



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

Karina Inés Ramacciotti (IIEGE/ FFyL- UBA/CONICET) y Adriana Valobra(CINIG/IDIHCS-UNLP/CONICET)

En esta ponencia analizaremos el proceso de feminización y el de profesionalización de la enfermería en la Argentina entre 1940 a 1955. Si bien existían otras escuelas de enfermería que remontan su origen a fines del siglo XIX, nos concentraremos en dos que fueron inauguradas en este período y estuvieron muy ligadas al peronismo: la impulsada por la Secretaría de Salud Pública (1947) y la vinculada con la Fundación Eva Perón (1948). Ambas escuelas fueron partícipes de algunas disputas políticas que se dieron en esos años y nos iluminan sobre las relaciones entre la profesión de enfermería y el diseño de las políticas públicas. Asimismo, el *I Congreso de Enfermería*, realizado en la ciudad de La Plata en 1949, permite percibir en sus resoluciones el intento de legitimar profesionalmente esta actividad al margen de la ligazón subordinada que tenía tanto con los poderes estatales como con el poder médico hegemónico. En un sentido amplio, esta ponencia pretende restituir el papel de las mujeres como sujeto social a lo largo de la historia y estudiar el proceso de profesionalización de la enfermería, primer paso para comprender el modo en que una sociedad piensa a las mujeres y cómo ellas se ven a sí mismas y se proyectan a futuro.

Feminización

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.

El proceso de feminización se puede dividir en dos formas de segregación. Una vertical, en la cual existe una significativa diferencia entre los potenciales aspirantes a puestos de conducción y quienes efectivamente ocupan tales cargos (Pautassi, 2005:126). La horizontal que refiere a la forma que actúan los estereotipos sexuados dentro de los ámbitos de trabajo: la virilidad se asocia al trabajo pesado, penoso, sucio, insalubre, a veces peligroso, que requiere coraje y determinación; la femineidad se liga al trabajo liviano, fácil, limpio, que exige paciencia y minuciosidad. En este último aspecto, las investigaciones demostraron que las desigualdades entre varones y mujeres no se originaron en el mercado de trabajo sino que surgieron en otros espacios de la vida social y que pre-existen al momento de su inserción laboral. Por lo tanto, son estas relaciones preexistentes las que se perpetúan en los espacios laborales. La diferente socialización de los varones y las mujeres contribuyó a delinear la visión que tienen de sí mismos, de sus posibilidades de acceder al mundo del trabajo, de qué tipo de empleos pueden incluir dentro de sus expectativas y cuáles son inalcanzables e impensables.

En este apartado se analizarán las razones que se esgrimieron para excluir a las mujeres de la práctica de la médica y las que se consignaron para incorporarlas, si no a la medicina, al campo sanitario en general. Además de los fundamentos ideológicos, incidieron cuestiones institucionales –creación y expansión del sistema Nightingale e impulso del mismo de la Fundación Rockefeller así como la demanda estatal– y coyunturas específicas –tales como catástrofes naturales– que propiciaron la feminización de la enfermería.

Excluir médicas, incluir enfermeras

El camino de las mujeres en el mundo profesional vinculado a la medicina no fue fácil ni como estudiantes ni como profesionales (Ramacciotti y Valobra, 2011). Los varones que se formaban en la universidad tuvieron una compleja relación con esa presencia femenina que – mayoritariamente– entendieron menos sencilla de explicar que la inserción en el mercado de trabajo, la cual se justificaba para ellos por la necesidad de subsistencia de las mujeres pobres. 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. Estas situaciones de excepcionalidad afectaban la reproducción familiar y ponían en tela de juicio el ideal de femineidad, sustentado por el modelo de familia patriarcal (Barrancos, 2008; Nari, 2004; Lobato, 2007; Queirolo, 2010). Las teorías pseudo científicas imperantes invocaban a sofisticadas fórmulas que mixturaban elementos de la frenología, la craneometría y la biotipología con el objetivo de encontrar alguna explicación que diera sustento objetivo, observable y numéricamente demostrable para comprobar que las mujeres tenían una inferioridad biológica constitutiva que hacía incompatibles las funciones maternas con la realización de actividades científicas e intelectuales (Gómez Rodríguez, 2005: 478-492). Las diferencias entre la anatomía de las mujeres y la de los varones fueron leídas como las únicas explicaciones para comprender las diferencias entre las capacidades emocionales, intelectuales y las habilidades físicas. En ese sentido, los papeles asignados a los hombres y a las mujeres en la sociedad tuvieron como sustrato dicha explicación naturalizada en la que la anatomía humana condicionaba el destino de las personas en la sociedad. Las clasificaciones científicas se instalaron por largo tiempo en el lenguaje médico con el fin de designar a los cuerpos femeninos y esta nominación se convirtió en una marca ideológica que no necesitó recurrir a ningún otro atributo para fijar a las mujeres en lugares idealizados, fijos e inmutables.

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”.

Si la medicina fue una profesión en la que las mujeres incursionaron con muchas dificultades; su inserción en la enfermería cambió más rápidamente de signo. En efecto, algunas consideraciones sobre la naturaleza femenina la hicieron más aceptada en la actividad de la enfermería o en la asistencia a los enfermos, de manera que al conjugarse esas posturas, se dio lugar a la admisión ideológica de la inclusión de las mujeres en la enfermería. Así, mientras rechazaba a las mujeres como médicas, Marañón les concedía sólo dos profesiones: el magisterio y la asistencia a los enfermos. Creía, además, que había otro ámbito laboral y profesional para ellas: el laboratorio, donde tenía un papel “admirable, a veces insustituible” por la “destreza manual y la paciente atención de los sentidos” que reclamaban esas prácticas y que eran propias de ella. Marañón no veía mal el avance femenino en ese ámbito, aunque creía que debía reconocerse “el carácter sexualmente anormal de estas mujeres que saltan al campo de la actividad masculina y en él logran conquistar un lugar preeminente” (Marañón, 1920: 36-37). Estas afirmaciones, cargadas de misoginia, ponían un coto a la actividad femenina en la medicina. Dicha exclusión era justificada por la diferencia sexual. Ésta considerada inmutable, natural y visible no daba lugar a dudas: las mujeres no podían ocupar espacios que se suponía eran de incumbencia masculina.

Al mismo tiempo, una de las actividades que se consideraba adecuada para las mujeres era las vinculadas a la caridad ya que allí podían desplegar sus dotes innatas de “consolar, aliviar, enjuagar lágrimas, ser médicos del alma, de la parte más sublime la que anima y rige el organismo, pero dejad que las heridas, las llagas y fetideces las maneje el hombre”.

