

Sociedades, Cuerpos y Saberes Biomédicos

V Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad

Buenos Aires, 3 al 5 de octubre de 2012

Eje temático sugerido: Relaciones de género en la profesionalización y en la práctica de la medicina

Autora: Ana Laura Martin

Inserción Institucional: Universidad de Buenos Aires-Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género-

Dirección institucional: IIEGE, Puán 470, 4° piso.

Cuidar en Buenos Aires. La enfermería porteña (1886-1940)

Ana Laura Martin

La enfermería ejercida por mujeres resulta una asociación históricamente naturalizada, resultado de la concepción con la cual se dio forma a la profesión, a los discursos que operaron en ella y a las políticas aplicadas en el sector. En efecto, a principios del siglo XX esta concepción facilitó la exclusión de los varones de la actividad y la casi absoluta feminización de la tarea (Wainerman y Geldstein, 1993). La condición femenina, ligada siempre a lo maternal como producto de la naturaleza, fue muy temprano contrapuesta con la imagen de la mujer trabajadora, aunque su presencia en el escenario laboral fue permanente (Lobato, 2007). En contraste, la enfermería fue considerada una extensión de lo doméstico y maternal y se convirtió en “profesión atajo” para conciliar el mundo femenino y el mundo laboral. A inicios del siglo XX, el mercado de la enfermería ya expresaba una

segmentación cuyo eje organizador era el género y esta característica logró mantenerse durante casi todo el resto del siglo.

Las ideas respecto de la naturaleza femenina y masculina apoyaron la división del trabajo sanitario. Los médicos se manejaban en el campo científico y las enfermeras, en cambio, en el empírico. Una división que encontró eco en otras nociones disponibles respecto de los géneros, que asociaban lo masculino con la cultura y con lo público y las mujeres con lo natural y lo privado o doméstico (Cobo, 1995). Bajo estas premisas la formación de las enfermeras tomó un sentido que tuvo menos que ver con el conocimiento y los saberes aprendidos y más con la naturaleza de sus agentes, sus conductas y sus aptitudes. La enfermería parecía más bien una extensión de las labores domésticas y hogareñas que una tarea basada en procedimientos, conocimientos y técnicas que era necesario conocer y aprender.

Por otro lado, la medicina y el campo médico en su conjunto ha sido una actividad tempranamente profesionalizada y fuertemente estratificada y corporativa desde finales del siglo XIX. Los médicos han sido una elite sumamente influyente en la construcción del Estado argentino y, probablemente como en muchas otras naciones, se han constituido en una profesión de poder en tanto sus hombres han formado parte de la dirigencia política y del aparato burocrático del Estado (González Leandri, 1999). Fueron muy pocas las mujeres que lograron penetrar en esta corporación y su lugar fue reiteradamente marginal. El rol reservado para ellas estuvo más bien ligado a los cuidados que no requerían calificación y a tareas muy específicas que exigían contacto con otras mujeres como la realizada por parteras, enfermeras y puericultoras (Nari, 2004). Profesión y patriarcado como estructurador del orden doméstico y de la reproducción de la fuerza de trabajo en las sociedades modernas, se asociaron para convertir la calificación profesional de las mujeres en dificultosa y demorada (Ortiz, 2006; Witz, 1992; Hartmann, 1976).

En este capítulo se abordará la temprana feminización de la enfermería y su asociación con la enseñanza moderna de la profesión y con la gravitación posterior de ese proceso. Se pondrá el acento en las nociones que alentaron positivamente a que la enfermería se convirtiera en un trabajo de mujeres y en las relecturas posteriores de esa condición. Por otro lado, se analizarán algunos de los cambios en la instrucción de la enfermería y el relativo pero creciente interés de las autoridades por las condiciones y la proyección de la

profesión. Se trata de un abordaje en clave de continuidades más que de rupturas y atento a las constantes que se destacan en el período que va desde las últimas décadas del siglo XIX hasta la mitad del siglo XX.

1. Hacia una profesión moderna de mujeres

La feminización de la enfermería fue temprana. Los primeros datos disponibles señalan que transcurrida la primera década del siglo XX, más del 70% de las personas dedicadas a la enfermería eran mujeres en la Ciudad de Buenos Aires donde estaba instalada la única escuela del ramo en el país. Esta información es posterior a una de las primeras intervenciones del Estado porteño que resultó determinante en el aumento de la presencia femenina en la enfermería de la ciudad. En 1912 la Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas (EEEYM) dependiente del municipio porteño decidió restringir el ingreso a la carrera solo a mujeres.

No se trató de un fenómeno exclusivamente porteño ni argentino, fue un proceso experimentado en Sudamérica. Algunas interpretaciones adjudican esta cuestión a la estabilización de los roles de género y las definiciones sobre las tareas propias de las mujeres en las jóvenes naciones (Mott, 1999 y 2003); otras en cambio consideran que se trató de una característica de las economías de la región que necesitaron excluir a varones del mercado de trabajo de la enfermería para mantenerlos disponibles en otras áreas productivas (Castro Santos y Faria, 2010).

En la ciudad de Buenos Aires, espacio donde la feminización resultó clara y contundente, este proceso fue parte de una trama en la cual se definieron las incumbencias de las enfermeras y su alcance. Entre las preocupaciones principales de la autoridades del sector sanitario y vinculados a la atención de la salud, figuraban la capacitación de quienes se ocupaban del cuidado de los enfermos en los hospitales y en menor medida la escasez de personal en las instituciones; asunto que resultó cada vez más relevante en las décadas siguientes. Los hospitales porteños dependientes de la Asistencia Pública por entonces contaban con personal cuya formación era empírica, no tenía educación formal y su entrenamiento dependía de la práctica cotidiana. No siempre eran distinguibles las tareas de una enfermera o enfermero de las que realizaba una mucama, una cocinera o un camillero, estas funciones podían superponerse sin demasiada distinción y sin llamar la atención pues

el cuidado en los hospitales no estaba a cargo de personal especializado. Por otro lado, en las salas de los hospitales se mantenía la presencia de las Hermanas de la Caridad y religiosas de otras órdenes que ejercían como cuidadoras y enfermeras desde hacía varias décadas en los antiguos hospitales de la ciudad y en los hospitales de campaña. Estas tenían una jerarquía mayor al resto del personal no médico, estaba a su cargo la organización de las salas y podían dar órdenes directas al personal que allí trabajaba (Wainerman y Geldstein, 1992).

Con excepción de algunos de los hospitales administrados por comunidades inmigrantes que contaban con cursos de enfermería o pequeñas escuelas, la ciudad no tenía capacidad de formar profesionales en el ramo para sus propios establecimientos de atención de la salud. La institución pionera fue la creada por Cecilia Grierson, la primera graduada en medicina de la Universidad de Buenos Aires en el año 1889. Era hija de madre irlandesa y de padre escocés, había nacido en 1859 y antes de ingresar a la universidad se recibió de maestra normal. Algunos años antes de graduarse, en 1886, organizó una serie de cursos sobre el cuidado para enfermos y sobre primeros auxilios y los dictó en las dependencias del Círculo Médico de la Capital. Esas clases estuvieron destinadas al personal que ejercía en los hospitales porteños y algunas tuvieron lugar en los consultorios de los colegas de Grierson que apoyaron la iniciativa pues consideraban necesario formar profesionales en enfermería o al menos instruir al personal que se ocupaba de esas tareas. La escasa historiografía sobre el tema consigna en estas clases el inicio de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas de la Ciudad de Buenos Aires (EEEYM); sin embargo, fue reconocida como tal en el año 1892 cuando el Estado porteño, a través de la Asistencia Pública que dirigía Emilio Coni, colocó dichos cursos bajo su dependencia y promoción. Cecilia Grierson fue una mujer que tuvo un recorrido vital excepcional para las congéneres de su época, muy pocas alcanzaban niveles de educación y participación de la vida pública como ella y fue posiblemente la más tenaz impulsora de la capacitación profesional y moderna en enfermería durante el período aquí analizado. Su inquietud se vinculó a dos cuestiones, por un lado a las de orden sanitario o de la atención médica propias de su profesión y de sus colegas en ese momento y, por otro lado, a la condición femenina y a la educación de las mujeres. Grierson formaba parte de un heterogéneo y reducido núcleo de mujeres instruidas y/o relacionadas socialmente que estaban profundamente comprometidas

con la educación de sus congéneres. Un temprano feminismo que cuestionaba el rol de los sexos y aspiraba a que las mujeres obtuvieran un lugar destacado en la sociedad a través de la educación. Junto a la promoción de la enseñanza de la enfermería, creó la Sociedad de Primeros Auxilios, colaboró con la Cruz Roja y más adelante fue fundadora y presidenta honoraria de la Asociación Obstétrica Nacional, primera organización asociativa de parteras del país. También formó parte de asociaciones femeninas cuyas iniciativas se ligaban a la educación de las mujeres tanto como a sus derechos, asimétricos y recortados respecto de los varones. Fue socia de la Asociación de Mujeres Universitarias y de Unión y Labor, que en una etapa de su existencia cuestionó vivamente la falta de derechos cívicos de las mujeres; presidió el Congreso Femenino Internacional en 1910, además de representar a organizaciones de mujeres en foros internacionales en varias oportunidades (Barrancos, 2002).

