen esa postura de que somos un mal necesario”. (A.E.V)

M.E.M, tiene una buena relación con el personal del centro de salud donde trabaja. Refiere que con los médicos tiene un trato formal, se limita a saludarlos e intercambiar datos sobre algún sujeto de cuidado.

H.E.V, relata su experiencia en tiempos de pandemia por covid 19 y comenta que intervino en reiteradas ocasiones para que el personal de seguridad y el personal administrativo del hospital donde trabajaba, tuvieran acceso a los EPP (Equipos de Protección Personal) para evitar contraer el virus.

“Entonces, en un momento yo le planteo a la directora ‘¿Por qué no le daban [EPP] a los de seguridad?’ Y lo que me dice la directora del hospital, es que no trate de ser héroe, que cada uno pelee por lo suyo. Entonces, yo le digo que ‘nadie se salva solo’. No sirve de nada que yo me cuide y el otro que estaba en

la puerta, que era de seguridad, recibiendo a la gente, no tenga los elementos, ni siquiera una máscara facial”. (H.E.V)

Este entrevistado relata que tuvo varias discusiones con los médicos del Servicio de emergencias porque se negaban a atender a las personas con síntomas de covid 19 que allí acudían, ya que delegaron todas las responsabilidades de atención al equipo de enfermería: “*Y bueno... Era una lucha también entre profesionales. ¿Viste? Porque nadie se quería exponer. Todos se querían resguardar*”.

El trato enfermero/médico, es una relación extremadamente ambigua: varía entre la amistad y la subordinación, con predominio de esta última. Ambos son trabajadores de la salud, sin embargo a los médicos no se los suele identificar con ese rótulo. En el periodo de pandemia por covid 19, sobre todo durante el primer año (2020), en los medios de comunicación de alcance nacional solía identificarse al médico como ‘profesional’ y al enfermero como ‘parte del equipo de salud’. Y los saludaban, con algunas variaciones, de la siguiente manera: “*Un saludo grande y mucha fuerza a los médicos y al equipo de salud que los acompañan...*”.

Se advertía reconocimiento y legitimación social ante el trabajo del médico, pero se desconocían los alcances del trabajo de enfermería. Esa legitimación social reproducida en los nosocomios, se transmite de manera subyacente en las aulas de modo natural cuando los docentes explican con proverbial detenimiento los distintos métodos y procedimientos prácticos de la enfermería y desestiman el valor de reflexionar y problematizar la subalternización del ambiente laboral.

Al no mediar una explicación social que dé cuenta del lugar que ocupa la enfermería en el campo de la salud, los estudiantes viven una ilusión pasajera en la que piensan que la autonomía profesional y la legitimidad laboral son un hecho y no un ideal. Es justamente por este motivo que los enfermeros y las enfermeras sienten una gran frustración cuando se incorporan al campo laboral y son los tratan como ‘auxiliares’ y no como profesionales.

En general, aunque no necesariamente siempre, la relación social con los diversos trabajadores que interactúan en un mismo servicio, son colaborativas y amenas. El trabajo interdisciplinario en los servicios de emergencias o en las salas de terapia intensiva son una muestra de ello: las jornadas de trabajo, generalmente ajetreadas, suelen discurrir con intercambio de charlas banales en las que se suele compartir alimentos y bebidas, en algún momento de la jornada.

La complejidad de un ambiente laboral en el que interactúan constantemente profesionales de diversas disciplinas, genera que enfermeros y enfermeras adopten, casi obligatoriamente, una predisposición política conciliadora tendiente a resolver los problemas relacionados al estado físico, mental, social y económico del *sujeto de cuidado* y la familia. Es decir que, por ejemplo, un *sujeto de cuidado* que ha padecido lesiones graves producto de un accidente, no solamente necesita atención física sino también contención emocional que incluye la necesaria comunicación con los allegados por diversos motivos.

En esta encrucijada laboral, el equipo de enfermería debe actuar de manera política para que cada actor cumpla el rol asignado dentro del ámbito laboral en el que se desenvuelve. Por ello se hace sumamente necesario que, en apariencia, cada enfermero o enfermera maneje un discurso y una actitud amena y conciliadora entre los diferentes agentes de salud, de modo tal de resolver los problemas físicos y sociales del *sujeto* y la familia. Por este motivo, entre otros, el ambiente laboral no necesariamente se encuentra impregnado por un sentido de disputa constante, sino que más bien está permeado por una compleja trama de roles y relaciones muy particulares que solo se entienden si se es parte del juego o si se observa detenidamente y por mucho tiempo la dinámica del campo.

La subordinación como marca

Todos los interlocutores al relatar sus experiencias de trabajo señalan como punto en común que no sienten legitimados por los médicos o las personas a las que atienden y responsabilizan al espacio de formación académica por esta situación, por la distancia entre el modo de presentar las actividades de enfermería en las aulas y la cruda realidad a la que se enfrentan como egresados.

A.E.V, está convencido de que la Escuela de Enfermería enseña un modo de ejercer la profesión que solo existe en la cabeza de los docentes y por ello los enfermeros no tienen herramientas suficientes para disputar en el campo de la salud donde están inmersos. Esta situación los lleva, inexorablemente, a ser subordinados. Parte de su desinterés por el estudio de la licenciatura en enfermería se relaciona con esta visión:

El docente te enseña a ser subordinado. El libro, te enseña a ser subordinado, nomás. En el libro, siempre es así. Yo siempre dije que, los libros, te dan un mundo perfecto. La escuela te da un mundo perfecto. No te exponen la realidad. A veces, veo que te enseñan como si todo fuera una cosa perfecta. Pero, a veces, surgen problemas que vas a tener que solucionarlo vos. (A.E.V)

La insuficiencia de elementos para un desempeño profesional seguro, coloca a los egresados en una posición subordinada donde se sienten sometidos y por ello no recomendarían el estudio de la carrera de enfermería, uno pasa a ser presa de su trabajo y el esfuerzo para estudiarla es importante:

“No recomendaría porque es una carrera muy sacrificada. Te lleva mucho tiempo de tu vida. El laburo es tu segunda casa. Hay que tener amor y vocación. Aunque realmente no conozco a nadie que le guste. Conozco gente que dice que estudies enfermería si sos pobre. Pero a nivel personal, a mí me sirve. Me dio más apertura, me permitió ser más sociable, más responsable”. (A.E.V)

M.E.M, al reflexionar sobre su profesión admite que resulta difícil situar en el ámbito de la salud el rol de una enfermera o un enfermero, ya sea por el desconocimiento de cuáles son sus funciones o por la desvalorización de la actividad enfermera:

“A enfermería le quieren mandar otras personas. O sea, te tratan como un trapo...o te quieren tratar como un trapo. Otros compañeros de trabajo que no son enfermeros, toman atribuciones que no corresponden. Quieren que hagas el trabajo del médico, que no corresponde”. (M.E.M)

Considera que parte de la sociedad, no reconoce el trabajo de enfermería como una profesión que requiere conocimientos y saberes técnicos, la siguen considerando una extensión de las actividades domésticas de cuidado:

“Como que le falta todavía a la gente... le falta reconocer a enfermería. ¿Entendés? Porque todos piensan: ‘¡Ay, enfermera, nomás!’. ¡No! Ahora, hay que estudiar. No es como la enfermería de antes”. (M.E.M)

E. F. M, se siente subordinada y desdichada, desde que era estudiante, pero sobre todo, preocupada por la deslegitimación social, laboral y profesional que padece en el sanatorio.

“Sos subordinada de todo el mundo. Subordinada del familiar que viene de allá y que nunca le vio al que está internado, pero te grita, te dice las cosas y te falta el respeto. No soy feliz, siendo enfermera. Porque me siento poca cosa. Gano poco. Me manda el médico. Me manda el familiar. Me manda el supervisor. Me mandan todos. A veces salía traumada de la guardia”. (F.E.M)

Debido a la frustrante experiencia personal, esta entrevistada tampoco sugeriría a alguien que estudie enfermería.

“No recomendaría que estudien enfermería. Ni a mi hija, ni a mi hermana, ni a la más necesitada del mundo. Porque no. ¡Ganás re poco! Y no sos nada reconocida. Sos subordinada del médico. De cada diez pacientes, cinco, se te ‘cagan’. Vivís en contacto con materia fecal. ¡Te revientan las varices! No tenés ni ayuda ni contención, de tus compañeros. ¡Es un trabajo súper insalubre! Y encima de todo el sueldo es deficiente”. (F.E.M)

R.E.V, se siente maltratado no solo por los otros miembros del equipo de salud sino por los propios *sujetos de cuidado*. A su criterio, por muy amplio que sea el conocimiento práctico del enfermero, el maltrato y deslegitimación es una constante en el ambiente laboral:

“A nosotros, nos toman como sirvientes: ‘Ahí, viene el enfermero’ ‘¡Vos, me tenés que servir!’ ‘¡Me tenés que limpiar el culo!’ ‘¡Pasáme esto!’ ‘¡Apagame la luz!’ ‘¡Prendeme!’ ‘Ahora, sí, ya te podés ir’. Más o menos así, trata la gente. Piensa que vos tenés que estar siempre. Por eso te digo que no valoran nuestra profesión”. (R.E.V)

E. M. V, centra su opinión en su experiencia laboral. Tal vez porque su trayectoria de vida ha sido más penosa que la de sus colegas:

“A mí, los sumisos, me enferman. ¿Para eso te preparaste tantos años? ¿Para agachar la cabeza? (...). Eso siempre hablamos con los compañeros. Yo les digo que no se dejen pisotear ni nada. Siempre trato de empoderar al compañero. Que no se dejen maltratar, ni insultar, ni nada de eso. Y más aún si le estás atendiendo. Le estás cuidando y te maltrata. No corresponde”. (R.E.V)

La percepción del maltrato laboral se manifiesta como reclamo, frustración y rechazo. Se percibe un resentimiento hacia la formación recibida pues se la responsabiliza del tipo de vínculos que se establecen en el trato laboral Médico/Enfermero y/o Sujeto de cuidado/Enfermero.

La autodesvalorización profesional tiene relación con las escasas herramientas sociales para reflexionar y problematizar el origen de las frustraciones y la restringida autonomía laboral en el ámbito hospitalario. Es necesario aclarar que todos los relatos se centraron en el trabajo que se realiza en el segundo y tercer nivel de atención; es decir, en hospitales, clínicas y sanatorios.

La hegemonía del modelo médico biologicista intrahospitalario somete las voluntades de los enfermeros y enfermeras a través del uso de la violencia simbólica y distintos tipos de maltrato solo perceptibles por ellas y ellos, despojándolos de la posibilidad de desenvolverse con autonomía.

Las situaciones de violencia vienen dadas por la convergencia entre perfiles de personas maltratadoras y otras abusadas: unas que no reconocen sus características intrapersonales y sus consecuencias, y otras que tienden a asumir con facilidad unas culpas que no les pertenecen. Así, los actores se ven envueltos en un círculo en el cual crean una batería de símbolos comunicativos que pueden llegar a ser imperceptibles por quienes se encuentran fuera de esa espiral de violencia (Ayala Valenzuela, 2008: 128).

Sentir que la tarea que se realiza tiene más relación con la servidumbre que con la autonomía profesional es un relato común y de larga data entre los enfermeros que se desenvuelven en este tipo de instituciones. A pesar de ello, en el plan de estudio del año 2004 no se contempló la creación de un espacio para problematizar y analizar los diferentes escenarios laborales con los que se encontrarán los futuros graduados. De manera tal que no es sorprendente escuchar los reiterados reclamos que los enfermeros y enfermeras hacen a su formación académica.

Sin embargo, a pesar de los desgarradores testimonios expresados por los interlocutores, no todo el trabajo de enfermería es totalmente alienante y subordinado. En el mundo, la Atención Primaria de la Salud (APS), ofrece otros espacios donde el trabajo de enfermería cobra mayor relevancia y autonomía.

Una revisión Cochrane (...) revela que en algunos entornos y en circunstancias adecuadas, los servicios de atención primaria dirigidos por personal de enfermería pueden arrojar resultados de salud similares, e incluso en algunos casos mejores, así como una mayor satisfacción de los pacientes en comparación con otros modelos de atención de salud; además, es probable que el personal de enfermería mantenga consultas más largas con los pacientes (OMS, 2020: 11).

La insuficiente información acerca del trabajo de enfermería en espacios laborales extrahospitalarios incide en la percepción de subordinación y deslegitimación laboral que relatan los interlocutores. La atención primaria de la salud no ha sido una prioridad formativa del plan 2004. De las veinte materias que contemplaba la carrera de pregrado, solamente una materia (Enfermería comunitaria) abordaba las funciones de enfermería en APS.

Pensar las funciones de enfermería desde la perspectiva médico-dependiente e intrahospitalaria, es contradictorio con los fundamentos y alcances del título del plan de estudio 2004 que planteaba la formación de un profesional plural, comprometido y capaz de revisar su propia práctica.

Sé que a muchos, acá, no les va a gustar lo que te voy a decir. Pero es lo que pienso: si el estudiante no aprende es porque hay un docente que no generó la transposición didáctica para que el otro aprenda. Que no le generó las herramientas para que pueda pensar. (L.D.M)

Los cambios curriculares, aportaron modelos autóctonos, teorías nativas y lenguajes específicos de la práctica disciplinar. Pero, no todos los docentes lograron transmitir otro modelo de formación que no fuera el modelo técnico, instrumental y biologicista que se buscaba desplazar. Por ello, los enfermeros y enfermeras manifiestan un continuo estado de insatisfacción académica, laboral y social. Adoptando una visión de enfermería que centra su mirada en la vocación y el amor, como argumentos válidos para justificar el maltrato laboral que sufren a diario. Dato que no es menor si se tiene en cuenta que la elección de la carrera estuvo orientada principalmente por motivaciones económicas, oportunidad de ascenso social y la imposibilidad de cursar una carrera relacionada con las Ciencias Sociales o a otras disciplinas del campo de la salud y no por motivaciones basadas en una moral religiosa.

La percepción de género

La diferencia de género entre estudiantes de enfermería no suscitó problemas internos. En la etapa laboral, las diferencias estuvieron marcadas por la mayor demanda de esfuerzo físico, pero tampoco se manifestaron problemas entre pares por estas actividades o por sobreprotección laboral de unos u otras. Las diferencias se volvieron perceptibles cuando se trataba de la relación Enfermería/Medicina. Es decir, las diferencias no eran solamente de género en términos individuales varón/mujer, sino que tenían origen en la profesión y la clase social. Nuevamente se repite la subordinación de la enfermería -como tarea femenina y doméstica- a la medicina -como trabajo masculino-.