La mayor aceptación de las mujeres en áreas vinculadas a lo caritativo y lo asistencial se vinculó con el hecho de que se fue asociando estas intervenciones no como un trabajo sino como una extensión de las supuestas dotes con las que la naturaleza las había dotado. Paralelamente, esa situación se supeditó a la creciente necesidad de contar con personal idóneo el cual se profundizó al calor de la ampliación de la estructura hospitalaria, la diversificación de las campañas sanitarias y el desarrollo de nuevas técnicas médicas que demandaban para su aplicación personal auxiliar. Este proceso se unió al desplazamiento de los varones del rubro de la enfermería en la medida que se amplió la inclusión femenina. De este modo, la presencia masculina tendió a ser invisibilizada en la historia de la enfermería, mostrando el triunfo del modelo de feminización (Wainerman y Binstock, 1992).

La presencia masculina no llegó a ser total, pero en años anteriores a los que aquí analizamos tuvo un porcentaje amplio. Como señala Lobato (2007: 65-66) en el siglo XVIII el cuidado de los enfermos estaba en manos de varones laicos, cuando ellos estaban en las instituciones de salud. El porcentaje de varones empleados en la Asistencia Pública en 1907 era del 71% y, en 1909 el porcentaje osciló en diferentes hospitales como el San Roque y Álvarez entre el 54,5% y el 62,5%, mientras que en otros como el Argerich o el Tornú todos eran varones. 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 enfermeros paracaidistas que tampoco hizo distinciones según sexo. Asimismo, la primera promoción de la escuela de Cecilia Grierson contó con siete mujeres y tres varones (*Boletín de la Cruz Roja Argentina*, 1948:14-17 y Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, 1947: 53).

El proceso de feminización en la enfermería se fue consolidando en la medida que las nociones que unieron a la mujer con el cuidado hacia el otro se fortalecieron. Así como, las aptitudes de cuidado, de abnegación y de amor convertían a las mujeres naturalmente capacitadas para realizar las actividades vinculadas al ámbito de lo doméstico, encontraron también en el ámbito público un lugar donde podían desplegar esas dotes naturales. No obstante, esta incursión de las mujeres en el ámbito de lo público las fijaba a ciertas actividades y las excluía de otras. Así, se abrió un nuevo campo laboral en el que las mujeres acudieron en busca de puestos de trabajo. Numerosas mujeres aceptaron ocupar cargos de enfermeras, mucamas, visitadoras o secretarias en los servicios hospitalarios atraídas tanto por un exiguo salario y/o por la esperanza de obtener un cargo efectivo en algún momento. Sin embargo, esas actividades se caracterizaron por la misma lógica del sacrificio y se convirtieron en características funcionales para mantener sueldos bajos o *ad honorem*. En efecto, al considerar esas intervenciones como propias de sus condiciones naturales, se produjo una desvalorización de sus tareas y, como consecuencia, un menosprecio a su capacitación y a sus derechos laborales. Las concepciones del trabajo femenino como complementario al presupuesto familiar sostenido por los varones también reforzó el mantenimiento de salarios inferiores.

Factores que aumentaron la demanda

Estas ideas sobre la enfermería encontraron un lugar de realización privilegiado en el sistema creado por Florence Nightingale (1820-1910), en 1860, en el Hospital Saint Thomas de Londres. El énfasis en la suavidad, la presencia constante frente a la adversidad y el dolor constituyeron marcas en las representaciones sociales sobre la enfermería. No obstante, Nightingale sumó a dichas cualidades vinculadas al trato y al cuidado aspectos vinculados a la capacitación profesional para así poder quebrar la larga tradición ligada al empirismo. Su propuesta se fundó sobre tres pilares: la dirección de las escuelas sería ejercida por una enfermera y no por un médico; la selección de las candidatas tendría que centrarse en aspectos físicos, morales, intelectuales y profesionales, y allí debería impartirse una enseñanza metódica y constante en los aspectos tanto prácticos como teóricos.

Las escuelas oficialmente reconocidas de enfermería en Argentina se originaron a partir del influjo de dos corrientes. Por un lado, las ideas vinculadas a la organización educativa y a la práctica profesional de Florence Nightingale y, por el otro, el ascendente que ejerció la Fundación Rockefeller durante los años 20 en la estructuración sanitaria de América Latina. Este último modelo retomó los parámetros del sistema Nightingale y privilegió a las aspirantes mujeres cuyo entrenamiento y control sería ejercido por las mismas enfermeras e impulsó la capacitación de las enfermeras en sanidad pública. A la tradicional asistencia hospitalaria se agregó la atención domiciliaria, la enseñanza de higiene personal y la prevención (Castro Santos y Faria, 2010: 66).

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. Este desastre natural y la propaganda oficial que remarcó la importancia que las mujeres despeguen su “don de cuidar” se convirtió en estímulo para que muchas de ellas se sintieran atraídas a ocupar puestos de enfermería o al estudio de la disciplina. Asimismo, la sanción de leyes sanitarias impulsaron un conjunto de nuevas actividades que propiciaron que ciertas funciones fueran realizadas por mujeres. Tal como señala la historiadora Donna Guy (2008), el proceso de feminización implicó que las mujeres comenzaron a ser consideradas –especialmente por el Estado– como soporte de la implementación de políticas sociales, resultando ser mano de obra prácticamente gratis.

Durante el peronismo, ese proceso se profundizó ya que su prédica propuso redefinir los perfiles de algunas profesiones asociadas a ciertos atributos negativos. Respecto de la enfermería, se vinculó este trabajo a mujeres de bajos recursos y/o con la “mala vida”. Frente a este imaginario inexorable, los publicistas apelaron al caso de Nightingale, una mujer que había pertenecido a la nobleza inglesa y, no obstante su origen social, había decidido ayudar a las personas enfermas. Su mención recurrente era también una forma de estimular a las clases más favorecidas a “dar el ejemplo” y optar por esta profesión. Las mujeres de clases acomodadas eran consideradas como el arquetipo femenino que podía crear hábitos y comportamientos que luego se difundirían al resto (*Médico Práctico*, 1953; Eraso 2007: 387).

El peronismo retomó algunas ideas vinculadas a la vocación de servicio. La apropiación de ciertas ideas del catolicismo trasladadas a ese espíritu solidario, de ayuda al prójimo, de concreción laica del ideal cristiano, influyeron para que muchas personas se sintieran convocadas para esta profesión. Sin embargo, los modelos a los que apeló estuvieron seleccionados con importantes omisiones. La idea de asociar al pasado como una etapa oscura y sin logros y contraponerlo con un presente luminoso, ruptural y cargado de potencialidad también estuvo presente en el ámbito de la formación de las enfermeras (Martín, 2006). Dentro de esta lógica se invisibilizó a quienes tuvieron un papel importante en las décadas previas en la formación de enfermeras. Tal el caso de la médica feminista Cecilia Grierson y su decidido impulso a la enfermería.