Es decir, las iniciativas de Cecilia Grierson acerca de la cuestión de la formación de enfermeros y en especial de enfermeras, debe entenderse en el entramado de su pensamiento y acciones respecto de la condición femenina. En esta visión, la enfermería moderna era una ocupación de mujeres, ideal para las jóvenes de familias encumbradas que buscaban una tarea decente y profesional, acorde con los atributos de su sexo. La enfermería podía significar una promoción social y laboral para quienes la eligieran y al mismo tiempo implicaba una tarea, casi altruista, pero de rigor profesional y de compromiso con la sociedad.

Por esos motivos Grierson aspiraba a atraer mujeres de condiciones similares a las que se interesaban por otras tareas de prestigio como el magisterio, pero hacía notar que para hacerlo realidad era necesario elevar la calificación profesional y las condiciones de trabajo. Resultaba imprescindible que los hospitales porteños mejoraran la situación cotidiana de sus trabajadoras, habitualmente sometidas a extensas guardias de casi 30 horas de trabajo cada dos días, sin adecuados tiempos de descanso y expuestas a lugares inapropiados como caballerizas o sótanos. Cecilia Grierson en muchas oportunidades daba clases en los hospitales y conocía bien la condición que atravesaban sus alumnas, por eso alertaba a las autoridades de la ciudad de Buenos Aires acerca de las situaciones inapropiadas que allí experimentaban sus discípulas y graduadas. Repetidas veces solicitó que las guardias fueran de 8 a 12 horas, que se dotara al personal de uniformes limpios cada

día, de tiempos de recreo y comidas en horarios preestablecidos y que se otorgara la posibilidad de ausentarse para tomar clases e instruirse (Grierson, 1907, p. 43). Solo así la ciudad lograría que “El exceso de niñas que hoy se dirigen a las escuelas normales y quieren alcanzar un título de maestras, gremio repleto en nuestro país, ingresara a las escuelas de enfermeras y tendríamos un gremio digno de su nombre”.

Las nociones sobre enfermería moderna que Cecilia Grierson (1902) sostuvo las desarrolló con mayor claridad luego de un viaje a Europa donde recorrió escuelas y hospitales de varias ciudades como Londres, Viena, Ginebra y París, entre otras. Ya era médica y tenía experiencia como practicante en el Hospital de Mujeres y en el Hospital San Roque y con mirada experta pudo observar cómo se resolvía la organización de la atención y el cuidado de enfermos en instituciones de grandes urbes. Una de las cuestiones que resaltó en los informes que elaboró luego de su gira europea fue la necesidad de instrucción “técnica”, esto significaba otorgarle fundamentos científicos a cualquier saber o destreza que tuviera aplicación eminentemente práctica. La idea de lo técnico se diferenciaba de lo teórico y científico, por un lado y, por otro, se distinguía de una noción frecuente que describía las tareas de cuidado como extensión de los roles domésticos considerado propios de la naturaleza femenina.

Para Grierson (1902) se trataba de una cuestión delicada porque tanto las labores domésticas como las relativas a los cuidados expertos ameritaban conocimientos precisos pero no eran los mismos. Un ama de casa debía conocer las reglas elementales de la higiene del hogar (de los alimentos, de la limpieza de los utensilios, mobiliario, indumentaria, etc.). Pero las enfermeras debían adquirir una calificación específica, particular, exacta y medida que cuidara muy bien de no exagerar en los fundamentos “científicos”, que debían conocer pero sin olvidar que su tarea tenía más de “arte que ciencia” y lo que había que desarrollar era el adecuado uso de los procedimientos relativos a la higiene y al cuidado. Las enfermeras ideales en esta versión, debían provenir de familias cuyo ambiente les había permitido crecer en las mejores condiciones de educación y que estaban dispuestas a adquirir herramientas técnicas para asistir enfermos o personas que necesitaran cuidados especiales. Se sumaban así a los saberes domésticos debidamente fundamentados, la técnica profesional adecuada.

En los diversos estudios que Grierson (1901 y 1902) escribió y presentó a modo de

propuesta a las autoridades sanitarias y educativas de la Ciudad de Buenos Aires y nacionales, entre 1901 y 1907, concluyó que el modelo de enfermería inglesa aplicado en Londres y en algunas ciudades de Norteamérica era el más aconsejable frente a otros que pudo ver como el dispuesto en París. Las observaciones sobre otras ciudades complejas como las europeas le permitieron a Grierson poner un modelo de enfermería en la dimensión del entramado urbano. En París había visto dos extremos. Por un lado, el exceso de capacitación de las profesionales francesas que se habían formado bajo el auspicio de la administración de la Asistencia Pública en épocas recientes y que consideró inútiles por su nivel de sofisticación frente a la población que asistían e incapaces de difundir conocimientos claves y comprensibles. En el otro extremo observó la recurrente apelación a pacientes de los propios hospitales o a mujeres sin ninguna preparación para atender a los enfermos.

Ni la ignorancia absoluta ni el exceso erudito eran la propuesta para la ciudad de Buenos Aires. Grierson (1907) imaginaba un sistema complejo que lograra combinar la asistencia en instituciones y la domiciliaria para los más pobres como modo de “instruir a la masa del pueblo”. La transmisión de las leyes médicas de la higiene podía quedar en manos de mujeres formadas, de un modo similar a los *Distric Nursing* londinenses dependiente de la caridad. Este era un sistema de atención de enfermeras a domicilio, con jurisdicciones a su cargo previamente establecidas, administrado y financiado por instituciones de caridad pero promovidas y reconocidas por el Estado.

En el sistema de *nurses* inglesas una de las claves era que sus enfermeras tenían educación y provenían de clases altas. Eran de “alma filántropos y sus conocimientos variadísimos... de una perfecta mujer del hogar y [de] las ciencias y artes domésticas, especialmente con las que la medicina se relaciona” (Grierson, 1902, p. 31). Se trataba de enfermeras que asistían a mujeres puerperales, familias pobres con enfermos graves, niños y ancianos en su hogar y que estaban dispuestas y entrenadas para hacer tanto las labores domésticas que cualquier hogar exige como las estrictamente vinculadas con las necesidades de un enfermo o convaleciente, siempre bajo las estrictas normas de la ciencia práctica.

Para Buenos Aires se podía aspirar a un esquema similar que integrara en un orden jerárquico al Estado, a través de la Asistencia Pública, en la formación de sus agentes y en la asistencia directa; a las asociaciones de caridad a través de sus aportes benéficos e

instituciones y a la incorporación de mujeres de clases medias y educadas para llegar hasta los sectores más desposeídos. En esta perspectiva es muy posible la coincidencia con Emilio Coni y sus ideas en torno al espacio asignado a la caridad y al Estado en el entramado urbano y la relación entre funcionarios expertos con la sociedad. En este sentido compartieron un horizonte común respecto de la provisión y asistencia social y esto facilitó la incorporación de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas al organigrama de la Asistencia.

Una caridad científicamente guiada, cuyas actrices claves eran las enfermeras bien seleccionadas y formadas podía erigirse con las jóvenes mujeres de clases acomodadas que sobraban en los magisterios. Con un formato similar al que Domingo Faustino Sarmiento había ideado para el magisterio, se podía convocar a *matrons* instruidas, norteamericanas o inglesas, para formar y dirigir nuevas escuelas y dar curso así a una verdadera corriente modernizadora en la Ciudad de Buenos Aires que luego pudiera expandirse por el resto de las ciudades del país.

