

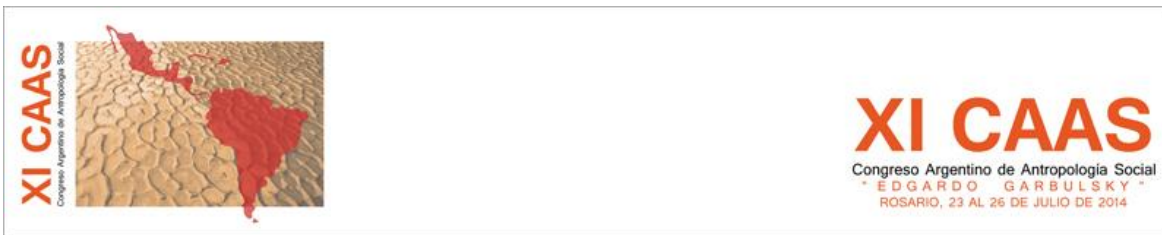
La práctica enfermera en la provincia de Río Negro: entre la reconversión y la profesionalización.

Jara, María de los Angeles.

Cita:

Jara, María de los Angeles (2014). *La práctica enfermera en la provincia de Río Negro: entre la reconversión y la profesionalización. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/849>



XI Congreso Argentino de Antropología Social

Rosario, 23 al 26 de Julio de 2014

GRUPO DE TRABAJO

GT 40: PLURALISMO ASISTENCIAL, MULTIPLICIDAD DE MODELOS, PRÁCTICAS Y EXPERIENCIAS EN SOCIEDADES MULTICULTURALES

TÍTULO DE TRABAJO

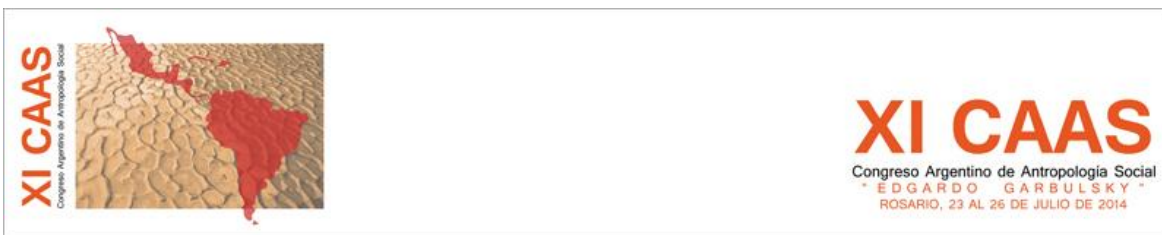
La práctica enfermera en la provincia de Río Negro: entre la reconversión y la profesionalización

Nombre y apellido. Institución de pertenencia.

María de los Ángeles Jara

1

Facultad de Ciencias Médicas, de Humanidades, de Derecho y Ciencias Sociales,
Universidad Nacional del Comahue



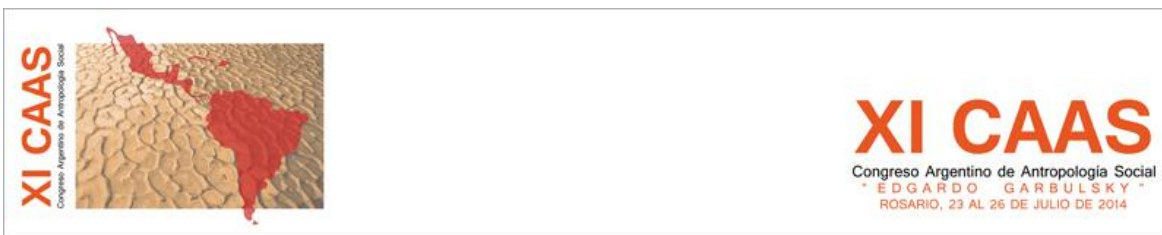
El presente trabajo tiene por objetivo exponer un análisis sobre el proceso de reconversión de las enfermeras “empíricas” en la provincia de Río Negro en el período 1960-1970. Es un primer acercamiento que pretende conocerlas como mujeres y trabajadoras, representantes de un sujeto social producto del devenir histórico de nuestro país y de la región. Así también queremos dar cuenta del impacto que tuvo la reconversión en la vida de las mujeres tanto en el plano familiar como laboral. Es por ello que, consideramos necesario contemplar los procesos históricos que hicieron a la constitución del perfil enfermero (ejercicio que nos exige trascender las fronteras espaciales y temporales de este trabajo) y las ideas que la sociedad tiene sobre la profesión en el mundo actual. Sabemos que a fines del siglo XIX, se constituye la Enfermería moderna y en ese entonces, el perfil enfermero planteado por médicos y enfermeras para las sociedades europeas y norteamericana, fue trasplantado en Latinoamérica desconociendo las prácticas de cuidado que existían en la región. En Argentina, la enfermería fue adquiriendo, al ritmo de los cambios históricos del siglo XX, claras particularidades las que deben contemplarse como el resultado de rupturas y novedades desde las distintas realidades del país.

2

Para realizar este escrito hemos recurrido mayoritariamente a fuentes bibliográficas y cuando frente a los “vacíos” o las “ausencias” documentales, la entrevista adquirió un protagonismo incuestionable.

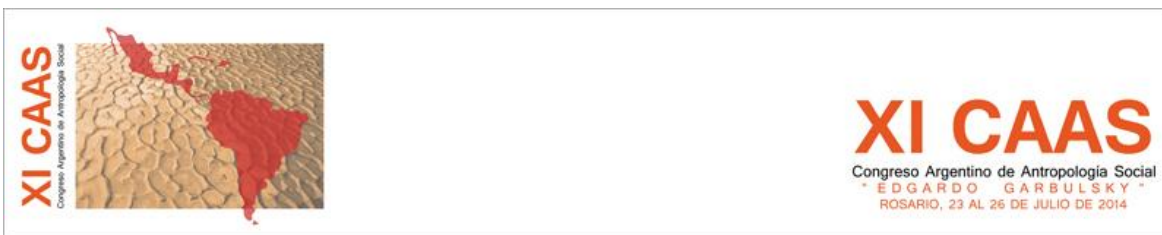
La Enfermería en un contexto de cambio

Para la segunda mitad del siglo XX las sociedades occidentales habían experimentado rotundos cambios económicos, sociales y geopolíticos. La Segunda Guerra Mundial (1939-1945) dejó como consecuencia un mundo bipolar: por un lado, la Unión Soviética que se convirtió en un centro con su propio espacio de poder y por otro, los Estados Unidos que se transforma en el líder del bloque capitalista, conformado también por las naciones de Europa y Japón. En ese contexto, comenzaron a desarrollarse los procesos de descolonización de Asia y África, planteando nuevas preocupaciones a las grandes potencias mundiales que necesitaban que los nuevos países continuaran con el perfil de



proveedores de materias primas. Además Estados Unidos propició una relación de “ayuda mutua” con Latinoamérica, y desde la preocupación por el avance del comunismo, promovió la creación de instituciones que le permitieran ejercer la hegemonía sobre la región. Es así como la Organización de los Estados Americanos se convirtió en la institución fomentadora de las relaciones entre los estados nacionales a nivel económico, político y militar y con la inclusión de la Organización Panamericana de la Salud, también intervendrá en los asuntos sociales, específicamente en las áreas de salud y educación. La Revolución cubana (1958) y el surgimiento de los movimientos sociales en otros lugares de la región, hicieron que aumentara la preocupación de Estados Unidos por el devenir de las sociedades latinoamericanas. Dicho país impulsa la siguiente línea de pensamiento: el esquema “centro industrial”-“periferia agrícola” reproducía la condición de subdesarrollo, entonces las economías latinoamericanas debían alcanzar el desarrollo industrial “ayudados” por Estados activos, con el objetivo de lograr un crecimiento autónomo para establecer relaciones internacionales “mas igualitarias” (Calalesina y Debener, 2014: 53). Es por ello que a través de los organismos internacionales, se concedieron “ayudas económicas” orientadas a las actividades relacionadas con la industria del petróleo, la química pesada, la siderurgia, entre otras, y también al mejoramiento de otros sectores de la sociedad. Estas políticas se tradujeron en un corpus de ideas que en nuestro país se conoce como “Desarrollismo”, cuyo objetivo era colaborar en la superación de la dependencia externa del país gracias a la producción de los insumos claves para el crecimiento industrial. Sin embargo, los resultados fueron exactamente los contrarios, ya que su principal consecuencia fue el reforzamiento de la dependencia económica debido al endeudamiento crónico con los organismos prestamistas internacionales.