Asimismo, la lógica de racionalización y de planificación de la acción estatal que se intentó implementar durante la gestión peronista también coadyuvó a esa demanda de enfermeras. El ideal pautado por el Secretario de Salud Ramón Carrillo (1949: 4), que retomaba tendencias internacionales sobre la materia, era que una enfermera atendiera cuatro camas; por lo que un hospital de 100 camas necesitaría un mínimo de 25 enfermeras. Sin lugar a dudas, esto planteaba un desafío para la planificación sanitaria en tanto no se sabía a ciencia cierta cuál era el estado real de la cuestión respecto de esa relación estadística, por lo que era imposible establecer si se ajustaba a los estándares estipulados. Un registro censal desactualizado como el Censo Nacional de 1914 y otro impreciso como el de 1947, puesto que no desagregaba las ocupaciones sanitarias, así como también la dispersión de los datos en cada unidad formativa y hospitalaria jugaban en contra de tal ideal estadístico. Aún sin una base documental fehaciente, fue evidente que esa relación entre camas y enfermeras estuvo muy lejos de cumplirse.

Durante estos años el número de enfermeras pasó de 8.000 en 1946 a 18.000 en 1953. De todos modos se estaba muy lejos de las 46.000 que preveía el plan (Ross, 1988). Esta duplicación de la planta no puede explicarse solamente por las graduaciones de la Escuela de Enfermería de la agencia sanitaria ya que, en 1949, egresaron cinco; en 1950, trece; en 1951, once, y en 1952, doce (Ministerio de Salud Pública, 1952: 170). La Escuela estatal no contribuyó a alcanzar la proporción mínima estipulada. Aunque las fuentes son discordantes, coinciden en señalar que en la Escuela de la Fundación Eva Perón el número de egresadas fue mayor ya que se graduaron 217 enfermeras (Molina, 1973: 128). Este número cobra relevancia si se tiene en cuenta que, para 1948, las 30 escuelas de enfermeras existentes en la provincia de Buenos Aires sumaban una matrícula de 512 individuos (*El Día*, 6-7-1949: 6). Esto demuestra la envergadura del emprendimiento de la Fundación Eva Perón y su voluntad de hegemonizar el campo de la enfermería a partir de tan importante expansión que, a la sazón, priorizaba la feminización.

Profesionalización

Los procesos de profesionalización de la medicina en la Argentina presentan interesantes aportes sobre cómo los médicos se constituyeron como grupo socioprofesional en interlocución con otros actores estatales y societales. Así, cuenta con investigaciones la formación de trayectorias académicas, la conformación de instancias de legitimación y los procesos por medio del cual las poblaciones destinatarias fueron reconociendo, no libres de resistencias y dudas, sus saberes y prácticas (Armus, 2007; Belmartino, 2010; González Leandri, 1999 y Soprano, 2014). No obstante, los trabajos son más incipientes en el estudio de las relaciones entre los grupos más encumbrados de una determinada profesión, respecto de otros actores sociales que ocupan transitoriamente lugares subordinados. En otras palabras, a partir del estudio de la enfermería, este apartado aportará al estudio de las relaciones desiguales de poder entre diferentes profesiones y cómo éstas se perpetúan o intentan trastocar los mecanismos de autoridad.

Como sostiene Germán Soprano (2014) es difícil alcanzar una definición consensuada acerca de qué es una profesión o bien qué debe entenderse por procesos de profesionalización o por configuraciones profesionales. 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. En cierta medida, esta conceptualización teórica retoma las ideas del pensamiento médico de la época ya que fueron numerosas las voces que aspiraron a concentrar los conocimientos y las técnicas de curación en las manos de los médicos para evitar que estos saberes circularan entre los llamados “enfermeros adoctorados”, “flebotomos”, masajistas y todo aquel que se considerara “auxiliar”. Si bien se reconocía que 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.

Es necesario reconstruir la participación femenina en las profesiones y estudiar cómo se constituyeron tanto los eslabones de subordinación como los de resistencia dentro de la jerarquía médica. Estas profesiones demarcan un territorio de decisiones y de acciones que no responde solamente a los poderes delegados por los médicos y por las autoridades estatales. Si bien la relación jerárquica con el poder médico estuvo y está presente, es interesante estudiar los espacios de autonomía y los grados de libertad ligados a los cuidados de los pacientes tanto en el interior de los hospitales como fuera de ellos.

Como señala Carole Pateman (1995: 9-17), la subordinación ha sido un tema secundario entre los científicos sociales. No obstante, esa cualidad muestra cómo la diferencia sexual dio

lugar a la división patriarcal del trabajo, no sólo en el hogar conyugal entre esposa y esposo sino en los puestos de trabajo de la sociedad civil. En su análisis, Pateman invierte la dirección de la mirada y propone la comprensión del patriarcado moderno desde la esfera privada hacia la esfera pública. El análisis de la profesionalización de ocupaciones feminizadas resulta un desafío para estudiar cómo la dominación sexual estructura los lugares de trabajo y el hogar conyugal. 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.

Argumentos para profesionalizar la enfermería

Si bien desde fines del siglo XIX se promocionaron espacios de formación para las enfermeras; en la corporación médica existieron dudas sobre la relevancia de capacitar a los llamados auxiliares de la medicina. Si bien se privilegió la formación en escuelas habilitadas, también se fomentó el reconocimiento de quienes había ocupados cargos sin tener títulos. En 1945 entró en vigencia el decreto 6216 que reglamentó el ejercicio de la Medicina y Ramas Auxiliares. En uno de sus artículos se intentó regularizar la situación del personal que por más de diez años había cumplido con funciones de enfermería en instituciones hospitalarias y se les permitió ser incluidos como enfermeros en los escalafones laborales. La inscripción y la matriculación la realizó la Dirección Nacional de Salud Pública con la mera presentación de un certificado de trabajo que extendían los jefes de servicios y los directores de hospitales.

Durante el peronismo, la evaluación del estado de situación respecto de la enfermería influyó para considerar un programa más contundente respecto de la profesionalización del área. En este sentido, son claras las afirmaciones realizadas por instructoras de la Escuela del Ministerio de Salud Pública, quienes sostuvieron en el *I Congreso Argentino de Enfermería* realizado en 1949 que: “La medicina argentina es una montaña, la enfermería argentina es un precipicio. Tan triste conclusión nos lleva a explicarla sosteniendo que los medios para enaltecer la enfermería, si bien es cierto fueron dignísimos, como todo esfuerzo, carecieron de efectiva utilidad por su carácter personal y esporádico”. Las necesidades de la técnica médica y las problemáticas sanitarias obligaron, entonces, a programar un tipo de intervención de mayor envergadura que no quedara librada al voluntarismo individual ni al empirismo en la formación. Como veremos, además de auxiliar con cada vez mayor profesionalismo, la formación de las enfermeras durante el contexto peronista no estuvo exenta de considerar a la enfermería como un brazo de la intervención política del Estado. Ello se hizo visible en las Escuelas de Enfermeras del Ministerio de Salud y en la de la Fundación Eva Perón.