2. La influencia de Florence Nightingale en el modelo de formación

En 1907, con algunos años de experiencia, la directora de la EEEYM narraba con cierta desazón el limitado alcance que su centro de formación tenía. Con excepción de la Escuela del Hospital Británico, ninguno de los establecimientos de la ciudad plasmaba las aspiraciones de Grierson acerca del modelo de enseñanza que ella proponía. Tampoco lo cumplía la escuela que ella misma dirigía que, a pesar de ser reconocida por la ciudad, tenía serias dificultades para funcionar y generaba conflictos en el interior del sistema de atención.

Quienes asistían a la EEEYM, en muchos casos, eran personas empleadas y en ejercicio en los hospitales porteños que por disposición de la Asistencia Pública tomaban clases en los horarios de trabajo. Se trataba de un modo de facilitar la capacitación pero, en poco tiempo, se convirtió en un elemento de resistencia entre los directores de hospitales que notaban la ausencia de enfermeras en sus salas. Si bien las autoridades municipales no fueron especialmente exigentes con el personal para que cumpliera con los cursos de instrucción que la EEEYM dictaba, su existencia significó una presión para quienes trabajaban en los hospitales pero carecían de formación y calificación comprobable y aspiraban a puestos

mejor posicionados y estables.

Por otro lado, la escuela municipal no logró modificar su dinámica inicial y fue una iniciativa aislada y atada a cierto grado de voluntarismo de su directora que daba las clases personalmente, en muchos casos en horarios extremos para alterar lo menos posible el funcionamiento de los hospitales. Esa dinámica que se generó no conformó a Grierson (1907), a su escuela no siempre se incorporaba el perfil de mujeres que ella esperaba y se encontraba con limitaciones para seleccionar a sus estudiantes y hacer de la enfermería una tarea de prestigio. Un modo de subsanar esta situación fue seleccionar a las mejores alumnas y con ellas organizar la Asociación de Enfermas y Masajistas con el objetivo de reclutar un grupo selecto de profesionales que luego fuera capaz de formar a nuevas enfermeras y lograra el perfil que la profesión ameritaba. A la Asociación se anexó el Servicio de Enfermeras, que contó con el reconocimiento de la Asistencia Pública hasta 1898, y funcionó como agencia de colocación de empleo. El núcleo más idóneo y autónomo de *nurses*, término que refería exclusivamente a las enfermeras de sexo femenino, se ubicó allí dando lugar a un modesto mercado de profesionales que compitió con las graduadas de la EEEYM. En algunos casos fueron los hospitales los que demandaron al Servicio de Enfermeras porque no poseían personal idóneo y suficiente pero, también, lo hicieron pequeñas clínicas y consultorios y familias que podían costear el servicio de una experta.

La propia Grierson (1907, p. 42) reconoció años más tarde y muy cerca de su retiro en 1912 que había logrado apenas vigilar un sistema que funcionaba a los “cuatro vientos y a merced de la voluntad de las personas que colaboraban”. En definitiva, consideraba pendiente la formación de “verdaderas escuelas de enfermería” y aspiraba a alcanzar para todo el país, o al menos para las ciudades más populosas, un sistema de enseñanza como el que había conocido en Gran Bretaña y que suponía cumplir con las ideas de Florence Nightingale, a quien reconoció como la creadora de la enfermería moderna y profesional ejercida por mujeres. De allí que propuso la aplicación del modelo de Nightingale entre sus pares en diferentes ocasiones. Es decir, feminizar la enfermería con una selección estricta de sus aspirantes; disponer de unidades escuela en hospitales donde las alumnas estudiaran, hicieran sus prácticas y gozaran de un sistema de internado y, especialmente, que las escuelas estuvieran dirigidas por *matrons* o enfermeras superiores con independencia de la

dirección del hospital. En suma, escuelas dirigidas por enfermeras, con sistema de internado y con práctica en hospitales destinado a formar profesionales mujeres para el servicio de la ciudad y para el público.

Las *matrons* podían garantizar una adecuada selección de alumnas entre las jóvenes “más aptas” y tendrían plena autonomía respecto de las autoridades médicas de los hospitales. Cualquier requisitoria de pacientes o de médicos sobre sus discípulas quedaba bajo la incumbencia de la directora quien ejercería la jerarquía de un modo inspirado en el orden militar (Grierson, 1901, p. 41).

Grierson había observado en funcionamiento este tipo de escuelas en Londres, las consideraba extendidas en Norteamérica y se las adjudicaba directamente a la iniciativa de Florence Nightingale a quien consideraba par y con quien se identificaba por su altruismo, empeño y capacidad en la transformación de la educación. La enfermera inglesa, creadora de la instrucción de la enfermería moderna, era un modelo que se adecuaba bien a la idea de altruismo, educación y trabajo femenino que Grierson promovía.

Para resaltar la inflexión que Nightingale significaba en la historia, su difusora en Buenos Aires la comparó con las imágenes de las enfermeras de la era preindustrial que Charles Dickens describió en algunas de sus sagas como ignorantes, groseras y sin noción alguna de higiene. Nightingale era la figura contrapuesta, moderna y asociada a una profesión noble, sólida en términos técnicos, muy bien remunerada y reconocida por las otras profesiones médicas y por el Estado británico. El reconocimiento de la enfermería como un destreza específica, autorizada y reconocida mediante un registro estatal y bien pago era considerado fundamental. En consecuencia, Grierson (1907, p. 46) esperaba que las autoridades de la Nación y de los países de Suramérica lo advirtieran y se definieran por una profunda reforma de la enfermería.

Los deseos de Grierson no se cumplieron de inmediato. Sin embargo, en las décadas siguientes se producirían cambios notables. Tal vez el más relevante fue la feminización casi completa de la profesión y la asociación definitiva entre mujeres y enfermería a partir de 1912, justo cuando la pionera argentina se retiraba de la dirección de su obra. Sus ideas acerca de la enseñanza –en realidad la propalación del sistema que había observado en Londres– tuvieron alguna continuidad aunque con un sentido diferente al original. En las décadas siguientes el modelo de Florence Nightingale será releído y redefinido no tanto

como el modelo de profesión moderna, sino como un paradigma ético, moral y de comportamiento capaz de atraer jóvenes probas y decentes a una actividad que no lograba obtener amplio interés entre las mujeres que pretendía convocar.

Las relectura de Florence Nightingale en los manuales de enfermería y en los reglamentos de las escuelas centraron en la vocación, la obediencia y la abnegación, las condiciones imprescindibles para ser *nurse*. Estas fueron expresiones que dieron tono al discurso sobre la profesión entre las décadas de 1920 y 1940. Se tomó del modelo británico la imagen de su creadora y las revistas y manuales afirmaban que a las escuelas de *nurses* y a sus alumnas les correspondía “crear una legión que logre emular a la mujer de la lámpara”. A la joven inglesa se le adjudicó lograr el justo equilibrio entre la “ciencia y la bondad”, síntesis perfecta entre los conocimientos adquiridos y las condiciones morales y espirituales que harían de la enfermería la más noble de las tareas por su capacidad de entrega al prójimo (Méndez, 1938).

Las escuelas porteñas escribieron una historia de la enfermería en la cual ubicaron a Florence Nightingale como protagonista absoluta y universal (Navarro Malbrán, 1936; Anchutz, 1940; Lawes, 1941). Su despertar vocacional habría surgido frente al descubrimiento del dolor ajeno en la guerra de Crimea durante el siglo XIX. Esta experiencia la habría impulsado a optar por el sacrificio personal. Criada en una distinguida familia abandonó las comodidades y dedicó su vida al cuidado de los enfermos y lisiados víctimas de la guerra. Florence recorrió los hospitales de los principales países de Europa donde estudió y se perfeccionó hasta que finalmente se instaló en Londres y creó el servicio y la escuela de enfermeras del Hospital Saint Thomas. Su vida se convirtió en punto de inflexión en la historia de la profesión, pues simbolizó el agotamiento del cuidado improvisado de los enfermos a cargo de mujeres sin formación y el inicio de una tarea con criterios fundamentados en la ciencia a cargo de profesionales diplomadas. Se ensalzó de esta figura su sensibilidad y abnegación, no solo por su capacidad de renunciar a una vida sin sobresaltos, sino, por su entrega a la labor en favor de los convalecientes y los enfermos día y noche. De allí su apodo “la mujer de la lámpara” elemento que Florence utilizaba en la oscuridad de la noche para cuidar a los heridos, y acompañar a los moribundos, para mirar a los ojos a los enfermos, ver el sufrimiento ajeno y sentirlo propio.