A.E.V, cursó la carrera de enfermería en un ambiente predominantemente femenino. Relata que la relación laboral con los compañeros es excelente, trabaja con varones y mujeres. De acuerdo a su experiencia se sintió más cómodo trabajando con enfermeros, comentó que

en el hospital en el cual se desempeña, había una metodología de trabajo que dividía las actividades de enfermería por género de acuerdo a la fuerza física requerida en cada servicio:

Años atrás, otros coordinadores preferían que los enfermeros varones estuvieran en lugares donde se hace más trabajo físico. Por ejemplo, de mover pacientes o movilizar pacientes. Y que las mujeres estuvieran en otros pisos, donde es menos riguroso el trabajo físico. Capaz, por el tema de que el hombre tiene mucha más fuerza para trabajar físicamente con los pacientes. Pero no creo que eso sea un motivo elocuente para decir: '¡Uh!, porque es varón, tal cosa. (E.A.V)

Es importante el señalamiento de A.E.V, de que la fuerza física no resulte un motivo suficiente para trabajar en uno u otro servicio. Los traslados de enfermeros o los cambios a otros servicios, también están dados por otras motivaciones, más frecuentes pero menos visibles: el cambio de servicio a modo de castigo. Cambiar a un Enfermero a un servicio donde se requiere mayor utilización de fuerza bruta, es un *castigo ejemplar* por haber señalado cuestiones relacionadas con la precarización o el maltrato laboral. Este tipo de prácticas, muy conocidas para quienes se desempeñan en esos ámbitos, es más *común* de lo que parece, son ejemplificadores, pretenden *enseñar quién manda* en esa institución.

Los traslados de servicio operan como mecanismo aleccionador y vergonzante pues cuanto mayor es el esfuerzo físico, mayor es el cansancio y la posibilidad de lesionarse. Sobre todo, si se tiene en cuenta que en los nosocomios no siempre se cuenta con la cantidad adecuada de enfermeros por turno y por servicio.

Además, un Enfermero o Enfermera que tenga voz, voto y criterio propio, dentro del grupo de pares, es sentido como una rivalidad por parte del médico jefe o por los médicos residentes que se manejan por habitaciones y pasillos como si fueran sus propias casas, tratando a las enfermeras como si fueran sus sirvientas.

Es necesario aclarar que en enfermería las diferencias de género no operan de modo individual y limitado entre pares sino que están sostenidas sobre una estructura mayor que es el campo de la salud. En ese campo la hegemonía la detenta la medicina, representada como la máxima expresión de virilidad y conocimiento masculino. En tanto que la enfermería es subordinada al plano de la prestación de servicios a demanda, cercenando la posibilidad de desplegar sus conocimientos como profesión.

Toda vez que detrás de la supuesta división del trabajo de acuerdo con la fuerza física no esté operando la plena libertad de elección del Enfermero, sino que simplemente lo

trasladan sin mediar mayores explicaciones, el análisis de la división del trabajo por género en el ámbito de la enfermería es discutible.

Detrás de toda decisión de traslado, siempre y necesariamente, se encuentra la voluntad del médico jefe de servicio quien toma la decisión final: se comunican entre médicos y se comentan los *'antecedentes'* de tal o cual Enfermero y así deciden a qué servicio dirigirlo. En casos más complejos, terminan por despedirlo.

La diferencia jerárquica entre enfermos y enfermeras no parece significativa entre nuestros interlocutores, aunque autores como Hernández Rodríguez (2011) señalan que los varones aún siendo un grupo minoritario en el colectivo de enfermería mantienen ciertos privilegios por su sola condición de género, destacando la supremacía masculina en un ambiente donde abundan las mujeres.

M.E.M, cursó la carrera de enfermería, con *"más mujeres que varones"*. La relación entre estudiantes era cordial. *"No vi que se quejen porque es varón o porque es mujer. Nos llevábamos bien entre compañeros"*.

Manifiesta que, producto de la historia que se cuenta en diferentes Escuelas de Enfermería, la profesión de enfermería está estigmatizada socialmente. *"Porque la gente estigmatizó así a la enfermera, como prostituta. Y al enfermero, como puto. ¿Entendés? Porque, se suponía que antes no se veían tantos enfermeros. Ni se relacionaba a la carrera de enfermería con el hombre"*.

F.E.M, relata que el director de un nosocomio solicitaba a las enfermeras que se quedaran semidesnudas, para hacerles *'una revisión'* física, como parte de un examen *'pre ocupacional'*. *"Te deja en ropa interior y te mira las piernas. Para ver si tenés varices o arañitas"*. A pesar de que la *'revisión'*, no la realiza un especialista (flebólogo), ella explica la situación con total naturalidad. Y continúa relatando que el mismo procedimiento le realiza a los varones: *"A ellos, les revisa si tienen próstata o no. Pero les revisa para ver si pueden trabajar. Porque a veces tienen que hacer mucha fuerza. Y por ahí están herniados"*. El examen de próstata que se les practica a los enfermeros, es el tacto rectal. Quien debe realizarlo es el médico urólogo. El examen se realiza a partir de los 50 años, aproximadamente. Los enfermeros seleccionados tienen una edad promedio de 30 años.

Detrás de los episodios relatados, se esconde una perversa forma de dominación y humillación del cuerpo y la voluntad de las y los enfermeros, que en pos de conseguir un trabajo estable se someten a la violencia simbólica y psicológica que se ejerce dentro la

institución. También agrega que se busca disponer de las enfermeras estéticamente más atractivas, para que ‘los pacientes’ vuelvan a atenderse en la institución:

Pero, te voy a decir una cosa, todo es marketing. Y lo que pasa, es que todo entra por el ojo. Porque a los pacientes les gusta. No es lo mismo que te atienda una Enfermera linda, a que te atienda una Enfermera fea. El paciente que ve una Enfermera linda se siente mejor y después quiere volver. (F.E.M)

R.E.V, también cursó la carrera en un ámbito predominantemente femenino. “*Ponéle que eran cien alumnos. Por lo menos setenta eran mujeres. En el ingreso. Primer año, eso me acuerdo, eran muchas más mujeres que hombres. Creería que en toda la carrera, 80% eran mujeres*”.

H.E.V, considera que un alto porcentaje de estudiantes de enfermería, son mujeres con hijos y tienen más de un trabajo:

Lo que pasa que la mayoría de los que están como docentes nunca trabajaron. Entonces no conocen la realidad del enfermero común. Que trabaja, que tiene que tener dos trabajos. Yo siendo soltero y no teniendo hijos, me costaba. Imagínate que el 90% del estudiantado de enfermería son mujeres. Que la mayoría son mamás ¿Me entendés? Que tienen que cuidar a sus hijos, que tienen que tener dos trabajos. (H.E.V)

La violencia simbólica y laboral que relatan las enfermeras y los enfermeros, no encontró eco en el plan de estudio del año 2004. La violencia de género hacia el equipo de enfermería en general y hacia las enfermeras en particular, no fue considerada un problema.

Trabajar en tiempos de pandemia por COVID-19

La pandemia de la SARS-CoV-2 (COVID-19) azotó al mundo entero y dejó un tendal de muertos a su paso y aún continúa amenazando con la aparición de nuevas variantes en distintas latitudes. Esta pandemia puso en evidencia los múltiples problemas sociolaborales con los que deben lidiar a diario enfermeros y enfermeras.

(...) la pandemia de COVID-19 ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de los sistemas de salud, así como el déficit de profesionales de enfermería para enfrentar la situación desde la primera línea de atención. Para contener y mitigar la COVID-19 en la Región de las Américas es fundamental contar con equipos de protección individual idóneos y suficientes, acciones de formación continua, condiciones laborales dignas, protocolos acordes a los estándares

internacionales, equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, herramientas tecnológicas en el marco de la telesalud y voluntad política desde las instancias directivas de las instituciones de salud (Cassiani, Jimenez, Umpiérrez Ferreira, Peduzzi y Leija Hernández, 2020: 2).

En diversas latitudes del mundo, los casos de ataques violentos al personal de salud cobran particular importancia a partir de la pandemia por covid-19:

Entre el 1 de enero de 2019 y el 1 de enero del 2020, el Sistema de Vigilancia de Ataques a la Atención de la Salud de la OMS registró 1005 ataques al personal de atención sanitaria, lo que resultó en 198 muertes y 626 lesiones de trabajadores de la salud y pacientes en 11 países que enfrentan emergencias complejas. Esto es particularmente importante en el contexto de la pandemia actual de COVID-19, ya que en los últimos meses han surgido muchos reportes de ataques a profesionales de enfermería y de salud (Cassiani, Jimenez, Umpiérrez Ferreira, Peduzzi y Leija Hernández, 2020: 2).

Los interlocutores aquí entrevistados, no fueron ajenos a esa situación. En tiempos de pandemia, reemergieron en el trabajo con más fuerza los casos de violencia ejercidos contra enfermeros y enfermeras. E. M. V, relata una situación de violencia ocurrida en tiempos de pandemia por covid-19, que afectó principalmente a las enfermeras en los nosocomios.

*El otro día ¿Qué pasó con la Enfermera? El paciente le pateó la cara. La dejó toda hinchada. Estuvo casi dos meses de licencia. Y los supervisores no te dicen nada. No te ayudan. Vos estás ahí y arreglate como podés. Es triste, porque esa es una realidad que vivimos día a día.*⁷⁰

El maltrato laboral es la pandemia interminable que padece el equipo de enfermería. La deslegitimación y la reducción a la servidumbre de las tareas de enfermería son la experiencia diaria con la que tiene que lidiar el colectivo de enfermería. La situación se vuelve sumamente tensa y angustiante cuando no encuentra respuestas alentadoras de parte de las coordinadoras o jefas de servicio. En la mayoría de los casos, deben resolver las situaciones de violencia de manera individual o con el apoyo de los compañeros de turno; pero muy pocas veces con el apoyo institucional.

⁷⁰ E. M. V, relata un segundo caso de violencia hacia el equipo de enfermería: *En tiempos de pandemia los informes se daban por teléfono. Los médicos llamaban a los familiares y le informaban de a uno. Pero a veces no lo hacían. Y los familiares nos exigían a nosotros que le diéramos el informe. Pero nosotros le explicábamos que teníamos prohibido dar informes. Entonces nos gritaban y nos insultaban. Es triste como le tienen a enfermería. Allá, en lo más bajo. A mí me da mucha indignación.*

La visión clientelista de las instituciones de salud es compartida por las coordinadoras de enfermería: “El paciente siempre tiene la razón”. Por lo tanto, todo reclamo de violencia hacia enfermería es desoído, salvo en los casos en que la situación trasciende los límites institucionales. En contraposición, todo reclamo vertido por “el familiar” o “el paciente”, implica sanciones inmediatas: el llamado de atención o el traslado de servicio sin indagar previamente en la veracidad del relato del “familiar” o el “paciente”.

Lidiar con situaciones sumamente estresantes, como el maltrato ejercido por los sujetos de cuidado o sus familiares, no logró amilantar la solidaridad laboral de los enfermeros con los trabajadores de salud más desprotegidos por el sistema laboral en tiempos de pandemia por la COVID-19. E. H. V, relata entre las situaciones laborales que diariamente ponían en tensión el trabajo de enfermería intramuro, un relato que da cuenta de una de las múltiples intervenciones que realizó en favor de los trabajadores en la institución donde trabajaba que, por no ser médicos o enfermeros, no eran tenidos en cuenta al momento de distribuir los equipos de protección personal (EPP):

(...) cuando le empezamos a exigir los elementos de protección personal, primero empezaban a mandar todo de tercera calidad. Nos daban a los enfermeros. Pero no les daban los EPP a los administrativos o a la gente de seguridad (...). Entonces, en un momento yo le planteo a la directora ¿Por qué no le daban a los de seguridad? Y lo que me dice la directora del hospital, es que no trate de ser héroe, que cada uno pelee por lo suyo. (H.E.V)

El rol de la Directora de la institución de salud era velar por el mantenimiento de la salud de todos los trabajadores a su cargo. Por el contrario, privilegió la distribución de EPP y decidió por la vida y la salud de un grupo de trabajadores que ha estado en la primera línea en todo momento, y han sido sistemáticamente invisibilizados por pertenecer a empresas “tercerizadas” o por no tener un título académico. El mayor de sus temores era infectarse e infectar a los familiares y morir a causa de la COVID-19.

Porque más allá de que vos sos profesional y que vos tenés conocimiento de los cuidados, de las medidas de bioseguridad, es como que en el contexto de la pandemia el Enfermero trabajó bajo más estrés. (...) yo creo que eso fue lo que le jugó más en contra, psicológicamente, al profesional de salud. Porque todos los días salías y no sabías si te llevabas el bicho a tu casa o no. (H. E.V)

Infectarse e infectar, un miedo recurrente entre los trabajadores de la salud. Pertenecer a “la primera línea” nunca fue un privilegio, al contrario fue vivido como una situación

sumamente ambivalente y angustiante. Por lo imprevisible del contagio, los únicos métodos conocidos antes de la aparición de las vacunas, eran el distanciamiento social y el uso de barbijo; el riesgo de contagio estaba latente en todo momento y las posibilidades aumentaban conforme ascendían los contagios.

Contraer un virus, del que poco se sabía en un primer momento, sin saber cómo combatirlo podía ser letal en determinados casos, sumado a la ingente cantidad de personas que consultaban diariamente por síntomas asociados al virus.

Cierta información circulante en los medios de comunicación aportaba aún más al miedo social con los comentarios cotidianos que estaban más interesados en jugar una pulseada política con el gobierno de turno que con informar verazmente. Así se tensionaron constantemente los límites de la resistencia moral y social que podía soportar cualquier trabajador de la salud: el virus podría estar en cualquier parte y causar todo tipo de estragos.

Algunos trabajadores no creían en el virus, como si se tratara de una cuestión de fe; sin embargo, ningún trabajador de la salud quería “llevar” el virus a la casa por el temor a infectar y perder a los integrantes más adultos de la familia.

La sobrecarga horaria, los traslados de servicio, los cambios de turno, el recorte de días libres y las amenazas de despido, fueron prácticas rutinarias en los servicios de enfermería. *“Te amenazaban en todo momento con que llegaba fin de año y no te renovaban el contrato”* (H.E.V). Este tipo de situaciones ocurría en los establecimientos públicos donde el modo de contratación del personal de enfermería se hacía por contrato anual. Las amenazas estaban asociadas a los reclamos por un mayor acceso a los EPP, por la insalubridad laboral que quedó al descubierto en la pandemia y por el acoso laboral que sufrían a diario.

En tiempos de pandemia no debían saberse las miserias laborales de enfermería. Todo tenía que parecer que funcionaba a la perfección. Y tener enfermeros y enfermeras reclamando, representaba un serio riesgo para la imagen de cualquier director de hospital público que ve en ese espacio la plataforma para catapultarse en la carrera política. Por estas cuestiones se perseguía constantemente a los enfermeros y enfermeras.