La intención de la escuela que dependió del Ministerio fue “formar personal auxiliar de la medicina, técnica y moralmente capacitado” (Boletín de Calificaciones *S/F*). Las preocupaciones estaban conectadas con la necesidad de satisfacer las demandas en los centros hospitalarios y en las actividades de difusión sanitaria –tanto en campañas de vacunación, educativas, talleres, escuelas, etc., –. Este último aspecto fue un elemento diferenciador con otras escuelas y se percibió en la concepción de los programas de estudios. En comparación, la escuela de la agencia sanitaria fue la única que estipuló la materia “Salud Pública” en su carga horaria. Los aspectos vinculados a las campañas de vacunación, la colaboración de la enfermera en las campañas de erradicación de epidemias y endemias las ponía en otro rol que el tradicionalmente ocupado en los hospitales. Las acciones en el espacio público demandaban saberes específicos que deberían ser aprendidos. Según demostró Lina Faria (2006) para el estudio de las escuelas de enfermería de Salud Pública en San Pablo y Río de Janeiro, fueron estos tipos de conocimientos los que delinearon un perfil particular y autónomo del saber médico hegemónico.

El ideal era salir de los hospitales y tener un papel más activo en la propia comunidad en torno a cuestiones de medicina preventiva. En la Argentina este rol, por fuera del ámbito hospitalario, se efectivizó con la participación de las enfermeras en las campañas sanitarias y en los ámbitos fabriles cumpliendo actividades de educación sanitaria (Ramacciotti, 2009). La aspiración de Carrillo de enviarlas a los Centros Profilácticos para que realizaran campañas de divulgación sanitaria contra la sífilis no se pudo implementar y esto puede ser analizado como una diferencia sustantiva entre las enfermeras de Chile y de Brasil. Allí, para esa misma época, ya contaban con experiencias ligadas al trabajo comunitario y a la medicina preventiva.

Auxiliares de la medicina y del Estado

Un informe de la Organización Mundial de la Salud en 1952 sostenía que la enfermería era “El arte y la ciencia que considera al paciente en su totalidad; es decir, como una síntesis de cuerpo, mente y espíritu; fomenta su salud física, mental y espiritual con la enseñanza y con el ejemplo; promueve la educación sanitaria y la conservación de la salud, así como el cuidado del enfermo; se ocupa del medio que rodea al paciente, tanto social y psicológico, como material; y atiende la salud de la familia, de la colectividad y del individuo” (Seminario sobre enseñanza de la enfermería, 1952). Esta conjunción de tareas que iban más allá del cuidado de los enfermos e involucraba cuestiones médicas, morales y también psicológicas no podía quedar librada a la buena predisposición de las personas. Por lo tanto, y más al calor de los cambios tecnológicos, la formación en tan variadas áreas fue ganando un mayor peso en las currículas educativas.

Los programas del Ministerio, en línea con estos postulados internacionales, tuvieron una pesada carga teórica evidenciada en la cantidad de materias y horas de clase que debían cursar las alumnas. El régimen de estudio constaba de tres años, durante los cuales se incluían clases prácticas obligatorias en servicios hospitalarios y clases teóricas. Para estimular la entrada de postulantes a la Escuela, algunas mujeres recibieron una beca.

Durante cada año lectivo se cursaban 700 horas de clases teóricas y 900 horas de clases prácticas hospitalarias. Una de las materias del programa de estudio fue “Arte de la Enfermería”, la cual contenía un alto contenido normativo y fue impartida exclusivamente por enfermeras (*Enfermería*, 1949: 19-21). La asignatura ofreció conocimientos éticos de cordialidad hacia el paciente y nociones prácticas acerca de, por ejemplo, cómo armar una bandeja, tender una cama, dirigirse a los pacientes, desinfectar las habitaciones, otorgar cuidados especiales a los enfermos, higienizarlos, etc. Este aspecto no fue menor, ya que en la cosmovisión de la época solía relacionarse a la enfermera con una actitud autoritaria, militarizada y poco considerada hacia el paciente, quien debía obedecerla sin cuestionamientos (*Enfermería*, 1954:18). La amabilidad, los consejos suaves y la cortesía serían las estrategias adecuadas para resolver la cotidianidad hospitalaria. Asimismo, como vimos anteriormente, se trataba de atributos ligados a la esencia naturalizada de las mujeres. Ellas eran las que naturalmente estarían capacitadas para desplegar características ligadas al buen trato y a la cordialidad.

Cabe señalar que la obediencia era entendida en diferentes planos. Hacia los superiores consistía en “ponerse de pie ante su presencia, contestando con corrección a sus preguntas y acatando sus órdenes” y cumpliendo estrictamente las medidas terapéuticas ordenadas por el médico. Para con el servicio y el centro hospitalario, “cuidar el orden y el aseo” para mejorar la calidad del servicio y lograr el mayor rendimiento del personal. Para con sus compañeras, se prohibía “el tuteo entre las alumnas en presencia de superiores y enfermos” (*Enfermería*, 1950).

El plan de estudios de la escuela de la Fundación se extendió durante tres años y la estudiante podía, luego, aspirar a un título de especialización de posgrado. En contraste con la escuela del ministerio, las materias de la escuela de la Fundación estuvieron centradas tanto en temas médicos como políticos. Ejemplo de las materias con contenido político son las asignaturas “Formación Política” y “Defensa Nacional y Calamidades Públicas”. La primera

pretendía enmarcar las actividades de las enfermeras en la nueva teoría de derechos femeninos. En efecto, 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 educativo de la Escuela de Enfermeras (Valobra, 2010). Se consideró perentorio formar a las jóvenes ingresantes pues su futura intervención tendría ribetes políticos y sociales. En cierto sentido, la existencia de esta materia se justificó en la idea de que las mujeres trasladarían sus “naturales condiciones morigerantes” a la sociedad. El gobierno, entonces, debía asegurarse de que la manera de hacerlo no fuera contraria a sus propios ideales. Las mujeres comprenderían que, gracias al proceso histórico vivido desde la asunción de Perón al poder, ellas habían recibido la soberanía popular como parte de la reforma política que él impulsaba.