El pensamiento desarrollista “será adoptado como plataforma política por el entonces presidente Arturo Frondizi y su partido y, aún después de su derrocamiento, gran parte de su modelo político ideológico seguirá vigente en los gobiernos civiles y militares que lo continuaron, hasta el golpe de Estado de 1976” (Sampayo, 2013). Dentro de la misma sintonía, la OPS puso en marcha un conjunto de programas que “tenían por objetivo la modernización de las instituciones sanitarias en relación a: infraestructura, tecnología, organización, capacitación profesional, investigación, administración” (Sampayo, op.cit).

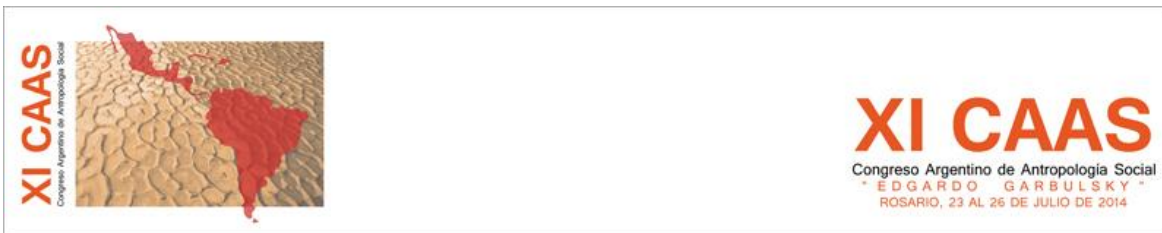


Los países de Latinoamérica debieron formular proyectos relacionados con el mejoramiento de la atención sanitaria de la población, siendo un requisito no excluyente para acceder a los créditos que ofrecían los organismos prestamistas internacionales. Una de las mayores preocupaciones fue lograr una rápida capacitación del personal sanitario ocupado en las instituciones que brindaban atención médica, tanto estatales y como privadas.

Para la época la atención sanitaria de la población que vivía en la Patagonia era insuficiente a pesar de la existencia de algunos hospitales públicos regionales y de unas pocas instituciones privadas, instaladas en las principales ciudades de las provincias. Las autoridades nacionales evidenciaron un marcado déficit y atraso en materia de atención y uno de los aspectos mas preocupantes era la ausencia o carencia de personal médico, así como también la alarmante presencia de un elevado porcentaje de enfermeros/as empíricos/as. Resulta interesante señalar que las acciones que se llevaron adelante para modificar esta realidad, fueron paralelas a la organización del sistema sanitario de las provincias patagónicas, las que adquieren dicho status con la ley de provincialización de 1957.

4

Para dar solución a las problemáticas sanitarias, la provincia de Río Negro elaboró el “Plan de Salud”, que comenzó a funcionar en el año 1973. “El Plan se asentó en cinco pilares básicos: 1) la incorporación de médicos con dedicación exclusiva y horario prolongado; 2) creación de la residencia médica; 3) mejora de la planta física y equipamiento hospitalario; 4) regionalización y descentralización hospitalaria; 5) adecuación y capacitación de todo el personal de salud” (Balmaceda, 2014: 8). En relación al último punto, la realidad del personal enfermero era similar al resto del país: se evidenciaba una significativa presencia de enfermeros empíricos, especialmente mujeres, quienes no solo se ocupaban de la atención de pacientes sino también de otras tareas como limpieza y/o preparación de alimentos. La actualización, capacitación y/o formación de enfermeras y de auxiliares de enfermería se convirtió en una tarea urgente y se determinó que fuera obligatoria para los/as “empíricos/as”. Se entendía que un personal debidamente formado, iba a poder responder no solo a las nuevas prácticas médicas impuestas por el desarrollo científico y tecnológico del momento, sino también a las



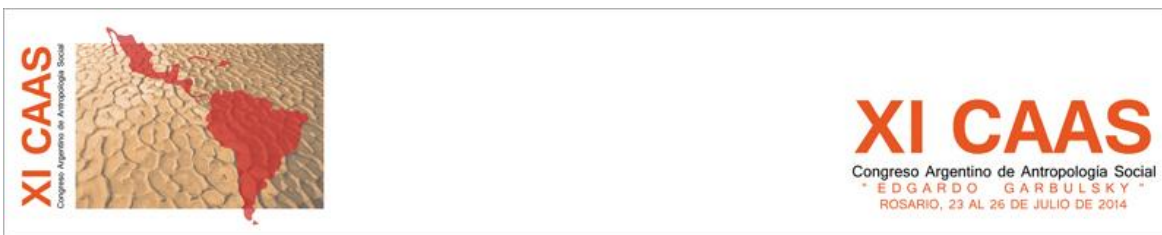
exigencias del modelo desarrollista y al clima de pensamiento compartido socialmente que comulgaba con los mandatos de los organismos prestamistas internacionales.

Sabemos que en la provincia de Río Negro había varones y mujeres que se desempeñaban como enfermeros/as empíricos/as. Sin embargo, nuestras entrevistadas nos cuentan que la mayoría eran mujeres, que pertenecían a los sectores populares y que muchas sólo habían concluido la escuela primaria (aunque también hicieron referencia a empíricas analfabetas o que habían asistido a la escuela pocos años).

Los datos proporcionados por las enfermeras entrevistadas nos dicen que las empíricas ingresaron a la institución hospitalaria motivadas por la oportunidad laboral y la estabilidad del empleo público.

Silvia Heckel Ochoteco (2000) sostiene que la reconversión de los/as empíricos/as en Río Negro fue un proceso rápido, efectivo y temprano en comparación con otras provincias del país. Este planteo nos permite suponer que la sistematización de saberes por parte de los/as enfermeros/as pudo haber sido también precoz respecto a otros colectivos enfermeros. Si bien no podemos desconocer el trabajo realizado por educadores/as e investigadores/as en pos de alcanzar una autonomía disciplinar, aún hoy los/as enfermeros/as reconocen que dicha pretensión encuentra obstáculos que dificultan su concreción. Las características del trabajo enfermero (horarios rotativos, guardias, horas extras, entre otras) es incompatible muchas veces con los tiempos que exige la investigación. Además el impacto de las políticas neoliberales de los '90 en el mundo del trabajo y las exigencias de la vida profesional y cotidiana (especialmente para las mujeres que deben armonizar trabajo y rol materno), hicieron que el sujeto enfermero se convirtiera en el principal actor de los reclamos del sector de la sanidad.

Una de nuestras entrevistadas nos permitió advertir que en los últimos años el interés de los/as enfermeros/as se ha concentrado en la búsqueda de un reconocimiento social y económico y que la profesionalización (en algunos casos auto-financiadas en universidades privadas) tiene por objetivo principal mejorar los ingresos salariales a nivel individual.



Este comportamiento no podemos resumirlo sólo en reivindicaciones corporativistas, que si bien son legítimas responden a cuestiones históricas que atraviesan el perfil de la Enfermería. Es por ello que creemos necesario analizar a la Enfermería y al trabajo enfermero desde la perspectiva de género para poder enlazar los tiempos de la reconversión con los actuales de profesionalización, buceando en el saber biomédico y la relación con el saber enfermero.