La formulación local del modelo Nightingale respetó varias de sus consignas. Insistió en el

sistema de internado por el fundamento educativo porque así podía vigilarse la conducta y la moral de las alumnas y hacía más fácil contribuir en su orientación moral. Las jóvenes debían permanecer durante al menos 11 meses del año en la escuela a fin de educarlas en todos los aspectos. Se consideró que esto favorecería la tarea de disciplinar a las estudiantes y permitiría que los hospitales contaran con mano de obra barata a través de las enfermeras en formación. En Buenos Aires y en las principales ciudades del país, avanzada la década del treinta el sistema de internado no se había extendido pero existía un mecanismo compensatorio, la “sala escuela”, que funcionaba como recurso didáctico para las estudiantes y aliviaba la economía de las instituciones.

Existía consenso entre las instituciones que afirmaban que cada escuela de enfermeras debía tener un hospital para sus prácticas y funcionar en él por medio de Salas Escuela de diferentes especialidades. Esto traía la ventaja de la economía del personal rentado y de una práctica intensiva de parte de la alumna. El concepto “moderno de escuelas de Enfermeras sostiene que el Hospital está al servicio de la alumna y la alumna al servicio del hospital” (Ramos Mejía, 1942, p. 18).

El interés económico no era el único fundamento del sistema de internado y del hospital escuela pues las diferentes versiones lo consideraron favorable para crear un ambiente propicio capaz de dar lugar a una personalidad medida, recatada, discreta y obediente a la futura enfermera. Allí se modulaba “el espíritu, la moral y los ideales de estas mujeres cuya función ha de ser tan útil a la sociedad” (Roffo, 1942, p. 6). Además, eran un modo para que las aspirantes estuvieran “bajo la constante vigilancia de la autoridad encargada” (Rodríguez Torre de Noceti, 1942, p. 112).

El internado era la manera de recrear un ambiente de dedicación y concentración para las estudiantes pero, a la vez, era el mejor modo de moralizar e inculcar valores que se consideraban poco desarrollados entre las mujeres que aspiraban a ser enfermeras y transmitir un sistema de jerarquías. Los hogares escuelas favorecerían el desarrollo de conductas apropiadas y correspondientes con la higiene física y mental de las alumnas, así como moldearían con rigor disciplinar la personalidad obediente que exigía la vida de la enfermera. Por otro lado, facilitaba a las regentes y directoras de escuelas la evaluación de “capacidades” como la “serenidad”, la “ternura” y la “obediencia”.

Durante mucho tiempo, la educación de las *nurses* abrevó en este modelo de sacrificio,

feminidad y conocimiento, que se vio plasmado en los reglamentos internos de las escuelas y en los manuales de estudio. Una suerte de código ético de la enfermería tomó como ejemplo a la “mujer de la lámpara” y se extendió durante gran parte del siglo XX ofreciendo un modelo estable y perdurable que sería capaz de sobrevivir a las modificaciones sufridas en la educación de las *nurses* y en el sistema sanitario en su conjunto.

3. Escuelas de enfermería

La feminización de la matrícula de la EEEYM, en 1912, por disposición del estado porteño traccionó la feminización casi completa de la enfermería. La mayoría de las escuelas creadas luego fueron exclusivamente de mujeres. Así, mujeres y enfermería resultaron asociadas por décadas.

Con esta condición y característica se crearon nuevas escuelas en la ciudad de Buenos Aires y en otras áreas del país. La complejización del sistema sanitario hizo cada vez más visible el problema de la capacitación profesional en enfermería y el reducido número de *nurses* diplomadas disponibles en el país. A partir de la década del treinta las preocupaciones en este orden fueron más notorias en ciudades como Buenos Aires y Rosario. En el primer caso el problema de la calificación de las enfermeras y sus condiciones de trabajo ingresaron a la discusión general de la crisis en el sector sanitario que llegó al Concejo Deliberante de la ciudad de Buenos Aires en diferentes oportunidades. En el segundo caso, tuvo por resultado la creación de una escuela universitaria de Enfermería en la Universidad del Litoral de la mano de la Fundación Rockefeller, la primera en este tipo en la Argentina.

Además de la EEEYM y la del Hospital Británico durante el primer tercio del siglo XX se crearon nuevas escuelas. La Escuela de la Orden de Conservación de la Fe (1914), la dependiente del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad de Buenos Aires (1923), la Escuela de la Standard Oil (1937) en Tartagal, provincia de Salta y la de efímera existencia perteneciente a la Universidad Nacional del Litoral en la Ciudad de Rosario (1939) (Molina, 1973, pp. 119-127). Algunas instituciones optaron por dictar cursos de capacitación para las trabajadoras de sus establecimientos sin crear escuelas de enfermería. Así lo hicieron el Hospital Italiano desde 1903, la Sociedad de Beneficencia desde 1931 en el Hospital Rivadavia y la Cruz Roja para su servicio de enfermería domiciliaria.

La EEEYM funcionó en varios lugares, en locales de la Asistencia Pública y en el Hospital Salaberry hasta que, en 1930, fue trasladada al Hospital Parmenio Piñeiro, sitio donde se mantuvo hasta diciembre de 1944 cuando se le dio traslado al Hospital Fernández. Allí funcionó como Escuela municipal de enfermeras “Cecilia Grierson”, nombre que adquirió en homenaje a su fundadora en 1935 y hasta 1967 (Molina, 1973). La Escuela de la Conservación de la Fe, la única confesional en la ciudad de Buenos Aires, desde su creación hasta 1921 fue reconocida por la Asistencia Pública de la Capital y por el Departamento Nacional de Higiene. Tuvo en sus primeros años un elevado número de graduadas, la mayoría eran religiosas que para mantener sus puestos en los hospitales de la ciudad consideraron conveniente obtener algún tipo de certificación. Poco a poco, el municipio porteño elevaba los niveles de exigencia sobre el personal auxiliar en sus hospitales e intentaba que todas las enfermeras fueran diplomadas. Para mantener esa condición, cada año las graduadas de la Escuela de la Conservación de la Fe debían aprobar un examen en la Escuela Municipal “Cecilia Grierson”. Pero la descoordinación entre las diferentes jurisdicciones llevó a confusiones. Las autoridades municipales modificaron en 1921 la condición de la escuela aludiendo que los cursos eran muy cortos, solo 9 meses frente a los dos años que la escuela municipal exigía. De todos modos, los hospitales porteños siguieron empleando enfermeras de esa escuela amparados en que el Departamento Nacional de Higiene mantenía el reconocimiento de los títulos otorgados por la institución (Rodríguez Torre Noceti, 1939).

En la Cruz Roja también se crearon escuelas, desde 1920, para mujeres y, desde 1924, para varones; pero en 1928 los cursos de enfermería comenzaron a denominarse cursos de “Samaritanas”. Este no fue simplemente un cambio de denominación, la Cruz Roja no pretendía formar enfermeras, sino impartir conocimientos a damas y a jóvenes para proporcionar primeros auxilios y cuidados especiales a niños y enfermos, pero de ningún modo consideraba que este tipo de formación fuera equiparable al de las enfermeras (Howard, 1935, p. 150). Las samaritanas eran personas con un año de instrucción, capacitadas para colaborar en hospitales y en situaciones de socorro toda vez que la Cruz Roja las convocara. Sin embargo, a lo largo de las décadas del treinta y del cuarenta, muchas samaritanas se incorporaron como enfermeras en hospitales y sanatorios a pesar de no estar diplomadas como tales (Manzanilla, 1950). Al igual que en el confuso caso de las

graduadas de la Escuela de la Conservación de la Fe, situaciones ambiguas y donde el Estado no lograba fijar una regla clara se extendieron a lo largo del tiempo. Una variante particular de institución fue la Escuela de Nurses del Hospital Campamento Central de la Standard Oil en Tartagal. En el campamento petrolero se instaló un hospital de campaña para atender a los trabajadores de la compañía y a sus familias. La imposibilidad de reclutar enfermeras en las ciudades cercanas se resolvió creando una escuela de *nurses* dependiente del hospital. La Standard Oil convocó primero a *nurses* norteamericanas para organizar la enseñanza. Del primer curso se graduó Celestina Aponte Rioja quien, más tarde y durante al menos una década dirigió la escuela y fue financiada por la compañía petrolera para completar sus estudios en Estados Unidos (AJN, 1948: 548). En la Provincia de Santa Fe comenzó a funcionar en junio de 1940 la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital del Centenario perteneciente a la Universidad del Litoral. Fue creada por decisión del rectorado de esa universidad el año anterior y para darle curso se contrató especialmente a una enfermera norteamericana, Jean Martin White. La iniciativa contó con la promoción del Estado provincial y con el financiamiento de la Fundación Rockefeller (FR) que como procedía en otros países de la región, como Chile y Brasil, auspiciaba y sostenía económicamente este tipo de acciones y campañas sanitarias (Castro Santos y Faria, 2010). Estas iniciativas patrocinadas por la FR en la Argentina se habrían restringido a estudios en el área de la fisiología y a la escuela mencionada (*The Rockefeller Foundation*, 1941 y 1943).