El programa de la materia “Formación Política” sufrió cambios en el transcurso del segundo gobierno de Perón, cuando pasó a denominarse “Doctrina Peronista”. De esta manera se respondía a un proceso de verticalización y adoctrinamiento partidario que comenzó hacia 1949, cuando el universo simbólico del peronismo presentó tendencias a la unificación que colocaban al líder de gobierno en una posición privilegiada. En 1951, la obtención de una aplastante mayoría en la reelección presidencial favoreció ese proceso. La politización fue parte consustancial de la profesionalización de la enfermería en la Fundación Eva Perón, aunque ello de ninguna manera significó resentir el contenido técnico profesional de la misma. Además, este proceso no fue exclusivo en la Fundación Eva Perón. En efecto, la politización animó al Ministerio de Salud Pública a modificar su código de enfermería en 1951. En él, se invitó a las enfermeras a “participar con otros ciudadanos –y especialmente con los empleados de sanidad– en el trabajo y esfuerzo que representa fomentar la salud pública” en distintas jurisdicciones, así como también a cumplir sus deberes de ciudadana como votante y representante (*Enfermería*, 1951: 110).

Ahora bien, incluir a la enfermería en el marco de la movilización política de los primeros años del gobierno peronista no debe confundirse con las actividades intercambiables que se realizaban entre la Fundación Eva Perón y el Partido Peronista Femenino. Si bien existieron vínculos entre ambas instituciones, el espíritu corporativo de ambas no fue fluido. Asimismo, la existencia de alguna enfermera devenida en cuadro del Partido Peronista Femenino –o viceversa– no puede habilitar la generalización respecto de que la Fundación Eva Perón movilizó a sus militantes más entusiastas entre las enfermeras. Además, en ese marco de movilización y atendiendo a las características naturalizadas de las mujeres como sanadoras y cuidadoras de la nación, las enfermeras parecen haber cumplido los requisitos más importantes para cubrir estos roles. Su participación en actos oficiales no fue privativa de las de la Fundación. Si bien al comienzo tuvieron explícitamente prohibida la asistencia a estos eventos, el Ministerio de Salud Pública modificó esta postura. En efecto, entre las obligaciones enunciadas en 1947 se explicitó que no se “podría distraer el tiempo destinado para la enseñanza concurriendo a desfiles, concentraciones u otros actos públicos”. Para la reglamentación de 1951 se mantuvo este punto pero se agregó que esta norma podría ser obviada si “la Superioridad” lo solicitaba (*Boletín de Calificaciones*, S/F).

La otra materia de tinte político, “Defensa Nacional y Calamidades Públicas”, tuvo como objetivo que las enfermeras se convirtieran en las nuevas heroínas del orden y la salud del cuerpo social. La asignatura fue dictada por el militar Francisco Fernández Rozas, quien volcó en sus clases la experiencia adquirida en ámbitos sanitarios castrenses. Según él, las enfermeras eran la “reserva civil científica de la nación”, idea vinculada al concepto de “Nación en armas”, entendido como la “conjunción de potenciales, económicos, morales políticos, sociales, industriales militares y científicos en aras de un ideal común; defender el patrimonio o acervo moral, material y territorial de un país cuando es víctima de una provocación o agresión externa”. Es decir, ya no era sólo el personal militar el que tendría que formarse para un eventual conflicto bélico, sino que el “elemento civil” tendría que ser

educado en los “momentos de paz” para ocupar “su lugar” en “los tiempos de guerra” (Fernández Rozas, 1949: 2912 -2914). El objetivo de la formación de las aspirantes a enfermeras no sólo fue que aprendieran qué hacer y cómo hacerlo en caso de guerra, sino que esta educación se impartió también para enseñar cómo debían actuar frente a las “perturbaciones que provocan las sublevaciones y huelgas generales”. Este aspecto indica la clara alusión del término y la posibilidad de adaptar su significado a otro tipo de “perturbaciones”. Es decir, no sólo se las movilizaría en caso de provocación externa, sino que éstas también podrían actuar frente a “conflictos internos” que atentaran contra el orden social. Asimismo, esta posible movilización social y política de las enfermeras ante “las perturbaciones de las huelgas” es llamativa dentro de un gobierno históricamente asociado a las demandas de los trabajadores.

Así, la escuela de de la Fundación no sólo se abocó a preparar el personal técnico auxiliar necesario para proveer la gran demanda de los servicios hospitalarios, sino que también tuvo al menos dos objetivos sustancialmente diferentes a los de la escuela del ministerio. Primero, se propuso impartir “los conocimientos mínimos que todo ciudadano (na) debe poseer en salvaguardar la seguridad individual, colectiva y aún del país entero”. Es decir, sus propósitos eran más amplios que los de la escuela del ministerio, ya que no sólo se pretendió la formación profesional abocada principalmente para la práctica hospitalaria sino que se aspiró a la movilización de las enfermeras en caso de conflictos sociales o naturales. En esta línea se organizaron viajes solidarios de ayuda social y sanitaria a Ecuador, Bolivia, Uruguay, Colombia, Chile, Honduras, Paraguay, Austria, España, Francia, Israel, Italia, Grecia, Hungría, Japón, Irlanda, Portugal, Alemania, Turquía, Checoslovaquia, Estados Unidos, Inglaterra, Holanda, El Salvador, Filipinas, Perú, República Dominicanas, Cuba, Siria y Noruega (Ferioli, 1990:113). Estas intenciones tuvieron manifestaciones muy claras en otros aspectos de la Escuela. Dado que se pensaba que las enfermeras intervendrían en momentos de conflictividad social, se consideró necesario que su estado de salud general estuviera preparado para afrontar situaciones de gran exigencia física. Para ello estaban pautadas – sobre todo para las alumnas con régimen de internado– prácticas de exigente entrenamiento físico.

Ambas escuelas contaron con dos regímenes de organización educativa. El externo, para las alumnas con mayores recursos económicos y que vivieran en zonas cercanas. El interno, inspirado en las propuestas de Florence Nightingale, para aquellas que no podían trasladarse. Las internas recibieron alimentación, habitación, vestido y estudio gratuito hasta su graduación. Algunas notas distinguieron este sistema de internado. Se intentó atender la formación integral de las alumnas a fin de que se adaptaran a los nuevos destinos de la “Patria”. El alumnado arrastró pautas de conducta “indeseables” adquiridas en su socialización previa, y el régimen de internado propició una reeducación que intentó borrar aquellos aprendizajes para que en el futuro las enfermeras pudieran ser multiplicadoras de un nuevo tipo de prácticas de ciudadanía.

El día de las internas de la Escuela de la Fundación estuvo rigurosamente organizado en pos de “cultivar el espíritu, la mente y las condiciones físicas”. Las alumnas contaron con espacios comunes tales como el comedor, la biblioteca y terrazas. No obstante, las habitaciones fueron individuales, seguramente, en pos de evitar conductas sexuales “inapropiadas” que el aglutinamiento femenino podía propiciar.