La Enfermería y las enfermeras en Argentina y en Río Negro

La constitución de la Enfermería moderna debe ser analizada en relación a las transformaciones económicas, políticas y sociales experimentadas por las sociedades urbanas de Occidente entre fines del siglo XVIII y a lo largo del siglo XIX. En aquel entonces, la ciencia médica experimentó cambios notables a partir del desarrollo de la anatomoclínica y fisiopatología. La medicina, bajo el paradigma epistemológico positivista, se constituyó en un saber habilitado para intervenir en los asuntos privados de los sujetos, capaz de curar no solo las enfermedades físicas sino también morales. También buscó a través de distintos discursos y prácticas, colaborar en la resolución de aquellas problemáticas sociales consideradas como impedimentos para el progreso material, el cual se concebía como posible sólo a través del desarrollo industrial. Este necesitaba de obreros disciplinados y para ello se impulsó la moralización de la clase trabajadora y para ello se le asignó a la mujer-madre un papel protagónico. Susana Murillo (2012) sostiene que la mujer no solo tenía la misión de sacar al marido de la calle y de los motines, sino también era la principal aliada del médico para lograr una organización de una vida familiar de acuerdo con hábitos sanos.

“el valor de la limpieza, vinculada con el orden y la salud pública, se instaló en los sectores mas desposeídos en un proceso que denominados medicalización y que tuvo como protagonistas principales a las mujeres, que hicieron suyos los preceptos del evangelio higiénico y lo predicaron en sus familias, aceptando, de hecho un incremento en sus

tareas cotidianas para superar las deficiencias materiales" (Di Liscia, 2005: 99)

Paralelamente, la medicina científica consideraba que las acciones de curar y cuidar suponían labores completamente distintas y que además, existían personas con más aptitudes que otras para realizarlas. Las mujeres mas relacionadas con lo subjetivo, con la concepción, la maternidad y los/as niños/as debían encargarse del cuidado de los/as enfermos o dolientes. Los varones, poseedores de cualidades innatas para el desarrollo del pensamiento objetivo, productores de "cultura", debían ser los responsables del curar, de salvar al sufriente frente al infortunio de la enfermedad o la muerte. Es así como las mujeres fueron subordinadas al lugar de asistentes y sus saberes se convirtieron en subsidiarios de la ciencia médica. Aquellos otros saberes que desde tiempos ancestrales eran transmitidos de madres a hijas, heredados de distintas tradiciones populares y aplicadas a los embarazos y partos, a fiebres y otros problemas de salud, fueron relegados al olvido o condenados, primero por la Iglesia y después por el Estado.

7

De esta manera la Enfermería se constituyó como una ocupación exclusivamente femenina, en cuya práctica se buscaba combinar la rigurosidad científica - alejada de la irracionalidad y la superstición-, cuya representación mas acabada era el pensamiento higienista¹ y los valores morales del momento, para colaborar activamente el mejoramiento de la sociedad del momento.

En Argentina, la médica Cecilia Grierson (1859-1934) fundó la primera Escuela de Enfermeras del país. Para ella, los/as futuros/as enfermeros/as debían convertirse en un "soldado capaz de librar mas de una batalla" (De Titto y otros, 2004). Si bien, no estaba determinado que la Enfermería debía ser una actividad ejercida exclusivamente por

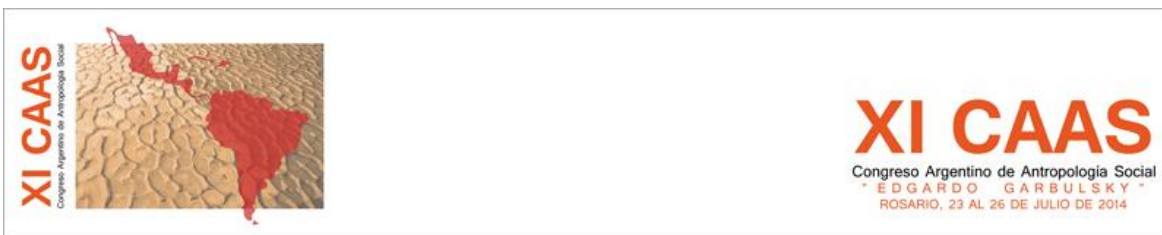
¹ El higienismo era una corriente de pensamiento que en Argentina se vinculó al proyecto de modernización liberal. Sus orígenes los podemos encontrar en la Medicina social que se desarrolló en Francia, entre fines del siglo XVIII y principios del XIX, cuya preocupación principal era la salubridad de las ciudades. El higienismo concebía a la sociedad como un cuerpo, que era necesario salubricar recurriendo a las nociones y principios de la higiene elaborados por el saber biomédico. Por ejemplo, el delincuente era un elemento enfermo del cuerpo social que debía ser controlado y reformado para que no contamine al resto. Ver Jorge; Saléis, Jorge (1995); Médicos, maleantes y maricas, Rosario, Beatriz Viterbo.

mujeres, el paradigma educativo de la época - el normalismo²- consideraba que eran las únicas capacitadas para cuidar y enseñar. Es interesante mencionar otras tradiciones que en la época mencionada contribuyeron en la configuración del perfil enfermero en nuestro país. En los discursos y prácticas elaborados por la Cruz Roja, las sociedades de socorros mutuos y los hospitales (privados, comunitarios y confesionales) advertimos que colaboraron activamente en la edificación de las representaciones que rodearon y rodean a la profesión enfermera. Todas compartían similares criterios sobre cómo debían ser las mujeres postulantes a enfermeras: jóvenes, con estudios primarios completos, conocimientos en dactilografía y sin defectos físicos. Estas aptitudes debían ser avaladas a través de certificados oficialmente reconocidos. Además de cumplir con ciertos requisitos en el aspecto físico³, también las enfermeras tenían que ser exponentes de una "íntegra moralidad, disciplina y obediencia". Para la Cruz Roja y otras escuelas confesionales, las enfermeras no debían recibir remuneración alguna, ya que consideraba que el cuidado era una tarea más entre todas las obligaciones femeninas. Es así como hasta bien avanzado el siglo XX, el trabajo de cientos de mujeres enfermeras realizado en alguna de las instituciones mencionadas, quedó completamente invisibilizado detrás de ideales que propiciaban (caridad y el amor al prójimo).

Estos aspectos han permitido la supervivencia de un perfil de enfermería, tan íntimamente relacionado con lo doméstico, que por eso mismo médicos y funcionarios no consideraron importante destinar inversiones en su formación. Karina Ramacciotti y Adriana Valora (2010) analizaron el proceso de profesionalización de la enfermería en nuestro país durante los gobiernos peronistas, y reconocen el enorme esfuerzo realizado por alejar a la actividad del voluntarismo individual del empirismo así como también de los prejuicios que atravesaban al perfil enfermero. En la década del '40, los gobiernos de Juan D. Perón crearon escuelas de enfermeras bajo los lineamientos del sanitarismo y en

² El normalismo se caracterizó por la adhesión a las ideas del progreso cientificista, traducido pedagógicamente en un enciclopedismo. Argentina formó "maestras normales", quienes, según dicho modelo pedagógico, debían hacer del magisterio un sacerdocio laico, dentro de los valores de la patria, de sus símbolos y con un fuerte sentido de autoridad. Decía Domingo Sarmiento: "De la educación de las mujeres, depende, sin embargo, la suerte de los Estados, la civilización se detiene en las puertas del hogar doméstico cuando ellas no están preparadas para recibirla". Citado en Barrancos, Dora (2007)

³ Se exigía que las enfermeras debían medir entre 1,57 y 1,75, no tener sobrepeso, buen oído, buena vista, buena dentadura y piernas sin várices



el plano de lo simbólico, se apeló a la figura de Florence Nigthingale y a la idea de vocación para convertir a la enfermería en una nueva, prometedora y respetable profesión para las jóvenes. Sin embargo, ésta y otras investigaciones sobre la enfermería aquel entonces (De Titto y otros, 2004) advierten que existió una especial preocupación por establecer los deberes de los/as enfermeros/as, enfatizados en distintas publicaciones de Salud Pública, pero no así sobre sus derechos como trabajadores/as. Ello nos habilita a pensar que el perfil enfermero aún a mediados del siglo XX estaba fuertemente enraizado en los mandatos del pasado.

Sobre la Enfermería en la provincia de Río Negro algunos trabajos como el realizado por Silvia Hecker Ochoteco (2000) nos proporcionan datos cuantitativos que nos permiten una primera aproximación al tema. Sin embargo existe una total ausencia de estudios históricos sobre la enfermería como parte del mundo del trabajo a nivel regional. Los estudios desarrollados hasta el momento y concentrados en los aspectos materiales y culturales, las organizaciones y acciones de los trabajadores, no se han interesado por las enfermeras como trabajadoras.