No ha sido suficientemente estudiada la influencia de la Fundación Rockefeller en lo relativo a la enseñanza de la enfermería profesional en la Argentina y en una aproximación exploratoria sobre el asunto. La Escuela del Hospital del Centenario parece haber sido la única con este tipo de apoyo durante el período que aquí se analiza. Por lo tanto, es difícil medir el impacto que ha tenido la experiencia en cuestión sobre la enseñanza en general de la educación de las enfermeras. Sin embargo, como se verá más adelante, la crónica de la directora de la escuela coincide con versiones locales sobre la situación del gremio de la enfermería y con la necesidad de hacer cambios radicales en su enseñanza.

La experiencia santafesina gozó de una coyuntura particular. La provincia creaba el primer Ministerio de Salud Pública del país, buscaba modos de calificar profesiones como la enfermería e intentaba dar a la provincia un organigrama claro y coordinado para la

atención sanitaria. El ministerio provincial se adelantaba a lo que luego sucedería a nivel nacional durante el gobierno peronista. Sin embargo, la primera escuela universitaria terminó abruptamente en 1943 en el contexto de una crisis política y de un forzado cambio de gobierno.

La posibilidad de que las enfermeras se formaran en instituciones universitarias no era nueva. En 1928 la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires propuso la creación de una Escuela de *nurses* gratuita que tuviera sede en el Hospital de Clínicas. El proyecto nunca no se concretó, sin embargo la misma facultad, frente a la imposibilidad de establecer la escuela proyectada, implementó cursos de enfermería para las que ya ejercían en el Hospital de Clínicas (Universidad del Museo Social, 1941 y Universidad de Buenos Aires, 1928). Finalmente, la carrera universitaria de enfermería de la UBA recién fue creada en el año 1967.

La calificación de las trabajadoras en enfermería era un tema recurrente y cada vez más inquietante entre quienes dirigían escuelas y administraban hospitales. Las escuelas existentes no siempre lograban satisfacer las necesidades de la red de atención sanitaria. La opción a la que se apeló con frecuencia en los hospitales fue instruir y capacitar al personal contratado pues la mayoría no estaba diplomado. Por otro lado, las enfermeras diplomadas muchas veces no satisfacían las exigencias de un trabajo demandante y cada vez más complejo.

4. ¿Enfermeras diplomadas o “empíricas”?

El desarrollo de la enfermería en la Argentina se presentaba lento y dificultoso. Así lo expresaba Bertha Pullen, *nurse* de origen norteamericano y directora hasta 1938 de la Escuela de enfermeras Anne Nery, de la Universidad Federal de Río de Janeiro. Pullen visitó Buenos Aires al terminar sus tareas en Brasil, fue la última directora norteamericana de la escuela brasileña luego de una larga lista de colegas que ocuparon ese cargo. Todas ellas habían acudido por requerimiento de las autoridades sanitarias y con el fin de dejar sentadas las bases de la enfermería profesional en ese país.

Pullen (1940, pp. 47-48) publicó un panorama de la enfermería argentina en *The American Journal Nursing*. En su opinión la situación de la enfermería no era otra cosa que el reflejo de una sociedad con enormes diferencias sociales y con problemas de orden económico y

educacional. Observó que las mujeres en la Argentina, como en otros países de América del sur, tenían “escasas oportunidades de educarse y carecían de derechos políticos”. Para la mayoría “su carrera estaba restringida a la maternidad y al matrimonio”.

La visitante recorrió las principales escuelas porteñas: la municipal dependiente de la Asistencia Pública, la dependiente del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad de Buenos Aires y la perteneciente a la Sociedad de la Conservación de la Fe. También tomó contacto con la organización del cuerpo de enfermeras del Hospital Rivadavia bajo la tutela de la Sociedad de Beneficencia y con los cursos impartidos en las escuelas de la Cruz Roja. Luego de conocer los diferentes centros de formación, señaló sorprendida los laxos criterios de ingreso –apenas instrucción primaria–, los magros salarios que la *nurses* graduadas percibían, la débil coordinación entre instituciones y la ausencia de legislación sobre las escuelas de enfermería y sobre la ocupación en general (Pullen, 1940, p. 51).

Jane Martin White (1941, p. 660), la regente de la Escuela de Enfermeras de la Universidad Nacional del Litoral (UNL), coincidió con Pullen en señalar el estado de atraso en el que se encontraba la enfermería en el país. En un tono irónico, afirmaba que “cualquier *nurse* que superase los 60 años de edad debería sentirse muy a gusto” en el edificio de la escuela por ella dirigida. También se expresó alarmada porque personas dedicadas a la limpieza, *orderlies* o *maids*, podían ejercer cuidados sobre los enfermos. “Cualquiera era llamado enfermero o enfermera”, concluía. White coincidía, más de 30 años después, con las observaciones que Grierson (1910, p. 532) había realizado sobre las mujeres empleadas por los hospitales porteños en 1910. Eran “llamadas erróneamente enfermeras, siendo en realidad solo sirvientas de hospital por las funciones que desempeñaban y por su falta de preparación”.

Las expertas extranjeras fueron especialmente críticas acerca del conocimiento de las enfermeras y de la instrucción que estas recibían. Afirmaron que su entrenamiento necesitaba un “dramático ajuste y modificación de sus programas” y “un salto de 50 años hacia delante”. La enfermería en la Argentina se encontraba en condiciones similares a la de sus pares británicas y norteamericanas antes de la segunda mitad del siglo XIX (Pullen, 1940, p. 49).

Según Jean White y Bertha Pullen la presencia de personal empírico era contradictoria con

el nivel de modernización que la profesión había adquirido en otras partes del mundo. La idea de modernidad estaba asociada a la división del trabajo y la especialización laboral. Varios años antes de las observaciones de la enfermeras visitantes, Grierson (1907, p. 1) había afirmado que “La formación de cuerpos auxiliares de la medicina, se ha ido produciendo, por la necesidad de la división del trabajo que exige nuestra civilización moderna”. En el caso de las tareas médicas, afirmaba que “la división del trabajo permite la profundización de la ciencia, la especialización de cada uno y la ejecución más perfecta de cada sección del arte médico”.

Uno de los rasgos principales y nocivos de la ocupación y de la falta de modernización era la convivencia entre las enfermeras diplomadas y “empíricas”. La presencia de enfermeras sin titulación era una de las cuestiones que más inquietaba a quienes promovían hacer de la enfermería una tarea jerarquizada y calificada. Pullen (1940, p. 51) había comprobado que el salario de las diplomadas no era más elevado que el de las que no lo eran y por lo tanto constituían una competencia desalentadora para quienes habían obtenido titulación y para quienes quisieran hacerlo. Además, agregaba, las empíricas usualmente aceptaban condiciones de trabajo mucho más desfavorables que sus colegas diplomadas, sobretodo en el ámbito privado en el cual trabajan un número muy elevado de horas. Evidentemente, las posibilidades de emplearse en los hospitales porteños no dependían de la titulación de las postulantes.