El compromiso y el sacrificio del personal de salud fueron muy evidentes en el grupo de enfermería. Durante toda la pandemia un importante número de trabajadores no tuvo vacaciones.

(...) nosotros veníamos dos años trabajando en la pandemia. Casi dos años sin gozar de nuestras vacaciones. Eso nada nos consideraron. Porque nosotros decíamos: faltaba personal, eso, lo otro, seguíamos, seguíamos, porque la promesa era que una vez que mermaban los contagios, nos iban a dar nuestras

vacaciones y sin embargo, perdimos. O sea, hoy por hoy en el 2021 venimos trabajando, 2019, 20, 21. Hace 3 años sin licencia. (H.E.V)

La interminable persecución laboral y de género que sufrieron los enfermeros, enfermeras y tantos otros trabajadores de la Salud Pública, en tiempos de la COVID-19, los llevó a confluír en un vasto grupo de trabajadores de salud autoconvocados de toda la Provincia de Misiones que se reunieron para reclamar sus derechos frente al Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones, entre los meses de agosto y septiembre del año 2020, acamparon por 35 días corridos. A ese evento trascendental, lo caracterizó como ‘*el acampe*’.

H.E.V, quien también participó del *acampe*, junto a un nutrido número de enfermeros y enfermeras, relata lo siguiente:

Sí, me acuerdo del acampe. Creo que fue una muy buena experiencia. Dentro de todo, una muy buena experiencia. Porque, para nosotros al menos, aprendimos de los errores ajenos. De lo que los compañeros se ponían a contar, ahí, que les pasaba y cómo les fue. Y también nos sirvió a nosotros para tener, entre comillas porque somos contratados, una estabilidad laboral dentro de lo que es el Ministerio de Salud Pública. (H.E.V)

En *el acampe* quedó al descubierto que la subcontratación laboral, la insalubridad de los ambientes de trabajo, el doble empleo y la escasa remuneración, era un problema social que atravesaba las vidas de un extenso número trabajadores de la salud.

Trabajar y estudiar en el periodo de la pandemia por la COVID-19, fue un evento novedoso y altamente estresante para las enfermeras y enfermeros. Pero también lo fue para los docentes de la Escuela de Enfermería de la UNaM. Acerca de esta situación un docente nos relata cómo fue su experiencia.

Para mí es súper horrible. Desde todo punto de vista. Para mí, docente con más de veinte años de trayectoria trabajando de una forma. Imaginate que de repente te digan: ‘No, de ahora en más todos será digital’. Primero tenés un problema técnico, de capacitación técnica. Segundo, exponerse ante los estudiantes, con tantas falencias, es un problema. Entonces uno decide mantenerse en el lugar donde se considera más prolijo. Le das materiales de lectura. Charlar a través de zoom, algo que les resulta más útil. (O.D.V)

La emergencia de nuevos métodos de enseñanza suscitados por la pandemia, forzaron a dar un vuelco en los métodos de enseñanza. Esta situación descolocó a los docentes que

trabajaban con el método clásico de impartir clases frente a un aula colmada de estudiantes. A las dificultades para aprender a manejar herramientas tecnológicas en tiempo récord, se le sumaba la organización del espacio en el hogar familiar para el dictado de clases online.

La virtualidad, producto de la pandemia, acarreó repercusiones en la formación de estudiantes de enfermería, que se verán en el mediano y largo plazo. Pensar la formación de enfermería, implica rescatar del olvido la mirada particular de los egresados. Transformándola en algo más que simples reseñas.

Para el futuro Enfermero [la educación virtual] repercutió de manera desastrosa y muy preocupante. Las autoridades educativas y nosotros, los docentes, tenemos que plantearnos un plan estratégico para que todos estos chicos que egresaron en estos tiempos, si o si reciban un plus de formación. Porque sino, el bache va a ser muy pronunciado. (O.D.V)

Los estudiantes de las materias que incluían prácticas hospitalarias, no concurrieron a los hospitales y se redujeron drásticamente las horas de aprendizaje instrumental en los gabinetes de simulación. Llegaron a tener clases virtuales de treinta minutos por semana para diez alumnos, durante cuatro semanas; antes de la pandemia tenían prácticas de cinco horas de duración en los hospitales.

El conocimiento procedimental de los estudiantes, se vio fuertemente sesgado a causa de la pandemia. Esto será un tema interesante para abordar en los próximos años, cuando esos estudiantes tengan suficiente experiencia como para contar cómo se adaptaron al ambiente laboral con escasa experiencia práctica.

Para mí, el diagnóstico está mal. Y por ende la acción y el tratamiento del problema están mal. Porque si vos formas un estudiante de enfermería, inculcáale el amor a la profesión y hacéle entender que la enfermería no es autónoma. Porque sino, le pintas un mundo de colores y le tiras a la boca del lobo. Y después, quieren hacer la revolución y terminan destrozados. Yo veo un panorama sombrío para nuestra enfermería a corto plazo. (O.D.V)

Las palabras del docente no son muy alentadoras respecto al devenir de la profesión, pero son fundamentales porque integra el cuerpo de profesionales que forma a los estudiantes de enfermería. Refiere que la autonomía es una ilusión solo posible en las aulas de la Escuela de Enfermería, en el campo laboral quien pretende ser autónomo es devorado por el mismo sistema. Tal vez si estas palabras fueran enseñadas a más estudiantes, la situación laboral sería diferente porque los enfermeros serían más conscientes y menos ilusos.

A modo de síntesis, los enfermeros y enfermeras entrevistados provienen de familias a cargo con un solo jefe o jefa de hogar. En la mayoría de los casos estudiaron en escuelas públicas. Eligieron la carrera con el apoyo de sus padres. La motivación estaba dada por la posibilidad de acceder rápidamente a un empleo cualificado y estable que les permita estabilizarse en la vida laboral y social.

La carrera de enfermería no fue la primera opción, todos quisieron estudiar otra carrera previamente. En ningún caso relataron que el amor o la vocación por la profesión fuera el factor preponderante a la hora de elegir la carrera. Es decir, los valores morales y religiosos ‘característicos’ de la enfermería fueron incorporados en el proceso de formación.

El interés y el disfrute por las materias orientadas hacia las ciencias naturales prevalecieron ampliamente por sobre las materias con contenido de conocimientos provenientes de las ciencias sociales. La desvinculación, casi completa, con la formación recibida fue un tema recurrente entre los entrevistados, así como la apreciación negativa del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), incorporado a partir del plan de estudio del año 2004, debido principalmente a la falta de aplicación práctica.

Al incorporarse al campo laboral, las decepciones con la formación recibida se tornan en frustración por la falta de reconocimiento, y desprecio en algunos casos, de otros profesionales y a veces también de los *sujetos de cuidado*; los únicos argumentos racionales con los que cuentan para legitimarse como profesionales se relacionan con la correcta realización y fundamentación de una técnica o procedimiento.

En cuanto al género, no había diferencia en la etapa de formación. En el ámbito laboral la división de tareas por la fuerza y la destreza física no fueron relevantes. En todos los casos estas diferencias estaban dadas por la relación enfermera/médico, repitiendo el mismo esquema de hace cien años.

La estética corporal femenina jugó un rol preponderante al momento de tener en cuenta la presencia en uno u otro sector dentro de un nosocomio. Igualmente, esas decisiones eran tomadas por las autoridades del hospital, médicos.

El trabajo en tiempos de pandemia, agudizó algunas discusiones entre diferentes actores del equipo de salud y re-emergieron viejas situaciones de trabajo en condiciones de subalternidad, con la diferencia que en esos casos se dieron sendos debates y se aunaron solidaridades para confluir en un *acampe* de larga duración que resultó beneficioso para muchos trabajadores, aunque los resultados personales seguirán siendo exactamente los mismos: sanciones y/o traslados a otras dependencias.

A pesar de las individualidades de cada uno de los enfermeros y enfermeras, en las entrevistas dejan entrever ciertas regularidades prácticas en los modos de pensar, actuar y experimentar la enfermería, lo que permite concluir el capítulo con la siguiente pregunta: ¿Es posible modificar el habitus enfermero tradicional sustentado en la abnegación, el sacrificio y la subordinación? ¿Cómo?

CONCLUSIONES

Al inicio de este trabajo, el propósito fue analizar la construcción del profesional de Enfermería en Misiones, haciendo hincapié en las miradas y prácticas de los enfermeros y enfermeras, egresados y docentes, de la Escuela de Enfermería, FCEQyN de la UNaM. Pero el desarrollo de la investigación derivó hacia otros temas que consideramos relevantes y así se reorientaron las búsquedas en campo así como las lecturas teóricas. La discusión en torno al género no fue una preocupación inicial pero se nos impuso desde la propia definición del campo profesional y desde la historia de la disciplina, y atravesó las experiencias de vida. Otro tema impensado fue la pandemia por covid 19 que actualizó algunas discusiones y puso en evidencia el rol de los profesionales y las dificultades en sus luchas. Nuestra propia transformación como sujetos investigadores-investigados desde la perspectiva antropológica constituye otro resultado inesperado.

Queda por decir que damos cierre a una etapa de esta investigación con la firme convicción de que constituye un punto de partida antes que un final y un espacio de oportunidad para futuras indagaciones que tengan por objeto analizar el rol de los profesionales de enfermería en el campo de la salud. Fue un desafío intelectual, político, ético y laboral el encuentro con los entrevistados, aquellos a los se los reconoce como “compañeros” y docentes: perspectivas dialógicas que vislumbran caminos alternos para interpretar realidades complejas, heterogéneas y plausibles, en las cuales se reconoce una multiplicidad de significados y sentidos.

Este trabajo es un inicio para identificar y profundizar en el análisis, las tensiones académicas y laborales, en todas sus formas, a la que es sometida la educación y la práctica de enfermería. Todo el proceso de indagación fue detrás de la ambición de que las transformaciones podrían darse con la creación de un núcleo de reflexión: un espacio de trabajo que dé cuenta de los privilegios y las desventajas estructurales de carácter intelectual, moral, económico político, social y cultural que operan dentro del campo de la salud, tanto académico como laboral. En ese sentido, pensar el rol de la historia en la formación y la promoción de la enfermería, permite entender cuáles son los mecanismos que mantienen vigentes determinadas representaciones sociales de la profesión. Advertimos delicados movimientos políticos para sostener un endeble equilibrio entre los prejuicios sociales y sectoriales interesados en que las mujeres, y particularmente las enfermeras, ejerzan

parcialmente sus derechos laborales, y se demoren los cambios que garanticen mejores condiciones para que las mujeres trabajen fuera del hogar sin sobrecargas domésticas.

Fue sumamente necesario comenzar este trabajo con un *primer capítulo* que revise la historia de la enfermería que nos contaron para poder definir el campo profesional. Una revisión que diera cuenta de los mecanismos a través de los cuales se estableció la profesión y cuáles han sido los aspectos que posibilitaron mantener los estereotipos sociales que aún pesan sobre la enfermería (amor, caridad, vocación, abnegación, etcétera).

La revisión de las propuestas de formación, primero desde las órdenes religiosas, luego desde las entidades ministeriales y finalmente desde el nivel universitario, permitió entender cómo se fueron construyendo y naturalizando ciertas categorías morales proveniente de otros campos, haciéndose cuerpo en las acciones y actitudes de las enfermeras.

El análisis de las leyes que regularon el ejercicio de la enfermería, a través del tiempo, permitió recuperar los argumentos jurídicos que sustentaron las condiciones de trabajo insalubres, el maltrato laboral, la feminización arbitraria de la profesión, la sumisión a la medicina y el interesado reduccionismo comparativo a las tareas domésticas.

Así se trazaron las características disciplinares que diferencian a los enfermeros y enfermeras de otros trabajadores de la salud, tornándose en los rasgos constituyentes del habitus de clase: sumisión, amor, abnegación, sacrificio, desvalorización, etc. Resultó un imperativo revisar y cuestionar estos aspectos por ser parte fundamental de la profesión y por estar encarnados, de modo inconsciente, en las acciones y pensamientos de enfermeras y enfermeros conformando sus habitus.

Surgió la necesidad de plantear un cambio en el modo de pensar y de ser del colectivo de enfermería para mejorar la posición de la profesión en el campo de la salud. La reflexión profunda y la indagación constante sobre esos aspectos orientó la búsqueda en el campo y derivó en la reconstrucción de las trayectorias de vida. Concluyendo, preliminarmente, que la instancia de formación académica marca y define el rumbo laboral de la profesión y acompaña a los enfermeros y enfermeras durante toda la vida.

La puesta en valor de la historia de la enfermería como herramienta para comprender el presente, cuestionar acciones degradantes, pensamientos cosificantes y actitudes desfasadas que se reificaron a través del tiempo, resultó ser un recorrido arduo y reiterativo, a veces tedioso, pero extremadamente necesario y crítico para desentrañar viejos prejuicios de clase y de género presentados como verdades incuestionables y atemporales.

La puesta en valor de la historia de la enfermería para reconocer el campo profesional, como parte de un análisis más amplio y no como un fin en sí mismo, brindó el marco propicio

para introducirnos en el *segundo capítulo*, en un análisis general del proceso de formación de los estudiantes de enfermería de la Escuela de Enfermería de la FCEQyN de la UNaM. Se trabajó con el plan de estudio del año 2004 -experiencia atravesada por este investigador- cuyos egresados conforman ahora los planteles de enfermería. Aunque fue superado por un nuevo plan de estudio (2017), fue esta propuesta académica la primera en incorporar herramientas de conocimiento propias del campo disciplinar, desembarazándose de la tradicional formación médico biologicista del plan de estudio del año 1982.

El minucioso análisis de los programas de las asignaturas correspondientes al plan de estudio 2004, analizando las diferentes cargas horarias y ejes temáticos, permitió constatar la incorporación de categorías y métodos propios de la disciplina. Esto suponía la conformación de un grupo de graduados con conocimientos y criterios propios, capaz de reconocerse como profesionales con actividades independientes e interdependientes al reconocer al ser humano en su dimensión holística y comunitaria, al tiempo que actuarían con compromiso social y político con su tiempo. No obstante, en la práctica lejos estuvieron de sentirse como profesionales capaces de actuar de manera independiente. Los enquistados estereotipos sociolaborales que construyeron el habitus de enfermería, siguen tan vigentes como a inicios del siglo XX.

El desencuentro entre la teoría académica y la práctica laboral era un paralelismo que marcaron todos los entrevistados. La desconexión entre los argumentos que se sostenía en el plan de estudio y la autopercepción del colectivo de enfermería que egresaba bajo ese plan, indicó que los esquemas subjetivos de pensamiento y acción docente difieren sensiblemente del plan de estudio que ellos mismos crearon. Es decir, no actuaron de manera diferente para lograr la adecuada incorporación y apropiación de los nuevos saberes. Los docentes entrevistados resaltaron las novedosas incorporaciones del plan de estudio pero no pudieron explicar cómo se rompe con la tradición biologicista y las prácticas médico-dependientes hechas cuerpo en el colectivo de enfermería.