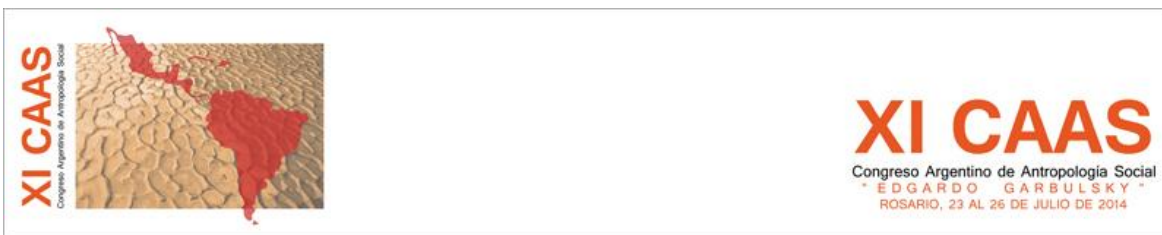
9

El porqué las enfermeras resultaron invisibles para la investigación histórica, en tanto trabajadoras y profesionales de la salud puede ser explicado a través de la perspectiva de género.

Historia Social, Historia de las Mujeres e Historia Oral. El concepto de género

La Historia de las mujeres y la Historia Oral han logrado componer una (nueva) Historia Social, encarnando el pretendido enfoque conocido como la historia “desde abajo”. Este enlace ha posibilitado reconstruir la historia local partiendo de las experiencias de los y las protagonistas, de sus memorias, percepciones y expectativas, permitiendo un acercamiento al “mundo de las representaciones colectivas”.

En cuanto a las experiencias de las mujeres trabajadoras, resulta válida la adopción de la categoría género al momento de emprender el análisis de dicho tema, ya que nos acerca al pasado de modo crítico, observando su vida en todas sus dimensiones, principalmente en el plano de las representaciones.



A través de las entrevistas realizadas pudimos conocer las representaciones de las mujeres trabajadoras, enfermeras profesionales o “empíricas” que luego se profesionalizaron. Resulta inviable elaborar una historia de las mujeres sin prestarle atención a las representaciones⁴, las que son el producto de saberes, sentimientos, anhelos y distintas experiencias fuera y dentro del ámbito laboral. El contemplar este aspecto permite al investigador/a conocer los valores del orden cultural en los que están inmersos los modos de femineidad y de masculinidad, en especial en relación al mundo del trabajo. No podemos pensar que las vivencias de los hechos resultan ser las mismas para varones y mujeres, porque el posicionamiento de cada colectivo es distinto frente a los cambios sociales. Representar es volver a presentar lo vivido y es un acto que para varones y mujeres está compuesto de valores, pensamientos y proyecciones diferenciados. Las fuentes orales resultan ser un recurso sustancioso para analizar aquellos temas que han quedado escondidos detrás de los “grandes acontecimientos” y que por lo tanto, no componen la fuente documental. Sabemos que la mirada androcéntrica de quienes analizan las sociedades pasadas y presentes permite explicar el por qué de la invisibilización de las mujeres en el registro documental. Al respecto nos dice Mirta Z. Lobato (2011): “el material se encuentra si uno hace las preguntas adecuadas y tiene la suficiente paciencia como para encontrar documentos dispersos o catalogados con marcas androcéntricas” (25). El gran desafío que tuvo la Historia de las Mujeres fue la relectura de los documentos conocidos desde la perspectiva de género y también la búsqueda de nuevas fuentes (testimonios, fotografías, cartas) que permitieran la renovación, ampliación y reformulación de la historiografía (Lobato, op.cit). Es así como la entrevista se convirtió en una fuente documental cuyo valor se considera inestimable ya que permite conocer a los sujetos sociales y observar a través de la palabra, los ritmos en la construcción de sus historias personales y colectivas. Cuando se trata de Historia de las Mujeres, las técnicas desarrolladas por la Historial Oral posibilitan devolver la palabra a quienes fueron invisibilizadas y silenciadas por la “historia desde arriba”.

⁴ “En la representación del ser humano, se fija y se conserva lo que objetivamente se convierte en patrimonio de los sujetos gracias a la actividad práctica. Aunque es una forma de reflejo sensorial del sujeto, la representación se halla indisolublemente vinculada a significaciones socialmente elaboradas, es mediada por el lenguaje, está llena de contenido social y es siempre captada por el pensamiento, por la conciencia. La representación constituye un elemento necesario de la conciencia, pues vincula sin cesar la significación y el sentido de los conceptos con imágenes de las cosas, a la vez que permite a la conciencia operar libremente con imágenes sensoriales de los objetos”. Rosental, M. y Iudin, P; Diccionario Filosófico, Editora Política, La Habana, 1973

Para este estudio hemos contado con tres entrevistas semi-estructuradas⁵ realizadas a dos enfermeras profesionales y una “empírica”, todas mujeres trabajadoras que se desempeñaron en distintos hospitales de la provincia de Río Negro en el período analizado. Ellas se convirtieron en la voz privilegiada para comprender la transformación que experimentó la práctica de la Enfermería y, sobre todo, como ello afectó sus vidas, tanto a nivel profesional como personal. Las mujeres entrevistadas lograron reconocerse como parte de un colectivo, el de las enfermeras de Río Negro y a la vez observaron que cada una otorgó distintos significados a experiencias similares, lo que enriquece aún mas la mirada histórica sobre el mundo de trabajo femenino.

El testimonio oral no solo posee el carácter de fuente histórica, sino que también representa la posibilidad de rescatar, a partir de la memoria individual o grupal, un entramado de lazos sociales que reconoce en el anonimato cotidiano una actitud histórica. Navegar en la memoria de las mujeres nos aproximó a su vida íntima, doméstica, privada pero también pública, individual y colectiva.

11

Hemos utilizado la categoría género porque entendemos que nos posibilita visualizar los mecanismos que se accionan en la elaboración de los discursos sobre lo femenino y lo masculino en las sociedades modernas. La maternidad y la reproducción como función en todos sus sentidos, como lo “natural”, constituyen elementos definitorios de la identidad femenina y han funcionado como mandatos sociales naturalizados. El cuidado del otro es un mandato femenino muy importante para las sociedades, ya que ha garantizado su existencia y reproducción.

Desde la perspectiva de género, observamos los procesos históricos que colaboraron en la edificación de la idea que existe una jerarquía de saberes, dentro de la

⁵ Hemos de partir del hecho de que una entrevista, es un proceso de comunicación que se realiza normalmente entre dos personas; en este proceso el entrevistado obtiene información del entrevistado de forma directa. Si se generalizara una entrevista sería una conversación entre dos personas por el mero hecho de comunicarse, en cuya acción la una obtendría información de la otra y viceversa. En tal caso los roles de entrevistador / entrevistado irían cambiando a lo largo de la conversación.

La entrevista no se considera una conversación normal, si no una conversación formal, con una intencionalidad, que lleva implícitos unos objetivos englobados en una Investigación. Una entrevista semiestructurada es cuando el entrevistador determina de antemano al entrevistado cual es la información relevante que se quiere conseguir.

Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir mas matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar y estirar los temas. (Actitud de escucha)

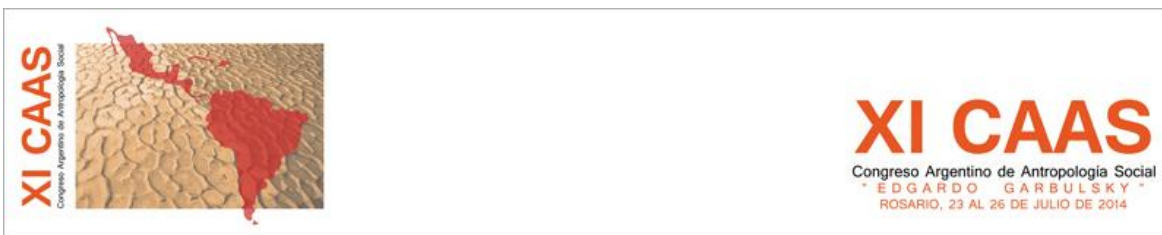
cual los conocimientos desarrollados por la medicina científica han sido posicionados como superiores respecto a los saberes enfermeros. En el siglo XIX la introducción del método experimental en la observación y experimentación de los procesos vitales de plantas, animales y humanos hace del laboratorio el lugar privilegiado para la elaboración de conocimiento científico. A partir de ese momento, la física experimental sostuvo que en la generación de los hechos no había nada sobrenatural y con este argumento tomó distancia de toda explicación que apelara a la superstición. Por lo tanto, en el laboratorio no habrá lugar para los saberes femeninos porque se los identificó con aquello que se buscaba superar. La ciencia y la medicina otorgaron un lugar de subordinación a las mujeres y desde la potestad que concedía la certeza, buscaron ejercer un rígido control sobre sus saberes y prácticas. Los asuntos relacionados con la reproducción y la salud de los/as niños/as se convirtieron en objeto de estudio exclusivo de la medicina. Además la medicina científica se convirtió en la medicina oficial en la medida en que el Estado fue tomando conciencia de su importancia para el control de la población, en especial de los sectores populares (Di Liscia, 1997). Las prácticas curativas, que tiempo atrás eran propiedad de las mujeres, fueron disputadas por el Estado liberal, el cual expande su actividad en materia de higiene y salud pública, elaborando a la vez una legislación que penalizaba aquellos hábitos de atención y cuidado considerados como no científicos. Paralelamente, las mujeres de sectores medios o burgueses fueron promovidas al rango de auxiliar del médico y desde su rol de esposa y madre debía ayudarlo en la lucha contra la medicina popular. Ella "conquista un nuevo status social, un reconocimiento de sus funciones maternas y educativas" (Cicchelli y Cicchelli, 1999: 34).

La división sexual del trabajo observable al interior de las familias y de las fábricas, se reproduce en las profesiones de la sanidad y fueron legitimadas desde argumentaciones biologicistas. Estas justificaron que los varones fueran considerados como los únicos productores de saberes sobre los procesos de salud-enfermedad-atención. Como sostiene Caramés García (2004) el reduccionismo biológico *"ha contribuido a disfrazar y a legitimar las asimetrías de género presentes en la construcción del conocimiento"* (45).

El lugar de la Enfermería y de las enfermeras en el sistema de salud de Río Negro

Según Susana Belmartino (2007) el sistema de atención sanitaria en Argentina se caracteriza por su fragmentación y heterogeneidad, siendo ello un legado histórico de un proceso de constitución que comenzó hacia fines del siglo XIX y que experimentó ritmos acelerados de cambios en dos momentos coyunturales claramente identificados (1930-1940 y 1970-1990). Dichas características se traducen en la coexistencia y dificultad de integración de tres subsectores: público, privado y obras sociales.

El sistema de atención sanitaria rionegrino es producto de esa fragmentación y heterogeneidad. Sus orígenes se remontan a las primeras décadas del siglo XX cuando Río Negro era territorio nacional y la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales crea el primer Hospital Común Regional para la Patagonia, en la localidad de Allen (Balmaceda, 2014). Sin embargo, este nosocomio no fue el único en prestar atención médica a la población de la región, ya que también existían en las principales ciudades consultorios privados a cargo de médicos que cobraban directamente a sus pacientes los honorarios correspondientes a su intervención. Para los años '30 existen algunos datos cuantitativos obtenidos del Boletín Sanitario de la Dirección Nacional de Higiene que permiten elaborar un panorama sobre la realidad sanitaria del territorio de Río Negro. Dicha entidad detectó 50 médicos, 1 hospital nacional, 1 hospital municipal y 2 de beneficencia (en Allen y Bariloche), 6 salas de Primeros Auxilios, 1 de Asistencia Pública, 12 de Servicios Sanitarios con un total de 196 camas para una población de 128.190 habitantes. Por ese entonces, la supervisión de médicos e instituciones estaba a cargo de tres organismos que poseían influencias superpuestas: el Departamento Nacional de Higiene, la Asistencia Pública y la mencionada Comisión Asesora. Entre todas disputaron espacios de poder a la medicina popular y tradicional, y articularon acciones para convertir a la medicina científica en hegemónica (Balmaceda, op.cit.). Durante el primer gobierno de Juan D. Perón, la Dirección Nacional de Salud Pública era el organismo que concentraba las funciones de administración y control de la sanidad y hacia los años '40 emprendió acciones concretas para ampliar la capacidad instalada del sistema de atención médica a todo el país. Suponemos que la atención médica en Río Negro experimentó algunos cambios pero continuó siendo deficitaria. Sirva de ejemplo una



enfermedad como la hidatidosis que era endémica y que fue una de las principales causas de muerte hasta bien avanzado el siglo XX. Con la ley de provincialización en 1957, Río Negro comenzó a organizar las instituciones y organismos del Estado que se ocuparán de la salud, como el Consejo Provincial de Salud Pública, que crea el Hospital Regional en la ciudad de General Roca. En este lugar, comenzó a funcionar la primer Escuela de Enfermería que tenía por misión formar enfermeras diplomadas. La educación impartida por la Escuela, estaba organizada a partir de un sistema de internado, combinado con una práctica casi inmediata, a cargo de unas pocas enfermeras profesionales que arribaron a la provincia para tal propósito. Sin embargo, nuestras entrevistadas nos cuentan que la enseñanza cotidiana en los servicios estaba a cargo de enfermeras empíricas, las que se jubilaron bajo esa denominación o se reconvirtieron en los '70⁶. La Escuela no exigía poseer el certificado de estudios secundarios para ingresar como estudiante y ello constituyó una valiosa oportunidad para muchas mujeres de escasos recursos que pudieron estudiar y obtener un título profesional.

14

Otra de las acciones desarrolladas por el Consejo de Salud Pública fue la reconversión de los/as enfermeros/as empíricos/as entre fines de los '60 hasta los años '80. Según nos cuenta Norma, el objetivo era alcanzar la modernización del sistema de atención médica para poder superar las distintas problemáticas sanitarias que aquejaban a la población, especialmente de la línea Sur.

Sin embargo, para las mujeres empíricas la profesionalización significó mucho más que el hecho de obtener un título habilitante y mantener un puesto de trabajo. Desde lo contado por las mujeres entrevistadas, advertimos que la reconversión representó una gran posibilidad, ya que no solo les permitió transformar sus experiencias laborales sino también sus propias trayectorias familiares. La reconversión significó un logro personal, que le quita importancia al contexto histórico que impulsó la profesionalización y es por ello que resulta muy interesante a los ojos del/a historiador/a que pretende conocer el mundo de los/as trabajadores/as en el "interior del país".

⁶ Dato obtenido de la entrevista realizada a Gladys Alonso

Las enfermeras como trabajadoras y profesionales. La perspectiva de género como posibilidad de cambio

Como hemos dicho anteriormente, nuestra mirada se concentra en las mujeres que se desempeñaron como enfermeras empíricas en la provincia de Río Negro, entre fines de los años '60 y hasta mediados de los '70. Sabemos que la mayoría pertenecía a los sectores populares, que poseían un elemental nivel de escolarización e inclusive que algunas eran analfabetas. “Aquella mujer llamada enfermera muchas veces no sabía leer ni escribir. Apenas garabateaba su firma o ponía una cruz o estampillaba el pulgar derecho en alguna tinta roja”⁷.