Una de las mayores preocupaciones para las enfermeras norteamericanas que tomaron contacto con la situación de sus pares en la Argentina era que no había en el ámbito local “verdaderas enfermeras”, calificadas e instruidas correctamente de modo tal que resultasen capaces de enseñar la profesión a las novatas. Así es que Pullen (1940, p. 51) destacó la tarea de Annie Maud Williams como regente de la Escuela de Enfermeras del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad de Buenos Aires desde 1923. Era inglesa y fue convocada por el doctor Ángel Raffo especialmente para dirigir la institución y se desempeñó en la actividad profesional hasta avanzada la década del cuarenta. Una enfermera como Williams, según la visitante, le permitía a la entidad mantenerse al tanto de los avances de la profesión. De todos modos, el mayor de los reconocimientos lo guardaba para Cecilia Grierson, de quien rescató el perfil profesional que eligió para su escuela y para el porvenir de la actividad. Aun así afirmó que los sueños de Grierson no se habían

cumplido. Entre sus aspiraciones estaba la de alcanzar la situación de la enfermería inglesa y norteamericana y lograr una capacitación de alta calificación. Esto implicaba que las escuelas impusieran requisitos de ingreso más exigentes, ya que hasta el momento se admitía a mujeres con poca instrucción previa, y que elevaran la cantidad de años de estudios de las escuelas. La Argentina debía recuperar la iniciativa de Grierson, pues allí estaba el origen de la enfermería profesional. La práctica en los hospitales, la enseñanza a cargo de *nurses* diplomadas y la capacitación técnica eran sinónimos de modernización profesional.

Dos observaciones finales de Pullen señalaron problemas vigentes que afectaron a la enfermería y a la organización sanitaria. En primer lugar, la ausencia de legislación sobre el ejercicio y el funcionamiento de las escuelas de enfermeras. El caso paradigmático, sin duda, era el de la Escuela de Conservación de la Fe que en 1921 perdió la homologación de la Asistencia Pública por no cumplir con las exigencias de extender el tiempo de dictado de los cursos y con los “principios de la organización de Florence Nightingale” (Torre Noceti, 1939, p. 11). Sin embargo, al año siguiente, las autoridades de la institución sancionada obtuvieron el reconocimiento del Departamento Nacional de Higiene y sus enfermeras pudieron continuar ejerciendo, incluso en la ciudad de Buenos Aires.

En segundo lugar y asociado con lo anterior, Pullen señaló la falta de comunicación y de coordinación entre distintas escuelas de enfermería. Los conocimientos impartidos y las prácticas enseñadas en las diferentes instituciones de capacitación no contaban con instancias que les permitieran algún tipo de unificación de los criterios con los cuales se desarrollaba la instrucción de las enfermeras. En ese sentido, Pullen (1940, pp. 51-52) advirtió, con cierta anticipación, un problema que afectaría luego a la actividad de las enfermeras: la descoordinación con la cual las escuelas se manejaban. Esta situación hacía posible que cada una de ellas, sobre todo aquellas ligadas a los hospitales, se dedicasen en “exceso” y casi exclusivamente a resolver las necesidades particulares de la propia institución y perdieran de vista el horizonte y los objetivos más amplios de la “labor social” de las enfermeras.

5. Regulación, coordinación y unificación de la profesión

Junto con el problema de falta de comunicación y coordinación entre las escuelas de

enfermería existentes, el problema más importante que las autoridades locales advirtieron fue el reducido número de enfermeras calificadas y diplomadas en los hospitales. Un ejemplo contundente de esta situación se explicitó en un informe técnico elevado a la intendencia de la Ciudad de Buenos, el departamento con más escuelas de enfermeras del país. Entre diciembre de 1935 y junio de 1936, por pedido del poder ejecutivo de la ciudad, se realizaron una serie de evaluaciones a las enfermeras de los hospitales porteños. El resultado fue contundente en términos cuantitativos y cualitativos. El 24% de las enfermeras en ejercicio no fueron evaluadas, ya que lograron demostrar su formación de enfermeras diplomadas. En cambio, el 76% estaba compuesto por trabajadoras sin titulación que ejercían la profesión en los 25 establecimientos de salud porteños (Ciudad de Buenos Aires, 1936, pp. 643-644).

El informe agregaba que las pruebas tomadas fueron superficiales ya que “A poco de iniciados los exámenes fue evidente que, salvo algunos casos de excepción, si este hubiera sido ajustado al programa preparado, por cierto simple, el resultado hubiera sido desastroso” (Ciudad de Buenos Aires, 1936, p. 642). Esto inclinó a la mesa examinadora a evaluar los conocimientos exigidos por la práctica cotidiana y ningún otro que pudiera comprometer los conocimientos generales de las enfermeras.

Gracias a las evaluaciones realizadas en 1935 el ejecutivo municipal conoció con más profundidad la situación del personal de enfermería con el que contaba la ciudad. Los resultados de los exámenes dejaron claro que una cantidad importante de sus enfermeras no había recibido instrucción y los datos que cada año le aportaba la Escuela Municipal no permitían especular con una rápida modificación de la cuestión. La ciudad desde hacía algunos años se enfrentaba a un problema de difícil resolución: eran pocas las mujeres que elegían la enfermería como carrera profesional y por tanto no ingresaban a las escuelas o abandonaban sus estudios antes de graduarse.

En el mismo año que el municipio realizó la evaluación sobre el personal de sus hospitales la Escuela “Cecilia Grierson” modificó los requisitos de ingreso elevando el límite de edad para las aspirantes con el objetivo elevar la matrícula, pero esto no fue suficiente para que aumentara el número de interesadas. Los datos de graduación de la escuela de la Conservación de la Fe y la municipal “Cecilia Grierson”, instituciones que proveyeron de

nurses a los hospitales porteños, tenían promedios de graduación que no satisfacían las necesidades de la ciudad (Ciudad de Buenos Aires, 1936, pp. 640-647; Torre de Noceti, 1939). Dada esta situación, la permanencia de enfermeras empíricas en los hospitales se mantenía o incluso corría riesgo de crecer porque la propia ciudad las contrataba.

La situación de la calificación y escasez de enfermeras comenzó a ser cuestionada en el interior de las instituciones de formación de *nurses*. Señales efectivas de ello surgieron a principios de la década de 1940 para tomar fuerza definitiva, como veremos en el siguiente capítulo, algunos años después con la renovación de la gestión en salud iniciada por el peronismo. Durante el Primer Congreso Panamericano de Enfermería, celebrado en la ciudad de Santiago de Chile en 1942, se dieron cita varias directoras de escuelas de enfermeras argentinas. Estuvieron presentes la regente de la escuela Municipal “Cecilia Grierson”, su par de la Escuela de la Orden de la Conservación de la Fe y el director y la regente de la Escuela del Instituto de Medicina Experimental de la Universidad de Buenos Aires. Allí se hicieron públicos los consensos que hasta entonces no habían logrado convertirse en formulaciones expresas ni en posiciones propositivas de lo que se pretendía de las escuelas de *nurses* y de sus graduadas.

Las ideas de coordinación y de unidad de criterio en la formación de las enfermeras y de su rol en el sistema sanitario formaron parte de las comunicaciones de las escuelas argentinas. Pero la que logró desarrollar y proponer un modelo de organización para todas las escuelas del país fue María Elena Ramos Mejía, regente durante la década de 1940 de la Escuela Municipal “Cecilia Grierson”. El plan tenía varios puntos en común con el vigente en la escuela por ella dirigida, en particular lo relacionado con la organización y dirección de las escuelas, y seguía muchas de las recomendaciones elaboradas por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en 1936 y publicadas en 1940 en la Argentina (Cruz Roja Argentina, 1940).

Ramos Mejía adelantó en el *Primer Congreso Panamericano de Enfermería* el proyecto que presentaría más tarde, en 1947, cuando se incorporó a las actividades de la Comisión de Cultura Sanitaria creada por la inaugural gestión en salud dirigida por Ramón Carrillo a través de la Secretaria de Salud Pública. En la segunda oportunidad denominó al proyecto “Plan de Unificación de todas las Escuelas de Enfermería” y se insertó como una parte sustancial del informe de la comisión con el objetivo de ofrecer una guía para la

homogeneización de todas las escuelas del país.

Lo sugerido en 1942 para la ciudad de Buenos Aires y lo planificado para todo el país en 1947 fue muy similar. Una lectura comparada señala coincidencias fundamentales. En ambos casos los objetivos eran coordinar y homogeneizar la organización de las escuelas de enfermeras y modificar los planes de estudio vigentes. Los cambios propuestos expresaban el agotamiento de un modelo que se caracterizaba por una formación elemental y que ya no respondía a las necesidades sanitarias. Además, las propuestas de reforma pusieron en cuestión el rol pasivo de las autoridades en la coordinación y control de la formación de las enfermeras.