En los escasos escritos que conforman el acervo documental de la Fundación Eva Perón, los principios cristianos fueron organizadores de las expectativas institucionales. En una rústica expresión se sostuvo que una alumna de la Escuela de Enfermeras de la Fundación “siguiendo una costumbre adquirida bajo el justicialismo, no concibe completa su felicidad individual si, antes de cerrar los ojos para el sueño reparador, no ha realizado un examen de conciencia preguntándose qué ha hecho para la felicidad de los que le rodean, de la comunidad y de la patria” (Fundación Eva Perón, [S/f]). El peronismo articuló, hasta la crisis con la jerarquía eclesiástica en 1954, el discurso religioso cristiano como si fuera propio. No

obstante, éste, trasuntado en los escritos de la Fundación Eva Perón, tuvo escasos correlatos en las imágenes que la misma institución difundió. En efecto, existen dos fotografías con un contenido cuasi místico. Una, en la portada de un folleto de difusión de la Escuela de Enfermeras; otra, en su interior. Por el contrario, los escritos del Ministerio de Salud Pública no fueron elocuentes las referencias religiosas. Pero en los registros fotográficos –muy escasos e insertos en la revista *Enfermería*– se aprecia una especial intencionalidad de mostrar la ceremonia de “Las Tocas” rodeada de un halo litúrgico, presidido por la figura del sacerdote y con la compañía de las “madrinas”. En ellas se destacó el tono ritual y el simbolismo iniciático del pasaje de mujer a enfermera.

La Fundación Eva Perón becó a ingresantes argentinas y latinoamericanas. En la escuela del ministerio, las ayudas económicas se otorgaron a las egresadas para perfeccionar sus estudios, privilegiándose a las más meritorias que, además, se adaptaran a los patrones físicos requeridos. A principios de 1951, un grupo de trece enfermeras fueron seleccionadas para concurrir al *Memorial Center Hospital* en Nueva York para realizar cursos de perfeccionamiento sobre atención a enfermos de cáncer. En la revista del ministerio se publicaron los informes de las becarias en sus estadías (*Enfermería*, 1951: 22). En relación con esto último, una entrevistada recordó que había aspirado a una beca de perfeccionamiento ya que sus calificaciones eran sobresalientes, pero ésta le fue denegada por no manejar el idioma inglés. Sin embargo, la enfermera agregó que para otras aspirantes ese requisito no había sido excluyente y que, en su caso, el rechazo se había debido a su presencia física, pues era “bajita” (Entrevista a Delia Oddo, 2006). La escuela del ministerio tuvo un claro perfil profesional –e incluso elitista en lo que hacía a los requisitos educativos y físicos–. La de la Fundación Eva Perón aspiró a un recorte clasista que pretendió no sólo la habilitación de enfermeras sino también la provisión de un medio digno de vida a las jóvenes de los sectores trabajadores de menores recursos a la vez que asistentes para las políticas de Estado, aunque tampoco estuvo exenta de estereotipos físicos.

El I Primer Congreso Argentino de Enfermería (1949) y sus paradojas

En este proceso histórico, algunos acontecimientos pueden ser considerados como un eslabón en la búsqueda de cierta identidad profesional al margen de la ligazón con el poder estatal y la corporación médica. A mediados de 1949, el entonces Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Carlos Alberto Bocalandro, presidió el Primer Congreso Argentino de Enfermería realizado en la ciudad de La Plata. Según el ministro, ese Congreso daba cuenta de “los más eficaces vehículos de consolidación” de la profesión tanto por su “valor científico” como por la unidad de quienes luchaban por erradicar “el dolor del hombre” (*El Día*, 6-7-1949: 6). Era un acto apoyado por el gobierno y organizado por la Cruz Roja Argentina de la Plata. A los efectos organizativos, Bogliano (1948) estipuló que podrían participar en dicho evento egresados de escuelas de enfermeras que tuvieran un plan de estudio de tres años lectivos o dos años con sistema de internado obligatorio, médicos y educadores especializados. Ésta fue una pauta excluyente de un sinnúmero de escuelas que pululaban en el país, pero no alcanzaban los ansiados parámetros de profesionalización. Margarita Basomba, una referente dentro de la profesión quien tendrá un papel destacado en los años 60, ocupó la presidencia del Comité Ejecutivo del Congreso. En la ocasión, estuvieron presentes delegaciones de enfermeras de países vecinos y de la ciudad de Buenos Aires así como autoridades nacionales y locales. Entre ellas, se destacaban algunas figuras que, por entonces, ya impulsaban la profesionalización de la enfermería en nuestro país a través de sus gestiones en puestos directivos sanitarios nacionales y provinciales, de la Cruz Roja Argentina y otras entidades civiles.

Los votos del Primer Congreso reafirmaron la necesidad de elevar el nivel requerido para los aspirantes, la reglamentación de la Enfermería en el Código sanitario como profesión liberal, así como la elaboración de una ley Orgánica y la solicitud de Escuelas Universitarias de Enfermería. Entre las recomendaciones, se insistió sobre la propuesta de que las Escuelas

de Enfermeras estuvieran dirigidas por enfermeras que acreditaran idoneidad y experiencia y, a su vez, que fueran éstas las encargadas de las dependencias estatales o privadas que tuvieran relación con el área. Aconsejaban que se incluyera en cada escuela un espacio para demostraciones de “Arte de la Enfermería” y que se incorporaran al plan de estudios materias humanísticas tales como Historia de la Enfermería, Ética profesional, Salud Pública y que se intensificara Fisiología Humana. Asimismo recomendaba que se derogaran los decretos que habilitaban enfermeros sin haberse diplomados como tales –en explícita referencia a los exámenes de validación del Ministerio– y, en ese sentido, exigía que el uso del uniforme de enfermería no pudiera ser utilizado por quienes no se habían formado como tales. Se demandó que las escuelas fueran de tipo Escuela Hospital, con internado obligatorio, y que no se reconociera a las que no se adaptaban a esa norma. Se exhortaba a que se abrieran becas para perfeccionamiento de posgrado y que las enfermeras fueran formadas como educadoras sanitarias. Esta resolución trató de jerarquizar el rol docente de la enfermera y no dejarlo en manos de las maestras quienes, hasta el momento, eran quienes realizaban las tareas de divulgación sanitaria y también a las que se les dirigían los cursos vinculados a temas de educación sanitaria.

También se pidió que se privilegiara la adjudicación de becas a jóvenes de los distritos rurales para la educación de enfermería, a las que debía asegurarse a posteriori, un puesto “dignamente remunerado en las zonas rurales”, así como facilidades para acceder al perfeccionamiento en estas zonas (Cruz Roja Argentina, 1950). Se sugirió el intercambio internacional como había sucedido entre sus colegas de Río de Janeiro y de San Pablo (Castro Santos y Faria, 2010). Finalmente, se invocaba la realización de una campaña que atrajera a las mujeres jóvenes a la formación y al ejercicio profesional en la enfermería (*Enfermería*, 1949: 21).