El PAE (Proceso de Atención de Enfermería), también incorporado a partir del plan 2004, se limitó a ser una herramienta pedagógica muy útil y entretenida para resolver exámenes teóricos y trabajos prácticos en la comodidad de las aulas, pero no pudo ser incorporado como parte de un nuevo esquema de percepción y acción que se manifieste en el campo laboral, por diferentes motivos, pero principalmente porque los enfermeros y enfermeras no lo consideraron útil para las tareas de cuidado que realizan, altamente tecnologizadas y sumamente dependientes de la hegemonía médica.

La categoría nativa *sujeto de cuidado* es tenida en cuenta por los enfermeros y enfermeras, pero al no ser sistematizada en los distintos servicios de salud no puede ser plasmada ni reconocida con la validez necesaria como para ser utilizada por la gran mayoría de los profesionales del campo. La categoría *paciente* sigue imponiéndose ampliamente al concepto nativo.

Entre los posibles motivos por los que no lograron resultados exitosos surge la limitada actualización del cuerpo docente, las dificultades para articular con los espacios de práctica, la poca fuerza del Colegio de Graduados para defender la autonomía profesional en los establecimientos hospitalarios, la escasa problematización de por qué se mantiene esa distancia entre lo que se enseña en los espacios académicos y lo que se exigen en los ámbitos laborales. Fenómeno común que ocurre en variados contextos, no solo en Misiones.

Con la impresión de que el paso por la Escuela de Enfermería solo les ha proporcionado un conjunto de técnicas para actuar, con escasa problematización de su rol profesional, en el *tercer capítulo* las historias de los colegas muestran diferentes matices.

La posibilidad de estudiar enfermería se presentó como una segunda opción cuando otras carreras se les negaron o exigían mucho tiempo. La aprobación familiar ante la decisión: carrera rápida con fácil colocación laboral. El contexto familiar como núcleo que incide en las decisiones y en las posibilidades de concretarlas fue registrado en todos los testimonios.

La segmentación por género no la vivieron en la cursada, la padecieron en el trabajo. Este tema está poco problematizado en la formación, pero muy presente en la continuidad de los estereotipos laborales: mujeres bellas y dóciles frente a varones fuertes y resistentes.

La posición en el equipo de salud y particularmente la relación con los profesionales de la medicina, fue vivenciada más como la necesaria subordinación para implementar tratamientos médicos que como un vínculo entre profesiones diferentes pero complementarias. La revisión histórica de esta desvalorización y subordinación ejercida simbólicamente por la medicina, ha sido poco analizada y problematizada en la formación académica y gremial por lo que sigue muy presente y resulta conflictiva en la inserción laboral.

La desvalorización frente a otros profesionales y ante los mismos pacientes y familiares deriva en el maltrato y la falta de respeto ante el trabajo de los enfermeros y enfermeras; las dificultades para defender su propio ámbito de acción no permiten posicionarse mejor en el equipo de salud, ni ante el sujeto de cuidado y su entorno social. Esta falta de reconocimiento de la labor de un profesional de enfermería se traduce en los bajos

salarios que no dan cuenta del trabajo realizado, por ello la sobre explotación -exigencia de tener más de un trabajo- es la única forma de generar los ingresos necesarios para sobrevivir.

Estas condiciones de trabajo poco alentadoras por los bajos ingresos y el maltrato son soportadas por la mayoría de los profesionales, pero no es que no las reconozcan; se encuentran con pocas herramientas para luchar por mejoras salariales y una mayor valoración de sus aportes en el cuidado de la salud.

Lo lamentable es la reiteración de condiciones de trabajo denunciadas hace más de un siglo. La cita que sigue incluida en el capítulo uno sigue describiendo la forma de trabajo de un importante número de profesionales de la enfermería y señala además las contradicciones del propio sistema de salud:

Al decir de Cecilia Grierson esas condiciones [en las que trabajaban los enfermeros y las enfermeras], eran casi inhumanas, poco económicas y desmoralizadoras con guardias de 24 a 36 horas corridas día por medio, sin horario fijo para comidas ni tiempo para el descanso. Por eso reclamaba por el "horario ilógico que tiene actualmente, antihigiénico e infrahumano, tan atrasado que ya no existe ni en cuarteles, ni cárceles; lo más absurdo es que este sistema anacrónico es aplicado por médicos que saben las leyes que ligan la vida humana y la producción al trabajo"(Wainerman y Binstock, 1992: 276).

Los fragmentos significativos tomados de la historia que relataba cada uno de los colegas entrevistados, da cuenta de los recorridos biográficos de este grupo singular pero también muestran los caminos posibles para los profesionales de la enfermería, desde los que siguen apostando a ampliar su formación para mejorar su posición en el mercado, los que se resignan al lugar logrado y también los que reniegan de la profesión y no la recomendarían a nadie.

No todas las conclusiones son desalentadoras, la experiencia del *acampe* en la primera etapa de la pandemia (septiembre-octubre de 2020) y el logro de una sustancial mejora en las formas de contratación de enfermeros, promotores de salud y también de médicos y otros profesionales que se desempeñan en el Ministerio de salud provincial, puso en evidencia la capacidad del colectivo de trabajadores para dar visibilidad a situaciones injustas y sobre todo sostener sus reclamos. Experiencias colectivas positivas que, por carecer de organización y proyecto común para sostenerse a largo plazo, se desintegran al mismo tiempo en que logran los objetivos buscados.

Compartir la revisión histórica con los estudiantes es pensar una formación de enfermería crítica e inclusiva que trascienda la visión paternalista que relega a segundo plano las experiencias estudiantiles y huye de las vicisitudes laborales, centrándose únicamente en

las técnicas y procedimientos hechos correctamente en una sala de simulación y tiende a la formación de profesionales dóciles y eficientes, hechos a la medida del mercado laboral. Los trayectos de vida de las enfermeras y enfermeros entrevistados, a pesar de lo singular de sus experiencias, guardan profundas similitudes que dejan entrever ciertas regularidades prácticas en los modos de pensar, actuar y experimentar la enfermería.

Del análisis anterior surgieron tres interrogantes nodales con los que cerramos cada capítulo: 1° ¿Cómo articular lo que se enseña con lo que se necesita para trabajar, defendiendo a la enfermería como una profesión autónoma? 2° ¿Qué opinión tienen los graduados acerca de la formación recibida y del trabajo que realizan? 3° ¿Es posible modificar el habitus enfermeril tradicional sustentado en la abnegación, el sacrificio y la subordinación?

Pensar la formación y el trabajo de enfermería de un modo diferente del que ha sido concebida y reproducida a través del tiempo implica tener en cuenta que la educación de pregrado no logró modificar la matriz tradicional de la disciplina a pesar de formulación de la propuesta académica 2004, se sostuvo pivotando ente el modelo biomédico y los modelos teóricos y las metodologías procesuales provenientes del propio campo que promueven la autonomía profesional.

El plan de estudios (2004) sostenía una línea argumental que reivindicaba una profesión independiente, con modelos y teorías basados en el *cuidado de enfermería*. No obstante, a pesar del esfuerzo y las buenas intenciones del cuerpo docente, los modelos y teorías nativas no fueron incorporados como modos de disposición y acción, de forma tal que continuaron transmitiendo las mismas experiencias de aprendizaje y de trabajo basados en sus trayectorias estudiantiles y laborales condicionadas por valores morales, dogmas religiosos y disposiciones corporales de obediencia y abnegación.

Los estudiantes incorporaron conocimientos teóricos disciplinares útiles para desenvolverse en el ambiente académico; pero, según relataron, éstos resultaron de poca utilidad en el campo laboral donde se impone la visión bio-médica: la práctica centrada en el cuerpo enfermo del paciente y no en el cuidado del sujeto holístico, la utilización de herramientas informáticas pensadas exclusivamente para cargar diagnósticos médicos sin lugar para la utilización del PAE. Esto derivó en la intensificación de actividades técnico-instrumentales y la especialización en habilidades individuales tendientes a lograr eficacia y eficiencia traducida en la realización de la mayor cantidad de actividades y procedimientos mecánicos en la menor cantidad de tiempo y en un mayor número de *pacientes*. Relegando las actividades independientes a un segundo plano.

El plan de estudio vigente del año 2017, incorpora materias de orientación filosófica y social, como antropología, sociología y filosofía; no obstante, si el proceso de enseñanza sigue una trayectoria tradicional que retransmite ideas y conceptos básicos de las disciplinas incorporadas pero no las utiliza como herramienta de análisis crítico del contexto social y laboral en el que se desempeñarán los futuros enfermeros, este plan corre el riesgo de replicar el derrotero del plan 2004. Por la naturaleza y alcances de este estudio, podría ser un aporte al marco interpretativo inicial que colabore con la reflexión en la implementación del plan de estudios (2017) vigente para la carrera de Licenciatura en Enfermería.

Por lo antes expuesto, se puede decir que lograr un cambio de habitus es una ardua tarea, pero no imposible: requiere un profundo autosocioanálisis y una alerta epistemológica constante que reconozca el arbitrario cultural que subyace detrás de los supuestos sociales que construyeron la historia, la educación y el trabajo de enfermería. A lo que tenemos que agregar un trabajo político -en sentido amplio- que le otorgue al sujeto de cuidado y a su entorno social las cuotas de poder arrebatadas desde el modelo médico hegemónico. Modificar la lógica asistencial vigente sólo será posible si aunamos fuerzas entre cuidadores y sujetos de cuidado, otros profesionales de la salud quizás acompañen nuestras luchas al dejar *al paciente* y reemplazarlo por *sujeto de cuidado*.

A los estimados colegas, les quedará como posible desafío asumir la importancia histórica de continuar con la formación profesional del cuidado como modelo paradigmático, con todas sus implicaciones: disciplinarias, sociales, políticas y culturales, propia de un colectivo comprometido con la salud comunitaria.

A los responsables del personal de Enfermería de hospitales y sanatorios, este documento les aportará herramientas teóricas que les facilitaran la comprensión de las múltiples causas por las cuales el uso del PAE es resistido en el ambiente laboral, pero es necesario incorporarlo en los sistemas de registro para el adecuado e integral seguimiento de los *sujetos de cuidado*.

Esta investigación aporta a la visibilización de las luchas históricas que permanecían veladas al colectivo de enfermería y que habían sido escasamente abordadas en las cátedras de historia de la enfermería. Reivindica los principios, manifestaciones de solidaridad y compromiso como experiencias concretas y como horizonte para mejorar las condiciones para la formación superior continua, de las instancias y procesos de trabajo para valorar el campo de la enfermería como proyecto colectivo.

Esta tesis me llevó inesperadamente a transitar y asumir el carácter de doble implicancia ejerciendo mi rol de Enfermero y de investigador desde la Antropología. En

primer lugar, el contexto de formación del Programa de Posgrado en Antropología Social (PPAS) como campo disciplinar -ajeno a mi formación inicial- al que me acerqué por inquietudes que aún no fueron agotadas. Fue en las intensas clases del PPAS donde encontré un lugar y un tiempo exclusivos para reflexionar e intentar comprender algunos aspectos de la formación y la profesión enfermera; en ese espacio, siendo un nativo de la enfermería y un Otro en la Antropología, fui tejiendo interrogantes que aquí se plasmaron lo más aproximado posible a las diversas voces (empíricas y teóricas) registradas y analizadas.

En segundo orden, como Licenciado en Enfermería, militante peronista del campo popular y habiendo cosechado múltiples amistades a lo largo de la vida universitaria y en el trabajo cotidiano de muchos años en la Salud Pública, permitieron un acceso efectivo y diligente para el trabajo de campo al ser reconocido como un par cuyas ideas y militancia eran de conocimiento de mis interlocutores (colegas, ex compañeros de aulas y ex docentes), lo cual hicieron de los encuentros una instancia tan rica como desafiante. Cercanía y distanciamiento socio-afectivo, ideológico y epistemológico fueron una constante necesidad en el transcurso de todo el trabajo intelectual que considero fue y será este documento y ese proceso.

Por último, no me queda más que agradecer charlas, risas, mates compartidos, silencios, reproches, incertidumbres e incesante curiosidad tanto tuyas, como mías. Fue valiosa cada una de las experiencias narradas ‘filosamente’ toda vez que celebramos la convocatoria a ‘contar’ y la promesa de escuchar. Con la misma emoción de la primera entrevista, sostengo y persisto que personalmente significó el volvernos a encontrar un ritual estimulante y profundo que dio inicio con un simple: “los invito a charlar de enfermería, qué me pueden compartir, los escucho”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACTA. (2016). *Misiones: Ni un despido más, ni un trabajador menos Enfermeros encadenados: Ministerio de Trabajo dictó la Conciliación Obligatoria*. Disponible en <https://www.agenciaacta.org/spip.php?article18484> consultado el 26/03/20.

AFIP. *Monotributo. Ayuda sobre el Monotributo*. Disponible en <https://monotributo.afip.gob.ar/public/ayuda/index.aspx> consultado el 25/11/2021.

Alligood, M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier España.

Argentina. Ministerio de Educación Resolución N° 2721/2015. (2015). Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/135700/20151109#> consultado el 02/06/21

Amezcu, M. (2000). El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*. (edición digital). IX(30). 30-35 Disponible en https://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/r30_articulo_30-35.php consultado el 20/03/21.

Arratia, A. (2005). Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 14(4). 567-574. Disponible en <https://www.scielo.br/j/tce/a/NYMtZ9wfmvFT684MydnBNDy/?format=pdf> consultado el 20/08/21.

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las enfermeras y los enfermeros en Argentina: Entre la profesionalización y la precariedad del cuidado de la salud. *Trabajo y sociedad*. (28), 11-35. Disponible en <http://nulan.mdp.edu.ar/3098/1/aspiazu-2017.pdf> consultado el 20/03/20.

Ayala Valenzuela, R. (2008). Biopoder: el poder y la violencia en la formación de profesionales de enfermería. *Educación Médica*, 11(3), 125-129. Disponible en

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000300004

consultado el 12/08/19.

Bachelard, G. (2003). *La formación del Espíritu Científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

Báez Molina, S. M. (2004). *Historia de la Universidad Nacional de Misiones.1973-2004*. Posadas, Misiones. Autor.

Beliera, A. (2019). La profesionalización de enfermería en Neuquén. Proceso de construcción de un colectivo laboral y político. *Trabajos y Comunicaciones*. 2da. Época (49), DOI: 10.24215/23468971e089

Biernat, C. Cerdá, J. M. y Ramacciotti, K. I. (Directores). (2017). *La Salud Pública y la enfermería en Argentina*. Argentina: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

Bourdieu, P. (1991). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Buenos Aires. Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara S.A.

Bourdieu, P. (1997). *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Buenos Aires. Editorial Anagrama.

Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona. Anagrama.

Bourdieu, P. (2013). *El sentido práctico*. Buenos Aires. Siglo veintiuno editores.

Bourdieu, P y Wacquant, L. (2014). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires. Siglo veintiuno editores.

Bourdieu, P y Passeron, J.C. (2018). *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

Carmona Mejía, B. y Ponce Gómez, G. (2011). La enseñanza de enfermería, un análisis desde las teorías de la reproducción. 8(3), 36-42. Disponible en

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000300006&lng=es&tlng=es. Consultado el 16/04/20

Cassiani, S. H.B. Munar Jimenez, E. F. Umpiérrez Ferreira, A. Peduzzi, M y Leija Hernández, C. (2020). *La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19*. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52081> consultado el 26/11/21

Cerdá, J.M. y Ramacciotti, K.I. (2017). Capítulo VII. Las políticas de salud en la década de 1990. En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. I. Ramacciotti. (Dres.). *La Salud Pública y la enfermería en la argentina* (pp. 229 - 254). Argentina. Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

Chirico, M. (Comp.). (1992). *Los relatos de vida. El retorno de lo biográfico*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) Resolución N° 924/10. (2010). *Acreditación de Calidad Académica MERCOSUR de Carreras Universitarias Sistema ARCU-SUR – Red de Agencias Nacionales de Acreditación (RANA)*. Disponible en <http://www.coneau.gob.ar/archivos/resoluciones/Res508-11E80491209.pdf> consultado el 21/02/20

Coser, L. A. (1978). *Las instituciones voraces*. México. D.F: Fondo de cultura económica.

Custodio Pallarés, L. Palermo, A. Vigna, A. (Comp.). (2019) *¿Cómo pensamos las desigualdades, pobrezas y exclusiones sociales en América Latina?: luchas, resistencias y actores emergentes*. Disponible en <https://www.clacso.org/como-pensamos-las-desigualdades-pobrezas-y-exclusiones-sociales-en-america-latina/> consultado el 30/10/2020

Delory Momberger, C y Cardona, M. O. B. (2016). El relato de sí como hecho antropológico. En G. J. M. Arango (Ed.), *Narrativas de experiencia en educación y pedagogía de la memoria* (pp. 57–68). CLACSO. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctvtwx30v.5>

Escuela de Enfermería. *Oferta Académica*. Disponible en <https://www.esconf.unam.edu.ar/index.php/institucional-esconf/oferta-academica> consultado el 28/11/21

Escuela de Enfermería. *Oficina de graduados de la E.E.* Disponible en <https://www.esconf.unam.edu.ar/index.php/graduados-esc/oficina-de-graduados> consultado el 28/11/21

Escuela de Enfermería. (2018). *Datos estadísticos. Carrera de enfermería. Dirección General Académica*. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales (FCEQyN). Universidad Nacional de Misiones (UNaM).

El Territorio. (2012). *Estudiante de enfermería se encadenó frente a la facultad*. Disponible en <https://www.eltterritorio.com.ar/noticias/2012/12/04/327599-estudiante-de-enfermeria-se-encadeno-frente-a-la-facultad> consultado el día 09/05/2021 consultado el 17/07/19

Capítulo X. Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955 - 2011). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. I. Ramacciotti. (Dres.). *La Salud Pública y la enfermería en la argentina* (pp. 315 - 326). Argentina: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. *Historia*. Disponible en <https://www.esconf.unam.edu.ar/index.php/institucional-esconf/historia> consultado el 22/05/21

Federico, L. Pérez, S. y Senones, M. (2021). Políticas del cuidado, enfermería y pandemias. (2021). En F. Bernabé. (coord.). *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad latinoamericana*. (pp. 164-196). Disponible en: http://www.afhic.com/wp-content/uploads/2021/05/AFHIC_VolumenI.pdf Consultado 15/07/2021 consultado el 10/12/21

Fundación Parque de la Salud de la Provincia de Misiones. Disponible en <https://parquesaludmisiones.org.ar/> consultado el 25/11/21

Guber, R. (2004). El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de Campo. Buenos Aires: Editorial Paidós. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/el-salvaje-metropolitano.pdf> consultado el 27/04/20

Hernández Rodríguez, A. (2011). Trabajo y cuerpo. El caso de los hombres enfermeros. *La ventana. Revista de estudios de género*. 4(33), 210-241. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362011000100009 consultado el 12/05/19

Infobae. (2020). *Fuerte inversión en ciencia y tecnología para luchar contra el coronavirus*. Disponible en <https://www.infobae.com/salud/2020/07/14/fuerte-inversion-en-ciencia-y-tecnologia-para-luchar-contra-el-coronavirus/> consultado el 14/07/20

La izquierda diario. (2020). *MISIONES*. Abrazian: mercenario del periodismo que ataca a las enfermeras que lo atienden. Disponible en: <https://www.laizquierdadiario.com/Abrazian-mercenario-del-periodismo-que-ataca-a-las-enfermeras-que-lo-atienden> consultado el 06/11/21

Langdon, E. y Wiik, F. (2010) Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 18(3), 177-185 Disponible en <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhwjTB/?lang=es&format=pdf> consultado: 04/08/2020

Laplacette, G (coord.). (2013). *La educación profesional de los trabajadores técnicos de la salud en la Argentina. Los casos de Enfermería, Radiología, Hemoterapia y Laboratorio. Segunda etapa: un estudio descriptivo, cualitativo y transversal sobre la formación superior terciaria y universitaria. Año 2012-2013*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe-final-academico-ecm-educacion-tecnicos-salud-etapa-cuali-2012-2013.pdf> consultado el 20/030/20

Lateral. Desde este lado. (2020). *Acampe en Salud Pública: enfermeros denunciaron que civiles armados los amenazaron en la madrugada de este jueves*. Disponible en <https://diariolateral.com.ar/acampe-en-salud-publica-enfermeros-denunciaron-que-civiles-armados-los-amenazaron-en-la-madrugada-de-este-jueves/>. Consultado el 25/10/2020.

Ley 17.132/1967. *Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429> consultado el 21/05/21

Ley 24004/1991. *Enfermería. Ejercicio profesional*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24004-403> consultado el 21/05/20

Ley I-80 Poder Legislativo Provincial (P.L.P.). *Instituye la Carrera Sanitaria Provincial*. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar/buscador?rama=6&numero=80&ley-anterior=&q=> consultado el 25/11/21

Ley I-82 (Antes Ley 2813). Poder Legislativo Provincial (P.L.P.). *Colegio de profesionales de enfermería*. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar/uploads/documentos/leyes/LEY%20I%20-%20N%2082.pdf> consultado el 27/06/21

Ley XVII-70 Poder Legislativo Provincial (P.L.P.). *Declaración de la salud de la población como un bien social de interés público. Creación del Parque de la Salud de la Provincia de Misiones*. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar/buscador?rama=22&numero=70&ley-anterior=&q=> consultado el 25/11/21

Ley XVII-82 Poder Legislativo Provincial (P.L.P.). *Ley de Agente Sanitario*. Disponible en <http://digestomisiones.gob.ar/buscador?rama=22&numero=82&ley-anterior=&q=> consultado el 25/11/21

Martin, A. L. (2017). Capítulo VIII. Mujeres y enfermería: Una asociación temprana y estable (1886-1940). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. I. Ramacciotti. (Directores). *La Salud Pública y la enfermería*

Medina Moya, J. L. y Castillo Parra, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto Contexto-Enfermagem*. 15(2), 303-11. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200015>

Medina Moya, J. L. y do Prado, M. L. (2009). El Curriculum de enfermería como prototipo de tejné: racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto Contexto-Enfermagem*. 18(4): 617-626. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000400002>

Medina Moya, J. L. Schubert Backes, V. M. do Prado, M. L y Sandin, M. P. (2010). La enfermería como grupo oprimido: Las voces de las protagonistas. *Texto Contexto-Enfermagem*. 19(4), 609-617. Disponible en <https://www.scielo.br/j/tce/a/XJ9YBLX83sPYJtMTTYHd6Yw/?lang=es&format=pdf> consultado el 26/11/21

Menéndez, E. L. (2020). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Disponible en <https://dokumen.pub/morir-de-alcohol-saber-y-hegemonia-medica-9789874937490.html> consultado el 25/05/21

Misiones Cuatro. (2020) *¿Dónde está Villalba mientras sus empleados acampan frente al MSP?* Disponible en <https://misionescuatro.com/provinciales/donde-esta-villalba-mientras-sus-empleados-acampan-frente-al-msp/> consultado el 27/05/21

Ministerio de Salud. (s,f). *Autoridades*. Disponible en <https://salud.misiones.gob.ar/autoridades/> consultado el 26/05/21

Ministerio de Salud. (s,f). *Autoridades y personal*. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/transparencia/autoridades-personal> consultado el 26/05/21

Ministerio de Salud Pública. (s,f). *Zonas Sanitarias*. Disponible en <https://salud.misiones.gob.ar/zonas-sanitarias/> consultado el 18/06/21

Misiones online. (2007). *Auxiliares no cumplen con la ley de enfermería*. Disponible en <https://misionesonline.net/2007/06/01/auxiliares-no-cumplen-la-ley-de-enfermeria/> consultado el 01/05/21

Misiones online. (2012). *Dos estudiantes están encadenados hace más de 24 horas frente a la Escuela de Enfermería*. Disponible en <https://misionesonline.net/2012/12/05/dos-estudiantes-est-n-encadenados-hace-m-s-de-24-horas-frente-a-la-escuela-de-enfermer-a/> consultado el 25/05/21

Misiones online. (2014). *La Escuela de Enfermería de la UNaM cumple 40 años*. Disponible en <https://misionesonline.net/2014/12/08/la-escuela-de-enfermeria-de-la-unam-cumple-40-anos/> consultado el 31/05/21

Misiones Online. (2020). *Autoconvocados de salud llegaron a un acuerdo con la Provincia y levantaron la protesta*. Disponible en <https://misionesonline.net/2020/09/16/autoconvocados-de-salud-acuerdo/> consultado el 15/03/21

Molina, M.T. (1973). *Historia de la enfermería*. Buenos Aires, Argentina: Intermedica editorial

Morrone, B. (2013). *Soltando Amarras. Claves para entender la historia pendiente de la enfermería argentina*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Suarez.

Nievas, F. (1999). *El control social de los cuerpos*. Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Nocera, P. (2006). Un yo que es un nosotros. Individuo y sociedad en la obra de Norbert Elias y Max Weber. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. (13). Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1456459> consultado el 28/10/21

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Situación de la ENFERMERÍA EN EL MUNDO. 2020. Invertir en educación, empleo y liderazgo.* Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279> consultado el 26/05/21

Organización Panamericana de la Salud. (1989). *Análisis prospectivo de la educación de enfermería.* Disponible en <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/39662/3156.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consultado el 22/05/21

Organización Sanitaria Panamericana. (s,f). *La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe.* Disponible en https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10947:2015-pahowho-highlights-need-train-more-nursing-personnel&Itemid=1926&lang=es consultado el 25/05/21

Parlamento Misionero. (23 de julio de 2020). *Liderazgo de la Enfermería Misionera.* Disponible en <https://youtu.be/zxozpzK0uv4> consultado el 23/07/20

Piedrahita Sandoval, L. E. Rosero Prado, A. L. (2017). Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería: revisión integradora de literatura. *Enfermería global. Revista electrónica trimestral de Enfermería.* 16(3), 679-692. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.269261>

Primera edición. (2016). *Los enfermeros siguen encadenados en el hospital Madariaga, sin respuestas seis días después.* Disponible en <https://www.primeraedicion.com.ar/nota/211935/los-enfermeros-siguen-encadenados-en-el-hospital-madariaga-sin-respuestas-seis-dias-despues/> consultado el 27/05/21

Programa de cátedra *Bases conceptuales y metodológicas de la enfermería.* (2007). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Bioestadística*. (2007). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones

Programa de cátedra *Biofísica*. (2007). Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *El hombre y su entorno*. (2007). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Enfermería comunitaria*. (2007). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Enfermería en el cuidado del adulto y del anciano*. (2007). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Enfermería materno infantil*. (2007). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Epidemiología*. (2007). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Historia de la enfermería*. (2007). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Introducción al conocimiento científico*. (2007). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Microbiología y parasitología*. (2009). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Principios de administración y enseñanza de la enfermería*. (2009). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Programa de cátedra *Problemas socioeconómicos del nordeste argentino*. (2003). Disponible en la biblioteca de la Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones.

Ramacciotti, K. I y Valobra, A. M. (2010). La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. LXII(2), 353-374. Disponible en <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/471/473> consultado el 21/01/20

Ramacciotti, K. I y Valobra, A. M. (2014). Seminario Reflexiones sobre la historia de la profesionalización y especialización sanitaria en América Latina XIX y XX. Feminización y profesionalización de la enfermería, 1940-1955. Disponible en http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/111536/Documento_completo.6544.pdfPDF_A.pdf?sequence=1&isAllowed=y consultado el 21/03/20

Ramacciotti, K. I y Valobra, A. M. (2017). El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967. *Dynamis*, 37(2), 367-387. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362017000200006&lng=es&tlng=es. Consultado el día 26 de junio de 2021

Ramacciotti, K, I y Valobra, A. (2017). Capítulo IX. Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En C. Biernat, J. M. Cerdá y K. I. Ramacciotti. (Directores). *La Salud Pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287-313). Argentina: Universidad Nacional de Quilmes Editorial.

Ramacciotti, K. I. (2019). La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina. *Trabajos y Comunicaciones*. (49). DOI: <https://doi.org/10.24215/23468971e081>

Resolución 029 del 2005. *Aprobación Proyecto Nuevo Plan de Estudio Carrera de Enfermería*. Consejo Superior. Universidad Nacional de Misiones.

Sanchez Dromundo, R. A. (2007). La teoría de los campos de Bourdieu, como esquema teórico de análisis del proceso de graduación en posgrado. *REDIE* [online]. 9(1), 1-21. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412007000100008 consultado el 26/09/21.

Santos, H y Winokur, J. (2008). Salud Pública y las carreras de enfermería en las Universidades Nacionales de Misiones, Mar del Plata y buenos Aires. En Riquelme, C. (Ed.), *Las universidades frente a las demandas sociales y productivas* (pp. 339-387). Buenos Aires. Argentina. Miño y Davila srl.

Silva, K. R. y de Sena, R. R. (2006). La educación de enfermería: Búsqueda de la formación crítica y reflexiva y de las competencias profesionales. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 14(5). Disponible en www.eerp.usp.br/rlae consultado el 03/21

Sitemelalenoir. (8 de noviembre de 2017). *Las enfermeras de Evita*. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=LM7onsaR7-g> consultado el 31/05/21

Piedrahita Sandoval, L. E. Rosero Prado, A. L. (2017). Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería: revisión integradora de literatura. *Enfermería global*. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*. 16(3), 679-692. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.3.269261>

Quiroga, M. (coord.). (2017). *UNaM: Informe final de Autoevaluación. 1973/2017*. Universidad Nacional de Misiones [Documento de difusión]. S/E.