La primera disposición común entre los proyectos de 1942 y 1947 afirmó la necesidad de unificar el tiempo de los cursos de enfermeras a tres años de duración, divididos todos en una parte práctica y otra teórica con una carga horaria equivalente. En el mismo sentido propuso requisitos de ingreso similares en todas las escuelas. Las aspirantes debían tener excelente estado de salud y condiciones físicas inmejorables que implicaban determinado peso y altura. Para comprobar estos atributos se les practicarían exámenes y pruebas de agilidad. Se recomendaba que tuvieran educación previa, en lo posible estudios secundarios completos. En caso contrario se tomarían exámenes de ingreso para comprobar el nivel de lectura, escritura y conocimientos sobre matemáticas. Se sugería una etapa de selección, momento en el cual la directora de la escuela debería prestar especial atención al carácter de la aspirante a fin de averiguar si se adaptaría a las exigencias que una *nurse* debía cumplir. Cuando resultara necesario, una visitadora social se ocuparía de conocer a la familia de la aspirante con el fin de tener una noción más clara del ambiente que la rodeaba. Se imponía como requisito de ingreso tener entre 20 y 35 años, no podían ser mujeres casadas y, en el caso de ser viudas, eran aceptadas pero se prefería que no tuvieran hijos. Elena Ramos Mejía aspiraba a que las enfermeras fueran mujeres jóvenes sin ningún tipo de preocupación ni responsabilidad familiar, mujeres de clases acomodadas, capaces de dedicar parte de su vida a una actividad considerada altruista como la enfermería.

Otra disposición idéntica entre los proyectos de 1942 y 1947 se refirió a la organización de las escuelas. Se indicó la utilidad del sistema de hogar escuela, en lo posible en el hospital, y de la dirección de las instituciones a cargo de enfermeras. Esta modalidad facilitaría las horas de práctica en los hospitales y haría posible que las jóvenes sin recursos económicos

tuvieran menos dificultades para estudiar. En todos los casos las escuelas estarían dirigidas por enfermeras diplomadas que ejercerían el rol de jefas e instructoras en las salas de hospital y en las aulas. Además, seleccionarían a las estudiantes y coordinarían junto a los médicos las tareas de práctica hospitalaria y los cursos teóricos.

El sistema de internado solo se había desarrollado en la Escuela del Instituto de Medicina Experimental. Sin embargo, todas las instituciones aspiraban a concretarlo. La escuela de la Obra de Conservación de la Fe edificaba sus primeras casas para el alojamiento de estudiantes en el partido de San Fernando, muy próximo a la Capital Federal y a la sede donde se impartían las clases teóricas en el barrio de Palermo. Todas las demás, sin tener en cuenta las dependientes de la Cruz Roja, disponían de salas escuela en hospitales, de becas para los mejores promedios y de un pequeño estipendio mensual para sus estudiantes que garantizara la disponibilidad de sus alumnas. Los planes de estudio pretendían la presencia de las alumnas a lo largo de todo el día, incluyendo guardias de 10 horas por las noches en hospitales.

Algunas de las propuestas de Ramos Mejía respetaban las recomendaciones de la CIE, afirmaban que las escuelas debían estar dirigidas por una directora-enfermera. Lo mismo debía ocurrir con el personal administrativo y técnico, este debía estar compuesto por enfermeras. Esto era fundamental para que la dirección de la escuela mantuviera el control sobre las horas de práctica en el hospital. Se recomendaba que allí se organizara un Comité Controlador compuesto por la directora de la escuela, el director del hospital, un jefe de sala de cirugía, un jefe de sala de clínica, un jefe de sala de maternidad, un jefe de sala de niños y un médico interno (Cruz Roja, 1940, pp. 52-55; Ramos Mejía, 1942, pp. 117-118, 1947, p. 2) Cada comité, una vez lograda la unificación de las escuelas, estaría integrado a una Comisión Nacional de Escuelas de Enfermeras organizada a modo de cuerpo colegiado y compuesta por las autoridades sanitarias del todo el país. Esto último nunca llegó a establecerse y en la práctica fueron las directoras e instructoras las que ejercieron dentro de los hospitales el rol de regentes y coordinadoras.

Los proyectos que se conocieron en la década de 1940 coincidieron en mantener la enseñanza en manos de enfermeras y preservaron una relación independiente respecto de otros miembros involucrados en la enseñanza. Si bien se recomendó que los conocimientos especializados fueran impartidos por médicos a instancias del correcto y ajustado

entrenamiento práctico de las futuras profesionales, el control cotidiano debía quedar en manos de las instructoras. Esto se repetía toda vez que se especulaba con la posibilidad de implementar el sistema de internado en el hospital, se destacaba que estos debían funcionar bajo la vigilancia de la directora de la escuela de enfermeras. Las internas debían contar con un edificio a una distancia prudente del principal, de modo tal que las alumnas pudieran desarrollar allí su vida fuera de las horas de trabajo. Pero en todo caso, este tipo de modalidad debía funcionar de manera independiente al resto de la administración hospitalaria (Cruz Roja, 1940; Rodríguez Torre de Noceti, 1942; Ramos Mejía, 1942; Oliveira y Colmenero, 1942; Bruno, 1942).

El discurso de los médicos involucrados en esta cuestión reconocía los conflictos latentes y de competencias que podían surgir en las labores cotidianas entre instructoras, enfermeras y médicos. Por ese motivo acordaron en promover la separación de las esferas de intervención. Ángel Roffo (1942, pp. 8-9), director del Instituto de Medicina Experimental, afirmó en varias oportunidades: “No hay que formar eruditas. Cuando la enfermera sabe más de lo que necesita, es un peligro, pues ya tiende a invadir el terreno del médico”. Al mismo tiempo señalaba que las enfermeras debían tener acotado su espacio en las salas, estas debían “aprender bien una sola cosa y es saber aplicar con exactitud las indicaciones del médico”. La fusión entre prácticas correctas y conocimientos técnicos fundamentados científicamente daría por resultado una enfermera que no obedeciera ciegamente. Por el contrario, sería una enfermera capaz de acatar órdenes con inteligencia y con la razón. La propuesta del sistema de práctica hospitalaria fue bien recibida por los médicos y por las autoridades hospitalarias. El funcionamiento dependía parcialmente del hospital pero redundaba en beneficios directos sobre la disponibilidad de personal para cuidar de los pacientes bajo la vigilancia y el control de enfermeras diplomadas. La posibilidad de disponer estudiantes sin mayor costo económico durante las 24 horas del día contó con el beneplácito de los administradores de hospitales privados y del Estado en su rol de administrador de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires.

Por su parte, las directoras de las escuelas porteñas custodiaban las prerrogativas que habían obtenido pero aspiraban a mayor autonomía y reconocimiento. Reclamaban que se ubicase a la profesión en un lugar destacado dentro de los oficios sanitarios y pretendían aumentar su capacidad dentro del sistema hospitalario y de sus escuelas manejando con

exclusividad el internado y participando de las decisiones dentro de los establecimientos mediante la supervisión de las alumnas. Una aspiración de la directoras y regentes era obtener servicios de enfermería dentro de los hospitales, estos serían espacios dirigidos por enfermeras desde los cuales podrían dedicarse al monitoreo de las alumnas sin la intervención médica y a través de ellos proyectaban la igualación con los otros servicios de especialidades médicas. El retraso en la modernización de la educación de las *nurses* les había, inesperadamente, otorgado una independencia dentro de sus escuelas que no estaban dispuestas a perder ni a delegar en los médicos. Por el contrario, aspiraban a colocar la actividad a la par de otras profesiones de prestigio.

La cuarta disposición de los proyectos de 1942 y 1947 se refería a los contenidos teóricos y técnicos a impartir por las escuelas a quienes desearan obtener el título de “enfermera diplomada”. A las asignaturas dictadas en ese momento se propuso agregar algunas y ampliar otras. Los contenidos ya conocidos se clasificaron en dos grandes órdenes. Por un lado, aquellos relativos a la higiene y al orden general dentro de las salas y habitaciones de hospital. Todo lo que más adelante se conocería como “arte de la enfermería”: correcto aseo de los cuartos, de la ropa de cama y de los utensilios que entraban en contacto con el paciente. Se pretendía que las enfermeras manejaran normas de higiene básicas capaces de garantizar la asepsia, solo así podrían realizar curaciones e intervenciones directas sobre los enfermos y heridos. Para que las futuras nurses adquirieran elementos teóricos indispensables para este tipo de actividad se planificaron en los nuevos programas cursos de Bacteriología y de Higiene General. Todo esto debía acompañarse con varias horas de dedicación a los ejercicios prácticos que avalaran correctos procedimientos.