Así, las principales consideraciones del Congreso se centraron en la profesionalización (instancias formativas, remunerativas, de organización profesional y de capacitación e intercambio internacional) y no ahondaron tanto en la vocación y en el espíritu de sacrificio, aunque estos no estuvieron ausentes. En efecto, en su discurso en el I Congreso de Enfermería Carrillo (1949: 3-4) sostuvo: “Junto al dolor estará el médico y la mujer”. Una lógica de la complementariedad traducía la jerarquía implícita en esa visión al referirse al médico como el que reintegraba la salud y la mujer, sin establecer su adscripción profesional, como la que “ayudaba”. En la representación más simbólica, y aún cuando la evidencia mostraba una creciente participación femenina en la medicina, así como la enfermería se asimiló a la feminización, el escalafón médico fue fácilmente identificable con la masculinización. El médico Carlos Pereyra (1949-1950: 279) insistió 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”.

Estos postulados fueron conflictivos para la lógica imperante. Las demandas evidenciaban que el modelo Nightingale era una meta, pero que no se había realizado ni generalizado en absoluto. Si bien se consideraba que era perentoria la formación científica de la enfermera, ello no involucró su reconocimiento como trabajadora. Un año después, el Ministerio de Salud difundió el Decálogo de Ética Profesional de la Enfermería del que se borraba toda idea acerca de la enfermería como trabajo remunerado y se desvaneció toda posibilidad de privilegiar su organización profesional. En el Decálogo predominaron las prescripciones de los deberes de las enfermeras en la estructura jerárquica de la medicina y su carácter de auxiliares en las tareas médicas. Asimismo, abundaron en recomendaciones de moralidad y se insistió en la esencialización de dotes supuestamente naturales acerca de la vocación de servicio y la sensibilidad (*Enfermería*, 1950: 111 y 1951: 109-110). Se consideró que era necesaria una “remuneración justa y apropiada”, pero se instó a no aceptar propinas ni sobornos –comunes y también esperables por quienes los recibían– en la medida en que el salario era bajo.

Así, durante el peronismo se superpusieron significados que fueron contradictorios. A un año de realización del Congreso de 1949, el Decálogo de Ética Profesional borró toda idea acerca de la enfermería como trabajo remunerado. Más bien, en éste predominaron las prescripciones que destacaban los deberes de las enfermeras en la estructura jerárquica de la medicina y su carácter de auxiliares en las tareas médicas. Asimismo, abundaron en recomendaciones de moralidad y se insistió en la esencialización de dotes supuestamente naturales acerca de la vocación de servicio y sensibilidad (*Enfermería*, 1950: 111). En el mencionado Código de Ética Profesional de las Enfermeras se señaló su “obligación de llevar a cabo las instrucciones del médico inteligentemente, de evitar malos entendidos o inexactitudes y de rehusar su participación en prácticas que no considere éticas” (*Enfermería*, 1951: 109). Los límites de acción entre ambos plantearon un modelo bipolar desigual en el que la enfermera debía subordinarse al médico y en dicha subordinación su autonomía quedaba reducida (Ramacciotti y Valobra, 2004: 51).

No obstante, este modelo jerárquico y bipolar presentó fisuras en la práctica cotidiana ya que se presentaron ciertas formas de resistencias. Así, la abnegación y la dedicación al paciente era un modo de jerarquizar su rol de enfermeras, exacerbando aquellos caracteres que se creían naturales de la mujer/enfermera. Una de las entrevistadas sugirió que la tarea del médico terminaba cuando el paciente salía de la sala de operaciones: “operaban y no les daban más bolilla”. La entrevistada recordó que en un caso concreto la recuperación del paciente habría sido imposible sin su cuidado. Este reconocimiento de un poder profesional y concreto sobre el cuerpo de las personas no era agradecido por los médicos; por lo que destacó –como una excepción– que el cirujano a cargo del servicio le envió una carta personal de agradecimiento “por haberle salvado al enfermo”. Otro ejemplo refuerza esas formas de resistencia que en la cotidianeidad de su faena las enfermeras desarrollaban. En la sección “Usted ha sido Testigo” de la revista *Enfermería*. Una viñeta humorística muestra con sarcasmo a una enfermera voluptuosa, con gestos adustos y voz elevada que recrimina a un enfermo –delgado y transpirado por su dolencia– avergonzándolo frente a los otros pacientes por no cumplir los requisitos para realizarse estudios (de Bono y de Sarrie, 1954: 18-19).

Nuevas consideraciones se montaban sobre viejos tópicos acerca de la enfermería y la condición femenina. En este sentido, parece haber resultado difícil romper con ciertos posicionamientos hegemónicos que veían a la enfermera en términos de relación complementaria con el médico. La inclusión de estas mujeres en ese universo aséptico, racional, higiénico, saludable, jerárquico y disciplinado se realizó de modo complementario, no igualitario, y por lo tanto subordinado a esa figura masculina del médico (Ramacciotti y Valobra, 2004: 50).

El aumento de la demanda de enfermeras evidenció la necesidad de una capacitación no exclusivamente empírica. Esa antigua propuesta ya enunciada por Florence Nightingale, cobró impulso durante el peronismo y se evidenció en la currícula de las escuelas del Ministerio de Salud y de la Fundación Eva Perón, las cuales contaban con una carga de formación teórica y aumentaban, o pretendían hacerlo, los requisitos de ingreso. No obstante, en el I Congreso de Enfermería se hicieron visibles las paradojas de pretender profesionalizar un segmento del mercado laboral que estaba profundamente feminizado. En efecto, en la medida en que el proceso de feminización reclamaba más mujeres para la enfermería desplazando 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 sobrellevarla sin conflicto. En la práctica, las organizaciones de enfermeras, que se comenzaron a formar en este período, también tuvieron problemas para efectivizar sus demandas pues incurrierán en una lógica semejante. Sin embargo, evidenciaron que en tanto trabajo, su tarea merecía un salario digno que les permitiera satisfacer sus necesidades básicas y sobre esa lógica tallaron en el espacio público.