Wainerman, C y Binstock, G. (1992). El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires. *Instituto de Desarrollo Económico y Social*. 32(126), 271-284. Disponible en <http://catalinawainerman.com.ar/pdf/El-nacimiento-de-una-ocupaci-femenina-La-nferme.pdf> consultado el 26/10/18.

ANEXO

Guía de entrevistas para la tesis de maestría

Guía de entrevista para graduados

Entrevista de elaboración propia, en base a la consulta de: Wainerman y Binstock. 1993. “Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería”. CENEP. Centro de estudios de población. N°48. Buenos Aires. Argentina.

1ª Parte:

Antecedentes personales y familiares

- 1- Nombre ¿de Pila o de fantasía?
- 2- Edad
- 3- Estado civil
- 4- Profesión (año). Situación académica y laboral actual. Horas de trabajo diario. Horas diarias de estudio.
- 5- Origen, nivel educativo y profesión de la pareja
- 6- Origen, nivel educativo y profesión de los padres
- 7- Lugar de residencia: actual, de origen y durante el periodo de formación
- 8- Lugar de realización de educación primaria y secundaria
- 9- Composición de la familia de origen. Nivel de formación y situación actual
- 10- Mejores y peores recuerdos estudiantiles de la infancia y adolescencia en general
- 11- Situación laboral en la infancia y adolescencia
- 12- Situación actual de las amistades y compañeros de estudio de infancia y adolescencia
- 13- Simpatía política y religiosa (Militante/practicante)

2ª Parte:

Antecedentes de la elección de la carrera

- 1- Motivaciones de elección de la carrera ¿Por qué enfermería y no otra disciplina? (experiencias de vida, primera elección, por decantación, etcétera)
- 2- Otras carreras previas: Historia y trayectoria, graduación o abandono
- 3- Antecedentes de enfermería en la familia o conocidos (relación con la elección)

- 4- Como se enteró de que había una carrera universitaria en Misiones
- 5- Ideas o dudas previas acerca de la carrera
- 6- Posición de los padres, familiares y amigos respecto a la carrera elegida
- 7- Trabajos previos al comienzo de la carrera y durante la carrera, historia y trayectoria sociolaboral
- 8- Proceso inscripción y llegada a la escuela de enfermería (trajines, contingencias, frustraciones, alegrías, colaboración, etcétera)
- 9- Situación sociolaboral: personal y familiar al momento de elección de la carrera
- 10- Vivienda, alimentación, transporte y trabajo.

3ª Parte

Vivencias generales durante el proceso de formación

- 1- Año de ingreso a la carrera, año de egreso y materias recursadas.
- 2- Recuerdos del primer día de clases de ingreso (resultado del ingreso) y del primer día de cursada (cuantos ingresaron)
- 3- Horas diarias de estudio. Libros leídos. Horas de trabajo, actividad física, ocio y descanso, tipo. Fines de semana ¿Que hacía con su tiempo?
- 4- Recuerdo del tipo de actividades realizadas en la escuela. (TP, lecturas individuales, redacciones, monografías, informes, ponencias, presentaciones, parciales, talleres, gabinetes, prácticas, etcétera). Cual le gusto más y por qué.
- 5- Cantidad de mujeres que cursaron el ingreso, que ingresaron y que se recibieron. Conformación de género, general, anual o por materia, del grupo de estudio.
- 6- Recuerdos de las mejores y peores materias de cada año de la carrera.
- 7- Recuerdo de mejores y peores docentes de cada año de la carrera
- 8- Carrera fácil o difícil. Lo más fácil y lo más difícil de la carrera.
- 9- Mejores y peores recuerdo de las experiencias prácticas de cada año.
- 10- Relación con los docentes. Docentes con los que creó lazos de amistad. Impronta docente en el estudiante (docente ideal, marcas profundas, enseñanzas de vida, experiencias prácticas, etcétera). Docente ideal versus docente mediocre.
- 11- Relación con los compañeros. Compañeros con los que creó lazos de amistad y continúan relacionándose. Compañeros a los que no ha visto más, luego de la cursada. Encuentros de ocio con colegas de la promoción.

- 12- Materias teóricas y prácticas: Comparaciones. Que se aprende en una y otra. Que materias son troncales para la profesión (cómo y por qué). Aprendizaje de las materias teóricas, aprendizaje de las materias prácticas.

4º Parte

De los conocimientos impartidos en la formación

- 1- Definición de enfermería (ciencia, arte, disciplina y profesión, etcétera).
¿Profesión u oficio?
- 2- Definición de un buen estudiante de enfermería. Cosas que si o si debería saber un estudiante para recibirse de enfermero. Qué cualidades, valores, principios o costumbres, etcétera, debe tener una persona que quiera estudiar enfermería. Que debe saber una persona antes de estudiar enfermería ¿Cómo es la profesión en la práctica?
- 3- Teoría o práctica. Parte más importante de la teoría. Parte más importa de la práctica. Cantidad de horas teóricas. Cantidad de horas prácticas. ¿Qué debería enseñarse más en la escuela de enfermería? ¿Qué materias deberían sacarse del curriculum o que materias consideras las menos útiles y las más útiles? ¿Qué materia agregarías?
- 4- Planes de estudio. Programas de estudio. Que nos define, caracteriza y diferencia como profesión. Modo de aplicación en la práctica del conocimiento aprendido en la academia. Que se aplica y que no se aplica. Como poder aplicar lo que no se aplica.
- 5- Definición y utilidad del PAE. Importancia. Campo de aplicación. Aplicación práctica vs aplicación teórica. Como se forma un enfermero según los planes de estudio de la academia. PAE ¿se utiliza o no en la práctica?
- 6- Diferencia entre lo enseñado en la academia y lo que se realiza en la práctica. Como formarías a un enfermero. Que le enseñarías a un estudiante para que sea un buen enfermero. Importancia del conocimiento antropológico y filosófico en enfermería. Importancia de la técnica instrumental.
- 7- Conocimientos generales de la historia de enfermería universal y argentina en particular ¿Por qué dicen que es una profesión de mujeres? ¿sabes de donde viene la idea que tienen algunos varones y mujeres de que todas las enfermeras son putas? ¿Estás de acuerdo con esa visión? ¿Cómo eran tus compañeras de estudio y

como son tus colegas? Ventajas y desventajas de estudiar con varones o mujeres.
¿Estudiar es más fácil para el varón o para la mujer?

- 8- Lo más decepcionante de la formación. Lo más placentero de la formación.
- 9- Nivel de formación de los docentes de ese momento: Conocimiento del campo, que teórico que enseñan, trabajos en nosocomios.
- 10- Recomendación de la carrera. Frustración con la carrera. Conformidad con la carrera. Cosas de la práctica que no aprendió en la carrera.
- 11- Te parece importante la teoría en enfermería. Que es lo que más aprendiste de la teoría. Conocimiento teórico que más se aplica en la práctica. Cambios ocurridos desde la elección de la carrera. Cosas que dejo de hacer cuando se graduó. Aplicación práctica de la teoría y la práctica de enfermería en la vida cotidiana.

5ª Parte

Situación actual:

- 1- Situación laboral, académica actual (cargo y dedicación). Horas de trabajo. Horas de estudio. Conformidad o disconformidad con el trabajo. Conformidad o disconformidad con la carrera elegida, y con la trayectoria realidad.
- 2- Años de trabajo hasta la actualidad. Cuantos lugares de trabajo posee y horas totales. Conformidad con el sueldo y tipo de actividad realizada.
- 3- Conocimientos aplicados en la práctica diaria. Conocimientos que faltan incorporar. Como hizo con lo que no aprendió en la escuela. Que conocimientos incorporaría.
- 4- Diferencia entre enfermero y enfermera. Enfermero/a ideal (en caso de seleccionar un tipo). Definición del cómo y por qué son como son los enfermeros con los que trabaja. Cantidad de varones y mujeres con los que trabaja. Diferencia del trabajo que realizan los varones y las mujeres.
- 5- Diferencia entre enfermeros y auxiliares. Licenciados y enfermeros. Opinión de los auxiliares. Opinión que tiene de los nuevos egresados (Licenciados y enfermeros)
- 6- Que es lo que más te gusta de la profesión. Lo que más te decepciona. Que cambios aplicarías. Qué harías si pudieras para mejorar la práctica de enfermería. Si pudieras, que dejarías de hacer o prohibirías que se haga.

7- Enfermería unida o desunida. Proyectos laborales y académicos futuros. Concejo a los estudiantes de enfermería y a quienes quieran estudiar. Concejo a los enfermeros. ¿Te imaginas jubilado?

Guía de entrevista para docentes

Temática: Visión general desde la perspectiva docente acerca del proceso de formación de los estudiantes de enfermería de la UNaM -plan 2004-.

Objetivos de la entrevista:

1. Conocer qué idea de la enfermería estaba presente cuando pensaron el plan de estudios 2004
2. Qué perfil de profesional tenían en mente
3. Cómo eran las relaciones entre enfermeros y equipo de salud al momento que se pensó en el cambio de plan
4. ¿La formación académica se pensaba para el ámbito asistencial solamente?
5. Comentarios sobre el plan de estudios 2004

Temario: (Son tópicos conversacionales que organizan la conversación como modo de favorecer la heurística. No es una encuesta, tampoco un interrogatorio inquisidor)

Breve historia de la infancia y adolescencia:

¿Cómo llegó a estudiar enfermería?

Con quien estoy hablando.

Composición familiar.

Lugar de residencia de la infancia y adolescencia.

Oficio y ocupación de los padres.

Oficio y ocupación de los abuelos.

Recuerdos de la educación primaria.

Recuerdos de la educación secundaria.

Antecedentes familiares de enfermería o disciplinas afines a la salud.

Educación de enfermería:

Motivos de la elección de la carrera de enfermería.

Lugar de formación de pregrado y grado.

Composición estudiantil según género durante la carrera.

Orientación de la carrera: social/biológica/ holística/ etcétera.

Materias preferidas.

Materias desagradables.

Año de ingreso y año de egreso grado y pregrado. Tema de tesina.

Experiencias prácticas de pregrado y grado.

Manutención en periodo estudiantil: vivienda, alimento, transporte.

Otros cursos o postgrado.

Antecedentes laborales:

Primera experiencia laboral: Edad, nosocomio, Fecha de ingreso y egreso.

Experiencias laborales posteriores hasta el inicio de la carrera docente.

Situación laboral actual.

Recuerdos positivos de las experiencias laborales.

Recuerdos negativos de las experiencias laborales.

Trato con los médicos: personal y grupal.

Conformación de género en el periodo laboral.

Visión de la enfermería de parte del equipo de salud.

Carrera docente:

Cargo y dedicación actual. Nombre de la materia, o las materias.

Principales lineamientos de la cátedra: Carga horaria, distribución horaria. Lugares de práctica y motivo de elección de los lugares. Principales logros de la cátedra.

Composición sociocultural y de género, histórica y actual del grupo de estudiantes de la cátedra.

Manutención de los estudiantes.

Año, lugar y materia de la primera experiencia docente: Estudiante, becario, Ad honorem, rentado.

Primer concurso docente ganado: Año, cargo y dedicación.

Trayectoria académica como docente.

Especialidades o posgrados realizados: Institución. Duración. Tema de trabajo final. Manutención durante el proceso de formación: Becas, auto solventado, etcétera.

Trayectoria como investigador: Artículos científicos, libros escritos, capítulos de libros, temas de investigación, equipos de investigación, etcétera.

Experiencia en participación de la redacción de: plan de estudio, programas de cátedra, estatutos, normas, reglamentos, proyectos de investigación institucional en convenio con otras instituciones. Año y espíritu que guio el trabajo (mirada social, holística, biológica, política, medica, altruista, medico dependiente, sumisa, liberadora, contestataria, tecnicista, autómata, interdisciplinaria, etcétera)

Relación de la cátedra con otros docentes, cátedras y personal administrativos al momento de delinear objetivos comunes de formación.

Visión disciplinar:

Definición de enfermería: Auxiliares o profesionales.

Rol de enfermería. Logros actuales.

Definición de enfermero/a: criterios de un buen enfermero.

Motivos de elección de la carrera por parte de los estudiantes.

Definición de estudiante de enfermería: Criterios para ser un buen estudiante.

Definición de docente de enfermería: Criterios para ser un buen docente.

Breve historia de la enfermería argentina. Orígenes socioculturales de las primeras enfermeras, orígenes de los primeros enfermeros.

Breve historia de enfermería universal.

Violencia laboral y violencia de género en enfermería, posibles causas y/o motivos.

Origen socio laboral, cultural y/o histórico, de la visión estigmatizaste de las enfermeras y enfermeros.

Trayectorias sociolaborales de dos graduados

Resumen de la trayectoria de vida de F.E.M

F.E.M, tiene 33 años de edad, aproximadamente. Es enfermera. Egresó de la escuela de enfermería de la UNaM (universidad nacional de Misiones), en el año 2010. También es 'tarotista'. *Yo, tiro las cartas del tarot. No hago payé, ni estiro el cuerito, ni nada de eso.*

Oriunda de la ciudad de Posadas, separada desde hace cuatro años, madre de una niña, vive en la casa de los padres.

Trabaja en un sanatorio, de la ciudad capital. No es personal permanente de la institución, realiza guardias, los días y horarios en que la solicitan. *Antes, cuando estaba en planta, en el sanatorio, y sabía que tenía que cumplir sí o sí, no era feliz. Y ahora, sé que eso no es lo mío, que yo, voy por la plata, nomás. Pero, hago todo lo que tengo que hacer.*

Yo, hice una crisis cuando vi ocho noches seguidas en mi planilla. Tiré la planilla y fui al correo y busqué mi renuncia y renuncié.

A veces, me contratan, y a veces, no. Como ahora. Me dicen, 'tenés diez guardias, ¿podes hacerla? Tenés cinco, ¿podes hacerla?' Así. Pero, yo, no soy enfermera.

Estudia un profesorado, relacionado a las ciencias sociales, en una institución terciaria.

El papá, es técnico electricista. Se dedica a la mecánica automotriz. La mamá, es ama de casa. El abuelo paterno, era policía. La abuela paterna, era ama de casa. El abuelo materno, era carnicero. La abuela materna, era 'tarotista'.

Es la mayor de tres hermanas. Se emancipó, a los 28 años, cuando se fue a vivir en pareja. Se casó por iglesia y por civil. Algunos años después, se divorció y volvió a la casa de los padres.

Una tía, es enfermera. Vive en una ciudad, en una ciudad del interior de la provincia de Misiones.