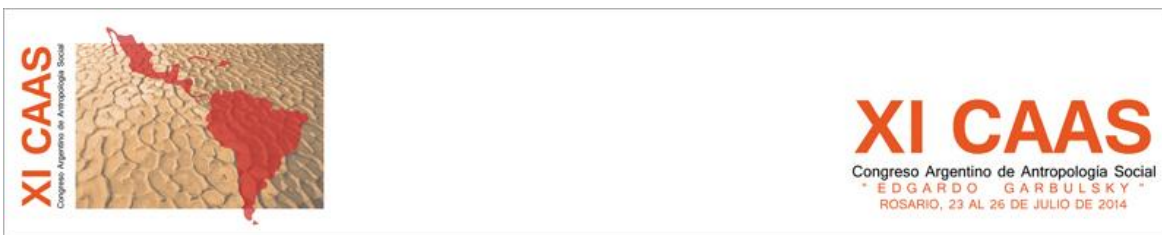
La presencia de las empíricas era aceptada e incluso naturalizada por los propios médicos, quienes además se ocupaban de su “reclutamiento”. Para ello el médico debía advertir ciertas “condiciones”, como nos contó Gladys:

15

“cuando tenía 17 años trabajaba en un comercio de la ciudad de Cinco Saltos. Un día entró el director del hospital de Roca y me preguntó: - ¿Querés estudiar enfermería?-...yo no le contesté y me dijo: -no importa, hablo con tu hermana. A los pocos meses me mandaron a estudiar a Roca. Antes las cosas eran así. Para mi fue la posibilidad de salir de la pobreza”.

Este relato nos permite reparar en varias cuestiones. En primer lugar por ser mujer Gladys era una candidata para trabajar en el cuidado. A ello se sumaron sus cualidades como trabajadora, su responsabilidad, su fortaleza -expresada quizás en la postura corporal- y especialmente, el hecho que era joven y pobre, y que por ello no poseía recursos para trasladarse a Cipolletti a estudiar. Creemos que es significativo el hecho que haya sido un varón el que la convocara para estudiar enfermería, que además era un médico, conocido por la familia, quien estableció con unas pocas palabras su destino laboral y personal.

⁷ Dato obtenido del relato de Mirta Jara



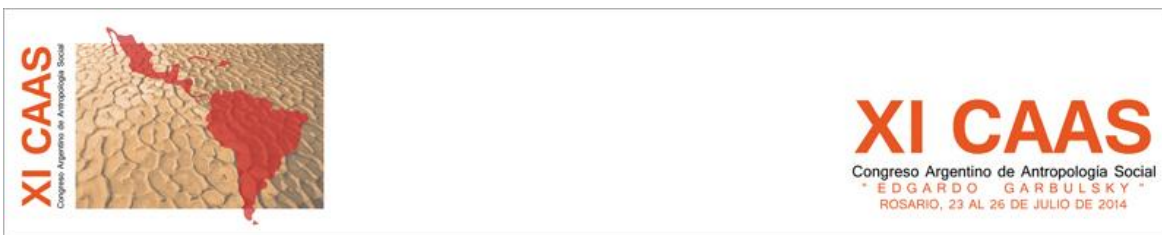
En Argentina, la Enfermería fue identificada como una profesión plenamente femenina. Según Mirta Z. Lobato (2007) las explicaciones sobre este fenómeno hay que buscarlas en los porcentajes de las remuneraciones asignadas a varones y mujeres ocupados en las tareas de curar y cuidar. Las mujeres han aceptado menores salarios que los varones aunque también existe una estrecha vinculación con las concepciones sociales que unen a las mujeres con el cuidado de los otros. En ello han colaborado distintos discursos sobre la mujer y la tarea del cuidar, los cuales se han sostenido y legitimado a través del tiempo.

Lo interesante a resaltar en éste apartado es que, para muchas mujeres desempeñarse como trabajadoras en el área de la Enfermería significó la posibilidad de ingresar al mercado laboral sin tener que cumplir con demasiadas exigencias en relación a la formación educativa. A veces las autoridades hospitalarias solicitaban a las mujeres haber alcanzado el nivel de escolarización primaria aunque también nuestras entrevistadas nos han contado que también se toleraba el no cumplimiento de dicho requisito.

16

Para la época analizada el mercado laboral de la región ofrecía una escasa oferta laboral para las mujeres pobres fuera del ámbito del hogar. El servicio doméstico, el galpón de empaque, la docencia o el comercio eran las posibles ocupaciones que podían realizar las mujeres para obtener un salario que les permitiera colaborar con la economía familiar. A ello se sumaba la reducida oferta educativa (habían pocas escuelas secundarias emplazadas en algunas de las principales ciudades de la provincia) y las distancias geográficas prácticamente insalvables por el –insuficiente– servicio de transporte.

Es así como la Enfermería (al igual que la docencia) se presentó como un trabajo que permitía por un lado, alcanzar una estabilidad laboral y por otro, seguir estudiando dentro del sistema de salud (gracias a becas y otras ayudas) pudiendo así alcanzar un ascenso jerárquico. En las entrevistas realizadas, tanto las enfermeras profesionales como la “empírica”, exponen similares interpretaciones sobre su desempeño como trabajadoras enfermeras. Para Mirta la reconversión significó no solo la posibilidad de mantener su puesto de trabajo sino también, a partir del reconocimiento legal, posicionarse dentro de la institución hospitalaria con nuevo status que la diferenciaba de las mujeres enfermeras de



antaño. Probablemente sus experiencias coinciden con las de otras mujeres que, al no disponer de posibilidades ni recursos para seguir estudiando, lograron con la reconversión ingresar al “universo del saber”, ese lugar que históricamente había sido ocupado por otros, varones o mujeres de sectores medios o altos de la sociedad. No podemos decir que el cambio fue abrupto, pero sí nos atrevemos a decir que instaló en el plano de las representaciones de éstas mujeres la concepción que el saber otorgaba herramientas para el empoderamiento de sus vidas laborales y personales.

La reconversión no solo transformó la vida de las mujeres pobres sino que a la vez permitió avanzar en la construcción de un nuevo perfil de la enfermería como profesión. Norma, una enfermera profesional que arribó a la provincia atraída por el Plan de Salud, relata que la reconversión abrió las puertas a una constante capacitación del personal enfermero durante toda la década de '80, paralela a la reconstitución de las instituciones democráticas en nuestro país.

Sostenemos que el proceso de profesionalización de lo/as enfermero/as no ha concluido, ya que es imprescindible que la Enfermería elabore sus propios conocimientos. *“Aún el trabajo intelectual de la enfermera no se valora”* sostiene Norma. El trabajo enfermero, y especialmente de la mujer enfermera, se piensa aún hoy desde valores como la vocación y la abnegación, reconocida más por la relación afectiva que elabora con el paciente-usuario en los procesos de atención que como productora de conocimientos enfermeros.

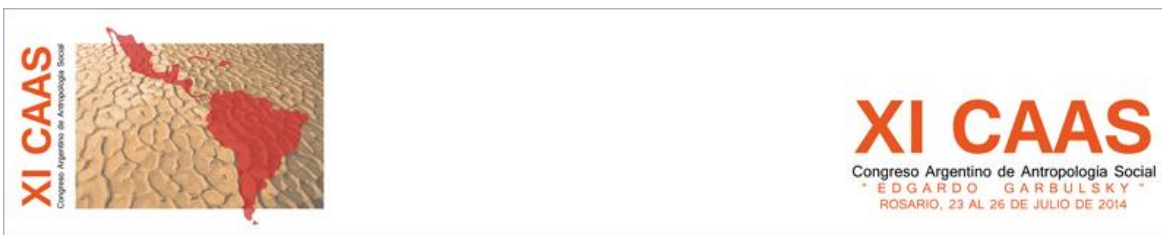
En este sentido, resulta interesante buscar conocer de qué manera el colectivo enfermero se piensa y se construye en el quehacer de sus prácticas.

La Enfermería se constituyó como una práctica adjunta de la Medicina e hizo que las enfermeras se auto percibieran como “servidoras de la profesión médica”. Ellas aprendieron que no estaban capacitadas para elaborar y exponer sus propios conocimientos, actitud interpretada como insolente hacia el médico y también hacia la ciencia. *“Pensar y reflexionar era la responsabilidad del cabeza de familia (el médico). Esta es la imagen que ha contribuido a perpetuar la dualidad entre ciencia y práctica”* (De Titto y otros, op.cit: 140).