Bibliografía

- Armus, Diego (2007), *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, EDHASA.
- Belmartino, Susana (2010), “Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX”, *Salud Colectiva*, vol.6, N° 3, Universidad Nacional de Lanús, sep./dic.
- Baliña, Pedro (1903-4), “¡Mujeres!”, *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, T. III.
- Barrancos, Dora (2008), *Las mujeres entre la casa y la plaza*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Bogliano, Roberto (1948), *Primer Congreso Argentino de Enfermería*, s/d.
- Boletín de Calificaciones*, [S/F]
- Boletín de la Cruz Roja Argentina*, (1948), N° 3, pp. 14-17.
- de Bono Elvira y de Sarrie, Isabel (1954), “Ud. ha sido testigo”, *Enfermería*, Vol. V, N° 18, pp. 18-19.
- Castro Santos, Luiz Antonio y Faria, Lina (2010), *Saude & Historia*, San Pablo, Editora Hucitec.
- Carrillo, Ramón (1949), “Elogio de la enfermería”, *Enfermería*, Vol. I, N° 1, p. 4.
- Cruz Roja Argentina (1950), *Primer Congreso Argentino de Enfermería, Votos y Recomendaciones*, La Plata.
- Dirección General de Higiene de la Provincia (1941), *Actas*, La Plata, p. 5.
- El Día* (6-7-1949), “Con la presencia del Ministro de Salud Pública fue clausurado el Congreso Argentino de Enfermería”, p. 6.
- Enfermería* (1949), “Votos del I Congreso Argentino de enfermería”, Vol. I, N°1, pp. 19-21.
- (1950), “Decálogo de la ética profesional de la enfermera”, Vol. I, N°4.
- (1951), “Enfermeras argentinas viajan a EEUU. Asistirán a un curso de dos años”, Vol. II, N° 6, p. 22.
- (1951) “Código de Ética Profesional para las Enfermeras”, Vol. II, N° 9, p. 110.
- (1954), Vol. V, N° 18, p. 18.
- Entrevista a Clementina Gómez (2006), enfermera de la Fundación Eva Perón, realizada por Carolina Barry y Karina Ramacciotti, 31 de octubre.
- Entrevista a Delia Oddo (2006), enfermera del Ministerio de Salud, realizada de Karina Ramacciotti, 2 de noviembre.
- Entrevista a Nilda Cabrera (2006), enfermera de la Fundación Eva Perón, realizada por Adriana Valobra y Karina Ramacciotti, 27 de noviembre.
- Eraso, Yolanda (2007), “Género y eugenesia. Hacia una taxonomía médico –social de las mujeres-madres en la década de 1930” en: Bravo Celia; Gil Lozano, Fernanda y Pita, Valeria, (comp.), *Historias de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina, siglo XIX y XX*, Tucumán, Editorial de la Universidad Nacional de Tucumán.
- Faria, Lina (2006), “Educadoras sanitarias e enfermeiras de saude pública: identidade profissionais em construação”, *Cadernos Pagu*, San Pablo, N°27, pp.173-212.
- Fernández Rozas, Francisco (1949), “Interés e importancia de la enseñanza de la asignatura Defensa Nacional y Calamidades Públicas en las escuelas de enfermeras y colegios secundarios”, *El Día Medico*, Buenos Aires, pp. 2912 -2914.
- Freidson, Eliot (1978), *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona, Ed. Península.
- Fundación Eva Perón (s/f), *Escuela de Enfermeras*, Argentina, [s/p].
- Gómez Rodríguez, Amparo (2005), “Ciencia y valores en los estudios del cerebro”, *Arbor*, CLXXXI n° 716.
- González Leandri, Ricardo (1999), *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Madrid, CSIC.
- Guy, Donna (2008), *Women Create the Welfare State: Performing Charity, Creating Rights in Argentina 1880-1955*, Duke University Press.
- Lobato, Mirta (2007), *Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960)*, Buenos Aires, EDHASA.
- Marañón, Gregorio (1920), *Biología y feminismo*, Madrid, Imprenta del Sucesor de Enrique Teodoro.
- Martín, Ana Laura (2006), “Hogares, hospitales y enfermeras. El “ayer y hoy” de las políticas sociales según prensa oficial del peronismo”, *Papeles de Trabajo de UNSam*, disponible en http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/03_5_Art%C3%ADculo_Ana_Laura_Mart%C3%ADn.pdf.
- Médico Práctico* (1953), “Los enfermeros deben ser considerados como colaboradores del médico”, Año IX, N° 104, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires (1947), *Memorias*, La Plata.
- Ministerio de Salud (1952), *Memoria correspondiente al período 1946-1952*, Buenos Aires, Talleres Gráficos.
- Molina, María Teresa (1973), *Historia de la Enfermería*, Buenos Aires, Intermédica.
- Nari, Marcela (2004), *Políticas de Maternidad y Maternalismo Político, Buenos Aires, 1890-. 1940*, Buenos Aires, Biblos.
- Pateman, Carole (1995), *El contrato sexual*, España, Editorial Anthropos.

- Pautassi Laura, (2005), “El derecho de las mujeres a la salud” en: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género, *Informe sobre género y derechos humanos, Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina*, Editorial Biblos, Buenos Aires.
- Pereyra, Carlos (1949-1950), “Curso de enfermería sanitaria del Ministerio de Salud Pública de la Nación”, *Archivos de Salud Pública*, Buenos Aires, Vol. VI a VIII, p. 279.
- Ramacciotti, Karina (2009), *La política sanitaria peronista*, Buenos Aires, Biblos.
- Queirolo, Graciela (2010), “Las mujeres y los niños en el mercado de trabajo urbano (Buenos Aires, 1890-1940)” en: Recalde, Héctor (editor), *Señoras, Universitarias y Mujeres. La Cuestión Femenina en la Argentina, entre los dos centenarios (1910-2010)*, Buenos Aires, Aula Taller.
- Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2004), “Plasmar la raza fuerte...’ Relaciones de género en la propaganda sanitaria de la Secretaría de Salud Pública de la Argentina: 1947-1949”, en Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (compiladoras), *Generando el peronismo. Estudios de cultura, política y género (1946-1955)*, Buenos Aires, Proyecto Editorial.
- (2008), “Profesión, vocación y lealtad en la enfermería peronista” en: Barry, Carolina; Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (editoras), *La Fundación Eva Perón y las mujeres en Buenos Aires: entre la provocación y la inclusión*, Buenos Aires, Biblos.
- (2011), “Modernas esculapios: acción política e inserción profesional, 1900-1950” en: Scarzanella, María Eugenia y Jacinto, Lizette (compiladoras), “Género y Ciencia: hombres, mujeres e investigación científica en América Latina, siglos XVIII-XX”, Colección Estudios AHILA de Historia Latinoamericana, Madrid/Frankfurt, Vol. 8, Asociación de Historiadores Latinoamericanistas Europeos.
- Ross, Peter (1988), *Policy Formation and Implementation of Social Welfare in Peronist Argentina, 1943-1955*, Tesis de Doctorado, Sidney, University of New South Wales.
- Seminario sobre enseñanza de la enfermería* (1952), Taiwan, Organización Mundial de la Salud.
- Soprano, German (2014), “Agencias estatales y procesos de configuración profesional” en: Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina (editoras), *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales*, Buenos Aires, Biblos.
- Valobra, Adriana (2010), *Del hogar a las urnas: recorridos de la ciudadanía política femenina Argentina, 1946-1955*, Rosario, Prohistoria.
- Wainerman, Catalina y Binstock, Georgina (1992), “El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería en Buenos Aires”, *Desarrollo Económico* N° 126, julio- septiembre, pp. 271-284.