Siente que el padre se decepcionó con su trayectoria de vida. *Mi papá, cambió mucho conmigo, después de que me separé. Esta desilusionado.*

La madre, la considera poco responsable con su propia vida. *Me decía, que yo, no tomaba nada en serio. Que yo, quería vivir la vida a la 'bartola'. Que me gusta la vida fácil. Que no quería responsabilidad. Pero, si ya tengo responsabilidad de trabajar para que mi hija tenga sus cosas.*

En la infancia y adolescencia, se dedicó a estudiar. No practicaba deportes, pero, le gustaba escribir novelas y asistir al coro de la iglesia.

Primaria, hice en colegio público. La secundaria, hice en un colegio confesional. Los dos, quedan en el mismo barrio. Y mi hija, estudia en un colegio confesional, del mismo barrio.

Conserva amistad con una compañera del secundario, que, actualmente tiene tres hijos y es ama de casa.

Se considera católica y apartidaría. *Estoy en un 50%. No es que creo 'en', o sigo 'a'. No soy devota de nadie. Creo en Dios. No voy a misa. Pero, soy católica.*

La elección de la carrera de enfermería, estuvo signada por limitaciones monetarias. En el secundario, proyectaba estudiar profesorado de inglés, pero, por los bajos ingresos familiares, no pudo hacerlo.

La madre, la inscribió en la carrera, porque se dictaba en una institución pública y representaba menos gasto que una institución privada.

No le gustaba la carrera, pero lo hacía, porque era la única manera de conseguir un trabajo e independizarse. *Tenía que estar bancándome a mi familia, en mi casa. Y tener mi plata, iba a ser más... ¡Me di cuenta, que no era lo mío! No es que, de un día para el otro, yo, me levanté y dije... ¡No! Yo, ya veía los indicios, hacía muchísimo tiempo.*

Ingresó a la carrera, en el año 2007, y egresó, en el año 2010. Viajaba diariamente a la escuela de enfermería con la línea '23', de colectivo. *Trabajé, en la placita, con una amiga de la secundaria, para pagarme la joda. Para poder ir al boliche. Tenía 21 años. Trabajaba por la tarde, cuatro horas.*

Quedó libre en el curso de ingreso, del año 2006, al igual que la mayor parte de los compañeros de grupo. Ingresó, en el año 2007.

Como la carrera no era de su agrado, sus recuerdos son superficiales, ambiguos y algunas veces, despectivos. *Yo, siempre fui neutral, Jorge. No tengo, ni buenos, ni malos recuerdos. Cuando terminaba la clase, me podía ir a mi casa. Y podía juntarme a tomar teres con mis compañeros, a la salida. Me gustaba ir a clases y juntarme con mis compañeros.*

Estudiaba de manera grupal. En la casa de las compañeras. Eventualmente, estudiaban en la biblioteca de la escuela.

Le gustaban las materias con contenido pedagógico, y las clases de anatomía. *A mí, me gustaba todo lo que sea medio interno. Electrolitos, balance, etcétera.*

Le disgustaba realizar prácticas hospitalarias, porque se limitaba a que los estudiantes realicen higiene perineal.

Psicología⁷¹ y NEA⁷², le resultaban tediosas y sin sentido:

⁷¹Psicología evolutiva. Materia que se dictaba en el tercer año de la carrera de enfermería, plan 2004.

Psicología evolutiva. Freud. Los estadios. ¡De qué puta te sirve! ¿Entendés? ¡No te sirve de nada! Tienen que trabajarse los problemas en base a casos prácticos. No vas a ser amiga del paciente. No vas a solucionarle la vida. ¡Eso, no te enseña la psicología! Vos, podés tener empatía, respeto, solidaridad, todos los valores que vos quieras, pero, no te pongas a llorar por un paciente cuando muere. Porque vos, no podés ir con toda esa carga emocional a tu casa. Más, cuando tenés hijo, o tenés una pareja, o tenés algún problema. Y todo eso, la psicología no nos enseña en enfermería. Tendrían que enseñarte, a no somatizar los problemas ajenos.

En NEA, ¡ni siquiera hablábamos de las enfermedades prevalentes de la región! ¡Nada! No. Él, se ponía a hablar de política. En esa materia, se hubieran explicado las enfermedades prevalentes de la región. Por ejemplo: En Aristóbulo del Valle, hay tal enfermedad prevalente. ¿Cómo se trata eso? ¿Cómo paliar esa situación? ¡Pero, nada, nada, nada! ¡Te terminaba hablando de cosas, que nada que ver! Como Milagro Sala y esas cosas.

Considera que los docentes, en lugar de formarse para poder enseñar, buscan sus propios beneficios, en detrimento de los estudiantes. La escuela [de enfermería], no te prepara para la verdad. ¡A la escuela, le interesa el número de egresados!

Todos, están más preocupados por ser docentes, por llevarse un cargo, por llevarse la titularidad, por ser vice director, por ser director, por salir en la tele.

Un día, que hablo el director, a mí, me dio asco. A comienzo de año, salió a decir que había como 'seiscientos ingresantes'. Pero, sí, todo lo que vos quieras, pero, de tus seiscientos ingresantes, cien, te salen bien, los otros, desisten de la carrera, como hice yo. No tiene una formación completa, van y hacen cagada.

Reconoce la importancia de la formación teórica, como base para el accionar práctico, en el campo laboral. Sin embargo, el modelo de enseñanza basado en el PAE⁷³, le resulta inadaptable a la realidad diaria del trabajo de enfermería. ¿Qué plan de cuidados? Si lo haces todo de manera mecánica. Hay cosas que ya sabés, por la práctica. Por ejemplo, ¿tiene dificultad respiratoria?, lo mantenés sentado. ¿Tiene sonda vesical?, cuantificas la diuresis. Hay cosas, que uno, ya sabe. Lo tiene incorporado. No tiene una fundamentación muy lógica. Sostiene que la enseñanza teórica, se limita a la resolución de procedimientos instrumentales, que surgen en la práctica laboral. Vos, tenés que saber la teoría, de cómo colocar una sonda

⁷² Problemáticas socioeconómicas del nordeste argentino. Materia que se dictaba en el primer año de la carrera de enfermería, plan 2004.

⁷³ Proceso de atención de enfermería.

vesical. La teoría, de cómo curar una vía central. De cómo cuidar un paciente con estoma. Todo eso.

Lamenta, la falta de materias que se aboquen exclusivamente a la incorporación de conocimiento y manejo de fármacos. Yo, insisto con farmacología. Porque, como te dije, hay chicas nuevas que no saben. Eso, no te enseñan en la escuela. Creo, que farmacología, debería dividirse por módulos: farmacología renal, cardíaca. Deberían enseñar, primeros auxilios, farmacología.

¿De qué te sirve psicología evolutiva? ¡De nada! No des psicología, dale primeros auxilios, sobre esos tipos que están tirados en la calle. Dale más anatomía, más farmacología. Herramientas con las que el chico va a poder salir y hacer su crítica. Pero todo eso, la escuela no te enseña.

Considera que el método de enseñanza, está devaluado. La educación de enfermería, está muy desvalorizada.

Pero los docentes de la escuela dicen; ‘¡No! ¡Yo sé! ¡Porque yo, trabaje doce años en un Sanatorio!’

¿Qué es lo que te decía una profesora? ‘Yo, tengo más años que ustedes, acá’. ‘Ustedes, recién empiezan’. ‘Yo, soy re buena en esto’. ‘Acá, ustedes no tienen ni un pelo de lo que yo tengo’.

Y eso, ya te hace entrar, con eso de: ‘Bué, no soy nadie’. Y no, no es así, por que la educación, es un proceso.

El docente, te dice: ‘No, porque yo, trabajo doce horas en la ambulancia, yo sé, y ustedes no saben’. ¿Y cómo van a saber los alumnos si recién están cursando la licenciatura? Dan todo por sabido. Y no hay que dar todo por sabido. Ni la gente que estudia da todo por sabido. Yo, veo que es así, porque los contenidos son los mismos.

Le dibujan un poco el contenido. ¡Y eso, a mí, me pichó, que querés que te diga! ¡La pobreza que hay en los contenidos! ¡Y me sorprendió, que los docentes no se capaciten! Vos, podés ser docente de lo que sea, pero tenés que capacitarte. A lo que voy, es que, a enfermería le falta más solides.

A su entender, los estudiantes de enfermería, eligen la carrera, porque el tiempo de cursado es corto y brinda mayor oportunidad laboral que otras carreras. Pero, ni saben lo que les espera.

Recuerda, con tristeza, las prácticas integradas.⁷⁴ *Me acuerdo, cuando en la práctica, una chica le dio mal el medicamento a una paciente, tampoco era gran cosa, le dio oxitocina a una paciente, que ya tuvo él bebé. Pero, la profesora, armó un quilombo. ¿Por qué nos retaban a nosotros, si la falla estaba en ellos? ¡Ellos, son parte de esa falla!*

Y entonces, todos los médicos [aprovecharon la situación y comenzaron a decir]: ‘Hay, le dio una oxitocina. Tengo que informar esto. No puede ser esto. Los practicantes’... Como que ellos no fueron practicantes. Pero, a ellos, sí se le desangra la madre, se le muere él bebé, les sale con el hombrito dislocado, todo. Y nadie les dice nada, porque no hay quien les diga.

La falta de explicación, por parte de los docentes, acerca de cuáles serán las principales problemáticas a las que deberán enfrentarse en el campo práctico y cómo lidiar con ellas, a su entender, es la principal causa de subordinación laboral: *Porque, en la facultad, te tiran la teoría. Te dicen, ‘esto, aquello’. Te dibujan algunas cosas. Porque, en la facultad, te dibujan un montón de cuestiones.*

Y después, cuando vos salís, te chocas con la realidad. Sos subordinada de todo el mundo. Sos subordinada del familiar que viene de allá y que nunca le vio al que está internado, pero, te grita, te dice las cosas y te falta el respeto.

El completo rechazo que le genera ser enfermera, contrasta con el entusiasmo y admiración que le suscitan las docentes del profesorado que estudia actualmente: *En cambio, con las profesoras, si aprendés. Ellas, si saben. Si tienen algo que enseñarte. Por eso, me gustan, porque aprendo. Me encanta ser profesora. Este año, voy a tratar de meter algunas materias. Entonces, yo, siendo profesora, voy a tener mi aula. Mis chicos. Y voy a tener los fines de semana y feriados. Y voy a ganar más.*

No considera que exista un prototipo de estudiante de enfermería. *Todos hacen su trayecto dentro de la carrera. Vos, podés cursar materias, ella no. Podés cursar de nuevo. Pueden cursar juntos. Algunos, abandonan en un año. No hay un perfil del estudiante de enfermería. Capaz, la única característica en común es, ‘no tener asco’. Ya, en las prácticas, te das cuenta si va a ser lo tuyo o no.*

Producto de su frustrante experiencia personal, académica y laboral, desaconseja estudiar la carrera de enfermería. *Yo, ni a mi hija, ni a mi hermana, ni a la más necesitada del mundo, le recomendaría eso. Porque, no. Ganás re poco y no sos nada reconocida. Sos, subordinado del médico. De cada diez pacientes, cinco, se te ‘cagan’. Vivís en contacto con materia fecal.*

⁷⁴ Practica integrada. Materia que se dictaba en el tercer año de la carrera de enfermería, plan 2004. Consistía en realizar prácticas de enfermería, en distintos servicios e instituciones, hasta completar una cantidad de hora predeterminada. De modo tal que, al egresar, todos los estudiantes tengan la misma experiencia práctica.

¡Te revientan las varices! No tenés, ni ayuda, ni contención, de tus compañeros. Es un trabajo súper insalubre. Y encima de todo, el sueldo, es deficiente.

Define la enfermería como *asistencia al paciente*. Y considera que es una profesión, *porque sale de la facultad*.

No oculta su disgusto por haber elegido la carrera de Enfermería: *A mí, personalmente, no me gustó nada de enfermería. Por ahí, quizás, algunas cosas, estuvieron buenas. Cuando alguna gente te agradece, cuando se va bien y reconoce. Pero, otra cosa, no. No me gusta. Cualquiera te manda. No saben nada y te mandan. No te valoran.*

A pesar de que el título de Enfermera le permitió conseguir un trabajo más o menos estable, que actualmente es la única fuente de ingreso económico que le permite solventar los gastos que implica tener una hija y estudiar un profesorado, toda su vida laboral está cargada de angustia, desazón, infelicidad y malos recuerdos: *No soy feliz, siendo enfermera. Porque, me siento poca cosa. Gano poco. Me manda el médico. Me manda el familiar. Me manda el supervisor. Me mandan todos... A veces, salía traumada de la guardia. No era feliz, la verdad. Sentía que no era mi lugar, que me deprimía, que no quería estar ahí. No quería ir a trabajar. Dormía hasta tarde. No le ponía gana a las cosas. Me estresaba. Llegaba a mi casa llorando.*

La falta de reconocimiento social, el maltrato laboral, el salario insuficiente, las actividades insalubres que forman parte de la práctica de enfermería y la falta de unidad entre colegas, la hacen renegar constantemente, al momento de trabajar. *Yo, soy más 'cara de culo'. Yo, me irrito más fácil. Digo: ¡Putá, están tocando timbre, otra vez, la puta, la puta!*

Te vas y limpia el culo, de todos los pacientes cagados, que hay ahí. Y no podés hacer cara, porque si haces cara, 'vos, le estas discriminando, eh'. 'No podés hacer gesto, porque eso es inhumano'. 'No podés tardar, porque se está pudriendo, eh'. Vos, tenés que ir sonriendo, a limpiarle el culo. Yo, no estudie para ir a limpiar culo. ¿Para eso tantos años? ¿Para hacer eso? No. Siento, que están muy desnudos en el contenido. Muy expuestos, cuando salen al campo laboral.

Reclama, que los supervisores y coordinadores de enfermería, no acompañan a las enfermeras. Que los médicos, realizan indicaciones de último momento. Que las médicas, maltratan a las enfermeras. Que la cantidad de guardias, son excesivas. Y que las enfermeras del sanatorio en el que trabaja, son mediocres, chismosas y aduladoras de los médicos. Todo eso, lo atribuye a la formación recibida. *La salud, es como una jungla, gana el más fuerte. Obvio, con la pobre formación que les dan a los chicos... ¡Una formación, pobre! Por eso, yo digo, 'es pobre, pagan mal, y no es reconocida'. Es como que, el enfermero no tiene un*

campo amplio de accionar. Y si vos, no te armas ese campo, no sobrevivís, ahí adentro ¿Entendés?