Si bien esta dualidad es hoy sometida a investigación desde las Ciencias de la Salud, y existen estudios que se preguntan por silenciamiento de los saberes femeninos en los procesos de salud-enfermedad-atención en las sociedades occidentales. Al respecto nos parece interesante la línea de pensamiento desarrollada por los/as pensadores/as de la red modernidad-colonialidad. Boaventura de Souza Santos nos acerca el concepto de epistemicidio, que se traduce en la aniquilación, extirpación, exterminio de toda forma de saber que no sea de quienes detentan el poder hegemónico. Los procesos históricos que explican el desarrollo del conocimiento científico sirven para explicar un gran epistemicidio al haber marginado y suprimido los saberes elaborados y transmitidos por las mujeres. Ramón Grosfogel (2013) sostiene que en el siglo XVI se produjo la conquista y genocidio de las mujeres en tierras europeas, quienes dominaban el conocimiento en distintas áreas como la astronomía, la medicina, la biología, la ética, etc. y por lo tanto, estaban empoderadas por la posesión de un conocimiento ancestral y por el rol que cumplían en sus comunidades como líderes y organizadoras de la vida social. La persecución de estas mujeres adquirió impulso con el auge de las estructuras de poder "modernas/coloniales capitalistas/patriarcales" y es por eso que "millones de mujeres fueron quemadas vivas bajo acusaciones de brujería en el periodo moderno inicial" (Grosfoguel, op.cit).

Esta línea de pensamiento resulta atractiva para reflexionar en torno a la negación de los saberes de las mujeres en la construcción del conocimiento médico científico. Podemos suponer que ello ha representado un gran obstáculo en el ejercicio de la medicina en las sociedades urbanas occidentales. En el campo específico de la Enfermería, la dicotomía entre teoría y práctica no ha sido superada a pesar de los importantes avances (De Titto y otros, 2004).

Pensamos al saber enfermero como *"uno de los muchos saberes sometidos"*, también como *"un saber silencioso y silenciado que se da cuando se deja de abstraer y organizar todo el conocimiento que cada día miles de enfermeras producen pero que no llegan a sistematizar y mucho menos a publicar. Un conocimiento por tanto sepultado, pero también descalificado ante la opresión del saber biomédico, que desde su posición hegemónica somete a la disciplina enfermera"* (Amezcuza, 2009).



La perspectiva de género posibilita llevar adelante una mirada crítica de la concepción sexista de la ciencia y especialmente de la medicina científica. Sería erróneo afirmar que el modelo biomédico o hegemónico es un modelo equivocado. Adherimos al planteo de Caramés García (op.cit) quien sostiene que desde su constitución el modelo biomédico ha dejado afuera cuestiones tales como la organización social, las relaciones sociales y la estructura social de desigualdad existente entre varones y mujeres y por ello no puede ver ni tratar los problemas de salud derivados o relacionados con estos aspectos.

Es imprescindible que la Enfermería se constituya como una profesión capaz de criticar y elaborar sus propios saberes. La perspectiva de género hace que la Enfermería se posicione al interior de la Historia de las Mujeres y se piense como parte de un colectivo social capaz de transformar su realidad.

La Enfermería es capaz de establecer las bases fundacionales de un nuevo modelo médico, más acorde a los tiempos en que vivimos. Debe y puede materializar en teorías y conceptos los saberes adquiridos a través del tiempo, los que fueron silenciados y ocultados por un modelo médico biologicista y androcéntrico.

La Enfermería posee otro idioma, alejado de los tecnicismos, se vincula con la persona y no con una patología. Representa la confianza para la escucha del enfermo y de sus familiares, y también de otros agentes que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-atención, incluido el/la médico/a.

La Enfermería puede acortar las distancias que el Modelo Médico Biomédico o Hegemónico, esas que fueron diseñadas desde el saber o no saber, tanto en la relación médico-paciente como en el vínculo entre la Medicina y la Enfermería.

Conclusiones

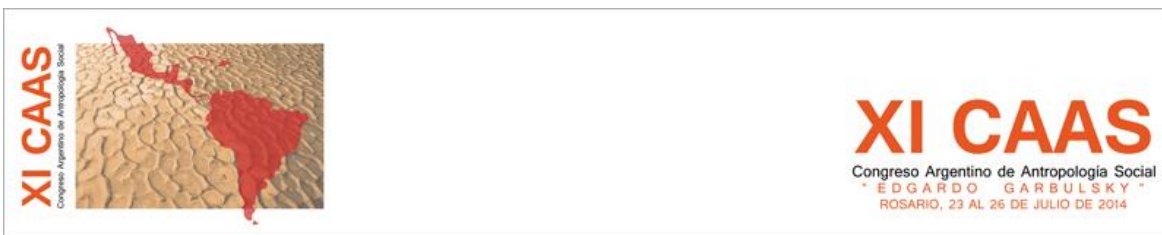
Hoy la Enfermería se reconoce como capaz de desarrollar sus propios conocimientos, teorías y modelos conceptuales. En la provincia de Río Negro, la enfermería inició tempranamente la profesionalización pero, en la actualidad, los/as enfermeros/as profesionales manifiestan una mayor preocupación por obtener un

reconocimiento social y económico antes que un interés por teorizar sobre sus conocimientos. No podemos interpretar este comportamiento sólo desde el plano de las reivindicaciones laborales del colectivo enfermero sino que resulta imprescindible ampliar el universo de análisis contemplando los discursos y las prácticas desde la perspectiva que ofrecen las Ciencias Sociales y el concepto de género. El perfil social de la enfermera es una construcción histórica, por lo tanto, analizar su composición nos remonta al pasado, a la sociedad y a la cultura.

En la historiografía tradicional, las mujeres estuvieron ausentes del relato histórico y ello responde a la prevalencia de la visión androcéntrica sobre el acontecer humano, cargada de prejuicios y estereotipos. La categoría "hombre" se utilizó (y se utiliza) como universal, dando a entender que varones y mujeres vivieron, sintieron, soñaron, trabajaron, lucharon de igual manera. La Historia de las Mujeres nos permite investigar sobre el mundo del trabajo, dentro del cual la mujer tiene una entidad propia. Las mujeres trabajaron y trabajan en todas las áreas productivas y, sin embargo, ocuparon y ocupan lugares diferenciados a nivel de tareas realizadas y de remuneraciones percibidas. Dentro del sector servicios, encontramos a muchas mujeres trabajando como enfermeras, y si bien también hay varones, su presencia es detectada recién en las últimas décadas del siglo XX. Cientos de años antes, las mujeres ya se encargaban del cuidado de los enfermos, niños y ancianos, parientes y vecinos, por lo tanto sus saberes son más antiguos que los elaborados por la medicina científica occidental.

En Argentina, la formalización de la Enfermería como profesión se produjo a mediados del siglo XX y ello coincidió con lo que sucedía en otras partes del mundo occidental. Los cambios económicos, sociales, culturales y político-institucionales así como los acontecidos en la ciencia y en la medicina con el desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías, imprimieron en la enfermería su status de científica. Sin embargo, las mujeres siguen siendo en su mayoría las únicas responsables del cuidado, alejadas del curar que se convirtió en propiedad exclusiva del colectivo médico.

En el pasado, la enfermería en nuestro país representó para las mujeres de sectores populares la posibilidad de ingresar al mercado laboral, no así para las mujeres



de sectores medios/altos para quienes el cuidado estaba relacionado con la beneficencia o la filantropía.

Durante el peronismo, el perfil de la Enfermería viró hacia lo patriótico (era una misión, un deber), sobreviviendo la idea de la vocación, a lo que se sumó la posibilidad para las mujeres de acceder a un trabajo digno. En ese entonces, la formación enfermera estaba más focalizada en los deberes que en sus derechos como trabajadoras.

En los años '60, fue cambiando la idea de misión y se instaló la de servicio, desde la cual se diagramó el proceso de reconversión de los/as empíricos/as a auxiliares. El perfil profesional debía representar eficiencia, capacidad, responsabilidad para satisfacer la exigencia de modernización de las estructuras sanitarias.

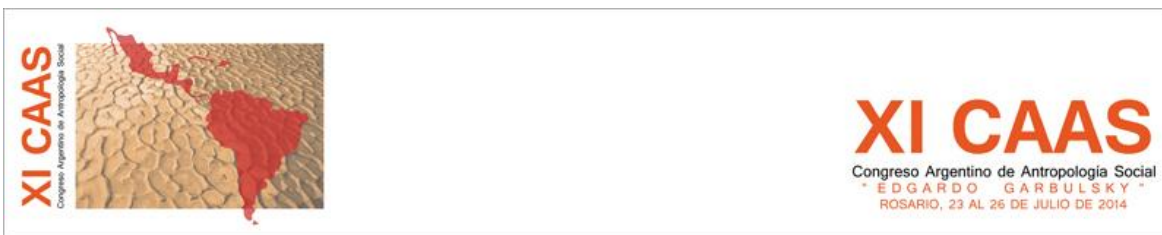
En Río Negro, la reconversión de dio en sintonía con las ideas del momento, pero significó mucho más que cumplir con un requisito para mantener el puesto de trabajo. Fue la posibilidad para salir de situaciones de carencia económica, y por qué no, quizás también afectivas, ya que la dinámica laboral colaboró en la construcción de estrechas relaciones de amistad y compañerismo al interior de las instituciones. Para las enfermeras, en especial, lo laboral es pensado y vivido desde lo doméstico. En el mundo del trabajo de las mujeres lo público y lo privado no pueden pensarse de manera separada. Para las enfermeras, lo laboral y lo familiar están estrechamente vinculados, y

es pensado como una continuidad en la tarea del cuidado. La imagen de la enfermera y madre, que se sacrifica por sus hijos y por desconocidos aparece de manera reiterada en los relatos de las entrevistadas.

Para terminar creemos que la Enfermería debe conocer lo “heredado” (aquellas ideas sobre las condiciones naturales de las mujeres para el cuidado) para poder desnaturalizarlo; lo “adquirido” (a través de la experiencia laboral) para poder criticarlo, y lo “esperado” (desde su rol como profesionales de la salud) para poder iniciar la edificación de nuevos y propios saberes.

Referencias bibliográficas

- Amezcuca, Manuel (2009); "Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano". *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n2/7779.php>. Visitado el 17 de enero de 2013.
- Balmaceda, Roberto y Cala Lesina, Armando (2014); *Medicina, salud y sistemas de atención en la Norpatagonia argentina: de territorios nacionales al Estado provincial*, Neuquén, Editorial Educo.
- Barela, Liliana; Mires, Mercedes; García Conde; Luis (2004); *Apuntes sobre historia oral*, Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Belmartino, Susana (2007). *Los servicios de atención médica. Un legado histórico de fragmentación y heterogeneidad*, en Torrado, Susana (comp.) *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario*, Buenos Aires, Ensayo Edhasa, pp. 387 a 412
- Bonaccorsi, Nélide (1999); "El trabajo femenino en su doble dimensión: doméstico y asalariado", en revista *La Aljaba*, Segunda Edición, vol. IV.
- Borderías, Cristina (1997); "Subjetividad y cambio social en las historias de vida de las mujeres: notas sobre el método biográfico" en *Arenal, Revista de Historia de las mujeres*, vol. 4 Universidad de Granada.
- Caramés García, Mayte (2004); "Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica al modelo hegemónico vigente", en Fernández Juárez, Gerardo (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Quito, Abya Yala.
- Cicchelli Pugealut, Catherine y Cicchelli, Vlcenzo (1999); *Las teorías sociológicas de la familia*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- De Titto, Raúl; Ricci, Maria Teresa y De Titto, Ricardo (2004); *Historia de la enfermería. Formación y perspectivas*, Buenos Aires, El Ateneo.
- Di Liscia, María Herminia; Di Liscia, María Silvia (1997); "Mujeres, Estado y Salud: de la persecución a la integración", en *Mujeres y Estado en la Argentina*. Educación, salud y beneficiencia, Buenos Aires, Editorial Biblos.
- Di Liscia, María (2005); *Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familia y medicalización en Argentina*, en *Signos Históricos*, N° 13, enero-junio, 2005, pp. 95 a 119.
- Esteban, Mari Luz (2006); "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista", en revista *Salud Colectiva*, Vol. 2, Número 1,



enero/abril.

Gamba, Beatriz (coord.) (2007); *Diccionario de estudios de género y feminismos*, Buenos Aires, Biblos.

Garrido-Biazzo, Hilda Beatriz (1988); "Memoria y oralidad. Mujeres campesinas y el mundo del trabajo en el noroeste de la provincia de Tucumán", *Voces recobradas, Revista de Historia Oral*, Año 1 N° 3.

Grosfogel, Ramón; "Racismo/sexismo epistémico, universidades occidentalizadas y los cuatro genocidios/epistemicidios del largo siglo XVI, en *Revista Tabula rasa*, N° 19, 2013.

Heckel Ochoteco, Silvia (2000); "La Reconversión de Empíricos de Enfermería en Argentina (El caso de la Provincia de Río Negro y Córdoba)", en *Educación en Enfermería en América Latina*, Brasilia, Real Universidad Nacional, Cap.4.

Jara, María de los Ángeles (2013); *El Modelo Médico Hegemónico o Modelo Biomédico*, en *El acceso y la exclusión en el cuidado de la salud: una perspectiva antropológica*, Neuquén, EDUCO.

Jelin, Elizabeth (2010); *Pan y afectos. La transformación de las familias*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Lobato, Mirta Z. (2007); *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960)*; Buenos Aires, EDHASA.

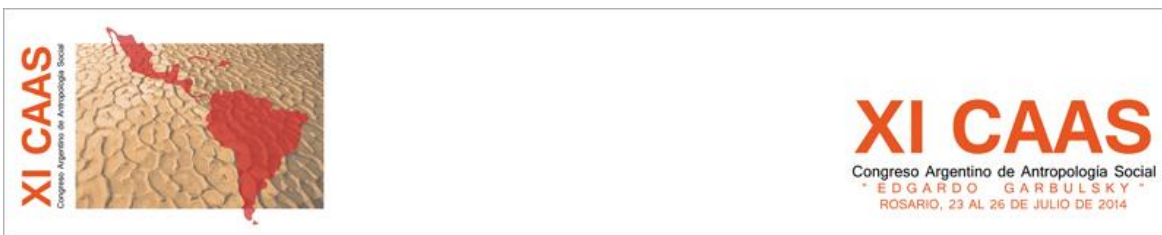
Lobat, Mirta Z. (2011) Cuestiones de historiografía, en Mases, Enrique (comp.) (2011); *Trabajadores y trabajadoras en la Argentina. Aportes para una Historia Social*, Neuquén, EDUCO

López Piñero, J. M (2000): *Breve historia de la medicina*, Colección Medicina y Salud, Madrid, Alianza.

Murillo, Susana (2012); *Prácticas científicas y procesos sociales*; Buenos Aires, Editorial Biblos.

Nash, Mary (1995); "Género y ciudadanía", en Juliá, S. (ed.): *Política en la Segunda República*, Madrid, Ayer, pp. 241-258

Nash, Mary (2002); "Los nuevos sujetos históricos: perspectivas de fin de siglo. Género, identidades y nuevos sujetos históricos", en Romeo Mateo, María C. y Saz, Ismael (eds); *El siglo XX. Historiografía e historia*, Valencia, Universitat de Valencia, pág. 85-100



Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2010); "La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales", en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. LXII, nº 2, julio-diciembre, págs. 353-374.

REVISTA de Enfermería de la Escuela Superior (REES), julio 1995, N° 2, Allen.
Rosental, M. y Iudin, P (1973); Diccionario Filosófico, La Habana Editora Política.

Wainerman, Catalin Y Geldstein Rosa (1994); *Vivir en familia*, Buenos Aires, UNICEF-Losada.

Entrevistas

Sra. Gladys Alonso, realizada en la ciudad de Neuquén, el día 17 de diciembre de 2012.
Sra. Norma Cascelli, realizada a través de videochat, el día 22 de diciembre de 2012
Sra. Liliana Mirta Jara, Cipolletti en el año 2007

Otras fuentes

Conferencia de Ramón Grosfoguel y Enrique Dussel, en <http://www.youtube.com/watch?v=mySCGldLxQU>, visitado en mayo de 2014

<http://enfermeriaydocencia.blogspot.com.ar/>, visitado en enero de 2013