¡El enfermero, es mecánico! Es: 'Me levanto a las seis de la mañana, te aplico la inyección y te controlo el peso'. ¡No salen de lo básico! Yo, tengo en claro que hay cosas que a la profesión le falta, y es culturalizar a la enfermería. El enfermero, no tiene cultura. No tiene ojo clínico. No tiene una posición. ¡Quiere ir a caerle bien a todo el mundo! Y no. Porque el enfermero, quiere ser chusma. Tiende a ser chusma. Y no sé. O es su naturaleza. O no lo piensa. O la psicología está fallando, también

¡Cuántas enfermeras dejan a sus chicos con fiebre, para ir a trabajar! Y el supervisor le dice: 'No, vení, porque acá, tenés diez pacientes'. ¡Y tú hijo esta convulsionando! Sí, allá, la supervisora le dejaba al hijo convulsionando para ir a trabajar. ¿Para qué tanto? ¿Para terminar con psicóloga? ¿Entendés? ¿Por qué pensás que yo deje la enfermería? Hablan del romanticismo y que 'me encanta limpiar la mierda' ¡Cuando la mierda estaba podrida y llena de gusano! Entonces, no vamos a ser hipócritas. Es una profesión ingrata

Considera que la solución a los problemas de enfermería, tiene dos caminos:

Ya te dije, hay que formar profesionales críticos, con cerebro, no a un enfermero que le digan, 'vas a salir a pinchar y vas a ganar quince mil pesos, por mes, porque vas a pinchar, nomás'.

(...) no se va a solucionar nada, mientras no se cambie la cabeza de los que están ahí, adentro. ¡Se tienen que ir, todos! ¡Tienen que jubilar, todos! Desde Jaime, en adelante.

Resumen de la trayectoria de vida de R.E.V

R.E.V, egresó de la Escuela de Enfermería de la UNaM, en el año 2008. Tiene 39 años. Soltero. Estuvo en concubinato dos veces. Es padre de dos varones, de entre 5 y 10 años de edad, aproximadamente.

Actualmente, vive en un popular barrio de la ciudad Posadas. A pocas cuadras de la casa paterna, donde pasó la infancia, adolescencia y parte de su juventud.

El papá, Es enfermero. La mamá, fallecida hace algún tiempo, era ama de casa.

Tanto el papá como la mamá, desconocen quienes fueron sus respectivos padres. Solo, conocen a las madres.

Tiene siete hermanos, de entre 30 y 40 años de edad, aproximadamente.

Cursó los estudios primarios, en dos escuelas públicas. El secundario, lo realizó en un bachillerato. La primaria y secundaria la realizó en escuelas públicas de gestión pública.

En la primaria, llegó a ser abanderado, de la bandera Argentina.

Siempre le gustó el fútbol, por lo que, en sus tiempos libres, se dedicaba a jugar en la cancha del barrio.

Las amistades de infancia y adolescencia, aun las conserva. Pero, debido a los compromisos laborales y familiares, las visitas son escasas.

No tiene creencia religiosa. *Cero religiones. Porque nunca me interesó. A mí, me bautizaron en Santa Rita, cuando yo era chico. Hice catequesis. Y después, nunca más fui a la iglesia. Mi familia, es toda católica. Menos, ahora, mi hermana, que hace un año más o menos, ella se metió en la religión ¿Cómo se dice? Evangélica.*

Refiere tener simpatía por un partido político de derecha conservadora. Partido al que votó en las elecciones del 2015: *Y fue más por que viste, el gobierno anterior estuvo muchos años, doce. Y como decían, bueno, el cambio. Ante no saber qué hacer, dije; 'Bueno. Vamos a ver si hay un cambio'. Nada más. Y hay un cambio. Yo creo que para mal. Según mi estadística. Que vamos empeorando, empeorando. Pero siempre tuve la fe que en algún momento se levante el avión. Y ahora, ya no, si ahora termina el mandato.*

Eligió la carrera de Enfermería, porque le gustaba la biología humana: *La verdad, siempre me intereso así, el tema de la salud. Si. Porque, yo me acuerdo que, en cuarto grado, venían a dar esas charlas, así, de sexualidad, o de embarazo. Yo, me acuerdo perfectamente, cuarto grado. Y desde ahí, a mí, siempre me gustó, clases así, de ese tipo. O sea, de conocer cómo funciona el cuerpo humano. Desde ese tiempo. Pero, yo, nunca quise ser enfermero, porque mi papá era enfermero.*

Enfermería, fue la primera carrera que eligió. Refiere que se inscribió para acompañar a un familiar en la cursada de la carrera: *Yo, me acuerdo que estaba siempre con mi cuñada. Dijimos, 'vamos a anotarnos'. Y después, no me acuerdo como averigüé. Pero, averigüé que era ahí, donde es [ahora].*

Las motivaciones económicas también incidieron en la elección de la carrera: *También, pensé, viste, lo que todos pensaban, estudiar enfermería porque es más fácil, más corto, más rápido y conseguís trabajo rápido. Y la verdad que, trabajo, yo, conseguí antes de recibirme. Así que, eso, fue cierto. Y, tres años, viste. Porque, todas las carreras son cinco, seis. Y entonces, tres años, es fácil, me recibo, tengo trabajo, tengo plata. Y eso nomas lo que pensé. Y dentro de todo, más o menos, fue así. Y tan fácil, no fue. Pero, la verdad que mucho no me costó. Bueno, y por eso elegí.*

Es el primer y único miembro de la familia que llegó a la universidad. Siempre tuvo el acompañamiento del papá y la mamá, cuando era estudiante. También, de sus amistades, quienes pensaban que era una carrera corta y con salida laboral rápida.

Ingresó a la carrera, en el año 2004, y finalizó, en el año 2008. *Me acuerdo que teníamos el horario. Íbamos a todas las clases. Íbamos juntos [con mi cuñada], siempre. No faltábamos a ninguna clase. Y teníamos que hacer trabajos prácticos. Nos juntamos a hacer los prácticos. Y así. Me iba en colectivo.*

El cursillo de ingreso le resultó complicado, porque, al igual que la mayoría de los ingresantes, tuvo que rendir varias veces la misma materia: *Me acuerdo que hubo todo un problema, así, con una docente, porque, prácticamente todos desaprobaron, menos dos o tres que pasaron, pero el resto, no. Por eso, ella dio otra y otra oportunidad. ¡Nadie aprobaba!*

En primer año, quiso abandonar la carrera. *Incluso, deje una semana. Porque, no aprobé una lección oral, que no nos fue bien. Y no fui más, una semana. Y en esa semana pensé, pensé, pensé. 'Si ya me anoté, ya estoy, por una materia, por un examen, por una lección'... Y dije, 'bueno, voy a juntar fuerza y vuelvo'. A la semana siguiente, seguí, nomas.*

Cuando estudiaba, vivía con los padres. En el último año, se independizó. *Y, en tercer año, recién me mude con mi primera mujer. Ponéle, que era mitad de año. Junio, julio, agosto, por ahí.*

En segundo año, recurso la materia, 'Adulto y anciano'.⁷⁵

Estudiaba por la noche y la madrugada, porque la casa era pequeña y la habitaban doce personas. Entonces, el único momento de silencio, era por la noche.

⁷⁵ Enfermería en el cuidado del adulto y del anciano. Materia que se dictaba en el segundo año de la carrera de enfermería, plan 2004.

Conoció nuevas amistades en la facultad. Con alguno de ellos, tiempo después, compartiría largas jornadas laborales. *Mi grupo Estaba integrado por C, M, Ch y yo. Y otra, que se llamaba G; y bueno. Íbamos siempre a la casa de C. Eso me acuerdo, sí, a hacer trabajos prácticos. Ahí, íbamos siempre Luego de clases, regresaba a su casa.*

En los tiempos libres, jugaba al futbol. Y, estudiábamos un rato y, otro rato, escabiabamos.

Respecto a la composición de género, recuerda que había más mujeres que hombres. *Ponéle, que eran cien alumnos. Y por lo menos, setenta, eran mujeres. En el ingreso. Primer año, eso me acuerdo, que eran muchas más mujeres que hombres. Y yo, creería que en toda la carrera, un 80% eran mujeres.*

Le gustaba cursar enfermería comunitaria,⁷⁶ adulto y anciano,⁷⁷ pediatría,⁷⁸ psicología⁷⁹, historia de la enfermería.⁸⁰ Sobre todo, le gustaban las clases de anatomía, que se dictaban en las diferentes materias.

En contraposición, NEA⁸¹ y administración,⁸² no le gustaban. Principalmente, porque tenía que realizar trabajos prácticos, constantemente: *Yo, quería, como te dije, ir, escuchar la clase y aprender. Y nada más. Y terminar la carrera. Después, ir a trabajar y practicar. ¿Entendés? No me gustaba mucho eso de, hacer prácticos o de ir a las prácticas. Gabinete,⁸³ tampoco me gustaba.*

Respecto a los docentes, piensa que todos son diferentes y que tienen una forma particular de enseñar. Por ello, no cree en que haya diferencia entre la teoría y la práctica de enfermería. Para él, es cuestión de gustos y preferencias.

En base a la experiencia laboral, considera que el conocimiento de la teoría que sustenta cada actividad de enfermería, es fundamental. Cada enfermera o enfermero, debe conocer la teoría de los procedimientos que realiza en cada servicio. Así, por ejemplo, las enfermeras de pediatría o de terapia intensiva, deben conocer la teoría que sustenta sus

⁷⁶ Enfermería comunitaria. Materia que se dictaba en el primer año de la carrera de enfermería, plan 2004.

⁷⁷ Enfermería en el cuidado del adulto y del anciano. Materia que se dictaba en el segundo año de la carrera de enfermería, plan 2004.

⁷⁸ Enfermería infante juvenil. Materia que se dictaba en el tercer año de la carrera de enfermería, plan 2004.

⁷⁹ Psicología de la enfermedad y psicología de la evolución, eran dos materias que se dictaban en el segundo y tercer año de la carrera de enfermería, plan 2004.

⁸⁰ Historia de la enfermería. Materia que se dictaba en el tercer año de la carrera de enfermería, plan 2004.

⁸¹ Problemática socioeconómica del noroeste argentino. Materia que se dictaba en el primer año de la carrera de enfermería, plan 2004.

⁸² Administración y gestión de los servicios de enfermería. Materia que se dictaba en el tercer año de la carrera de enfermería, plan 2004.

⁸³ Talleres en salas de simulación, donde los estudiantes realizaban los procedimientos prácticos aprendidos en la teoría. Ya sea en el cuerpo de un muñeco, o bien, en sus propios cuerpos.

prácticas. *Porque, si vos tenés la teoría, vos sabes qué estás haciendo, y por qué estás haciendo. Porque sino, si es solo práctica, es como estudiar de memoria, tenés que saber exactamente con punto y coma, porque si no, una cosita que no sabes, no sabes resolver. ¿Cómo vas a resolver? Sin embargo, si vos sabes lo que estás haciendo, poder resolverlo.*

Define a la enfermería, con una explicación de manual, arte y una ciencia.

En su vida diaria, constantemente utiliza los conocimientos de enfermería: *Porque todo el día te están preguntando: '¿Que puedo tomar, cuando?' '¿Y qué pasa si tiene fiebre?'* Te cruzas con alguien, te pregunta algo. Así que yo, uso todo el tiempo. Y a mí, a veces me molesta, porque te preguntan y vos tenés que saber todo.

Y algo de enfermería que utilizo para mí, por ejemplo, la alimentación. Que vos decís, 'bueno, no voy a comer esto, porque me hace mal'. O, 'tengo que comer poca grasa o aceite'. O, 'no voy a comprar este sándwich de milanesa, porque me va a hacer mierda'.

Actualmente, trabaja (...) en el hospital, hace diez años. Y el contrato, es con relación de dependencia. Y vence, en diciembre. Trabajo 40 horas semanales. Y los francos, son rotativos.

Quiere ser licenciado en enfermería, pero, por falta de tiempo, no puede cursar la carrera, a pesar de que lo viene intentando desde hace varios años: *Todos los años me anoté. Desde el 2010. Los primeros años, hacia un mes, y después, dejaba. Siempre fue el tiempo. Nunca me dio el tiempo. Porque siempre, priorizaba más a mi hijo. Primero, tenía solo uno. Y él, era chiquito, y yo, me quedaba con él. Porque la mamá, también estudiaba. Estudiaba y trabajaba. Y en aquel tiempo, siempre fue ese, mi problema. Con mi hijo y el tiempo. Básicamente.*

Reclama que, a través de diferentes ardides, la institución donde trabaja no le paga 'nocturnidad', a pesar de que la mayor parte de su tiempo trabajó a la noche: *Supuestamente, si vos trabajas a la noche, te tienen que pagar nocturnidad. Y bueno, para no pagar nocturnidad, supuestamente, todos estamos de día, pero, hacemos algunas noches. Entonces, cubrimos turno noche, pero, vos no podés decir que estas en turno noche, porque estas, o a la mañana o a la tarde.*

Le gusta ser enfermero, y administrar medicamentos, pero, le disgusta grandemente realizar higiene general, a las personas a las que cuida. De hecho, considera que, a ningún enfermero le gusta realizar ese tipo de tareas, tal vez por el maltrato que reciben por parte de las personas a las que atienden.

Su experiencia laboral, diariamente, le demuestra que no tiene el reconocimiento socio laboral, que quisiera tener, de parte de las personas a las que cuida: *A nosotros, nos toman*

como sirvientes: 'Ahí viene el enfermero' '¡Vos, me tenés que servir!' '¡Me tenés que limpiar el culo!' '¡Pasáme esto!' '¡Apagame la luz!' '¡Prendeme!'. 'Ahora sí, ya te podés ir'. Más o menos así, trata la gente. Piensa que vos tenés que estar siempre. Por eso te digo, que no valoran nuestra profesión.

Debido a la carga familiar, y la escasa remuneración que percibe como enfermero, realiza varias horas extras al mes. Considera que su vida no es como la de otros colegas, que trabajan en varios lugares, doble turno. Se percibe como un padre de dos hijos, separado, que trabaja en un solo lugar y que intenta sostenerlos económicamente con un solo trabajo, para evitar contraer enfermedades laborales, como los enfermeros y enfermeras que trabajan en dos lugares, diariamente.

Se lamenta de que el sueldo sea escaso y no tenga reconocimiento socio laboral. Además, reclama que la falta de acompañamiento de las y los coordinadores de enfermería, del hospital donde trabaja, los vuelve cada vez más vulnerables y dependientes de las opiniones y caprichos de los médicos y médicas. Siente impotencia, ante los atropellos de la medicina y de los propios coordinadores.

No se arrepiente de haber estudiado enfermería, pero, no la recomendaría a nadie y tampoco la volvería a estudiar, si fuera el caso.

Trata de pensar en el presente, en el trabajo diario. Pensar en el futuro, significa pensar que en algún momento deberá jubilarse, y eso le frustra, porque sabe que con el sueldo que percibe en la actualidad, su jubilación será escasa. A corto plazo, quiere retomar la licenciatura en enfermería, pero, con el único objetivo de mejorar su sueldo.