Un segundo orden de conocimientos se relacionaba con la detección de las señales y signos de alarma que la enfermera debía reconocer, interpretar y observar en los pacientes a fin de anticipar complicaciones en el estado de los mismos y, de este modo, facilitar la tarea al médico. Un conjunto de conocimientos específicos de la clínica basados en conceptos de fisiología, anatomía, patología y sobre enfermedades infecciosas seguirían siendo impartidos como parte de las herramientas elementales sobre medicina curativa y preventiva para que las enfermeras pudieran reconocer los síntomas de las enfermedades y realizaran un correcto seguimiento de ellas. También se mantuvieron las materias que se referían a las especialidades médicas como ginecología, clínica médica y cirugía. A lo largo

de cada curso, las estudiantes realizarían una parte importante de ellos de modo práctico para desarrollar de manera correcta procedimientos de diferente nivel de complejidad en las distintas áreas del hospital, desde las salas de cirugía hasta las salas de cuidado generales. Las nuevas asignaturas que las propuestas de 1942 y 1947 tuvieron por objetivo atender fueron la salud mental de la población, la higiene pública, de los ámbitos laborales y del hogar. Incluso se incluyó la asignatura Legislación Laboral. Es decir, las incorporaciones fomentaban aspectos propios de la medicina preventiva y de la tarea social más allá de la tarea en el hospital. Para reforzar estos aspectos fue visto como oportuno que las estudiantes realizaran prácticas fuera del hospital, de este modo tomarían contacto real con las situaciones concretas que hacían peligrar la salud de la población y podrían comprometerse con tareas de orden social. Ya no se trataba de solucionar los problemas de la salud, como los programas anteriores perseguían, ahora la enfermera podía convertirse en un agente sanitario capaz de prevenir enfermedades y en una herramienta eficaz para propalar una cultura higiénica positiva y preventiva. (Tabla N°1)

Tabla N° 1. Tabla comparativa entre los proyectos de modificación de las currículas para la enseñanza de la enfermería en 1942 y 1947 y los contenidos dictados por la ESSP.

Materias propuestas para todas las escuelas porteñas, 1942	Materias propuestas por el Plan de unificación para todas las escuelas nacionales, 1947	Materias y cursos dictados por la ESSP
Anatomía y fisiología	Anatomía y fisiología	Anatomía y fisiología
Higiene	Higiene y ciencia sanitaria	Higiene
Bacteriología y esterilización	Bacteriología	Esterilización
Farmacología		Farmacología y Toxicología
Enfermería práctica	Técnica de los cuidados	Arte de enfermería
Clínica médica	Medicina general	Enfermería clínica
Clínica quirúrgica	Cirugía general y especial	Enfermería quirúrgica
Partos y ginecología	Obstetricia y ginecología	Ginecología/Enfermería obstétrica
Puericultura	Cuidado de los niños sanos y enfermos/ Higiene y alimentación de los niños	Puericultura
Infeciosas	Infeciosas	Infeciosas
Primeros Auxilios	Primeros Auxilios	
Laboratorio		
Patología	Patología	
Dietética	Dietética, nutrición y cocina	Dietética y arte culinario.
Física	Física	Física

Química	Química	Química Biológica
Historia de la enfermería	Historia de la profesión y de la moral profesional	Historia de la Enfermería
Higiene Mental y Psicología	Psicología e higiene mental	Psicología
	Psicología del niño y del obrero	Psicología
Introducción a la asistencia social	*****	
Taquigrafía y dactilografía	*****	
Salubridad pública y visitas a domicilio	Salubridad de la vivienda y del medio social	
Legislación Social	Legislación social	
Curso práctico en dispensario de Venéreas	Enfermedades venéreas	
Curso práctico en dispensario de Tuberculosis	Tuberculosis	
Visitas a fábricas	Enfermedades profesionales	
*****	Reumatismo y enfermedades cardiovasculares.	
*****	Educación Sanitaria	
*****	Terapéutica	
		Microbiología parasitaria
		Deontología
		Salud pública
		Especialidades en enfermería

Fuente: Elaboración Propia

Este nuevo sesgo que los planes de reforma poseyeron se fue asentando entre la primera versión de 1942 y la siguiente de 1947. En la segunda oportunidad María Elena Ramos Mejía (1942, p. 117) presentó su Plan de manera más desarrollada y propuso que quienes prefirieran realizar la especialización en enfermería en “salud pública” deberían agregar nueve meses más de estudios teóricos y 11 de prácticas a los tres años del programa. Era opcional y el objetivo era fomentar un perfil nuevo entre las enfermeras con ejercicio especializado en tareas de prevención dentro de dispensarios públicos, fábricas, talleres, escuelas y campañas vinculadas a la prevención y atención de la salud. En el cuarto año de estudios se incorporaban asignaturas como Educación sanitaria, Medicina preventiva, Higiene y Protección del niño, Enfermedades Venéreas, Enfermedades Profesionales y Legislación social. La autora del proyecto proponía unificar bajo la enfermería todas las acciones, dentro y fuera de los hospitales y dispensarios, que tendieran a tratar y mantener la salud de la población. Insistía en que de esta manera la enfermería se convertiría en una única profesión cuyas integrantes fueran capaces de ejercer como visitadoras de higiene, como enfermeras de hospital o como enfermeras de salud pública. Mientras la mayoría de

las escuelas promovían una educación destinada a cumplir funciones curativas dentro de los hospitales, la tendencia desde inicios de la década del cuarenta planteaba la necesidad la formación de enfermeras de salud pública como ya existían en otras partes del mundo tan cercanas como Chile y Brasil.

El criterio que se imponía en el pensamiento de María Elena Ramos Mejía ya no se ceñía a la idea de la enfermedad solo como un problema médico, ni en la medicina como una práctica exclusivamente curativa. La asistencia social y la sanidad se aproximaron en los años cuarenta y, en este contexto, el pensamiento médico y sanitario desde diferentes sectores se involucró en las discusiones sobre a la necesidad de unificar los servicios de asistencia médica y social y de contemplar la medicina como una práctica no solo curativa. Al referirse al rol de las enfermeras y su relación con el sistema de atención médico y social se pudieron escuchar versiones encontradas entre quienes afirmaban que era necesario el desarrollo de un sistema “médico-social” cuyos funcionarios e instituciones se unificaran en instituciones concretas, entre ellas las enfermeras y los servicios de enfermería (Lazarte, 1943) y las que afirmaron la necesidad de vincular la medicina con los problemas sociales, pero diferenciando competencias y funciones. En este caso se apelaba a distinguir las tareas de las visitadoras sociales, siempre acompañadas de un cuerpo de profesionales de diversas ramas de las ciencias sociales, pedagógicas y educacionales, de las realizadas por las enfermeras sanitarias o visitadoras de higiene. Estas últimas debían ser siempre colaboradoras del médico, ya sea en la escuela o en el hospital (Yrigoyen Freire, 1943). En el orden de la administración de los servicios de enfermería los proyectos de 1942 y 1947 propusieron una fórmula que articularía las diferentes partes involucradas. En sintonía con las preocupaciones sanitarias de la época, Elena Ramos Mejía, en sus dos proyectos propuso formar una Comisión Municipal o Nacional, según el caso, para coordinar las Escuelas de Enfermeras. Dicha entidad estaría constituida por las directoras de las escuelas, destacadas personalidades médicas, las principales autoridades de la administración de la salud (el director de la Asistencia Pública en 1942 y el Secretario de Salud en 1947), el decano de la Facultad de Ciencias Médicas, en caso que las escuelas pertenecieran a universidades. Todas las autoridades sanitarias, públicas y privadas, incluso las directoras de escuelas de enfermeras, formarían parte del organismo de control.

La complejidad de la coordinación entre hospitales, escuelas y autoridades agregaba un

grado de dificultad al diseño de un organismo de administración. En la versión de Ramos Mejía este sería autónomo y no dependería de ninguna autoridad y su funcionamiento sería colegiado. En este sentido, se repetía la misma dificultad que el sistema sanitario porteño había enfrentado a la hora de discutir sobre los posibles modos de coordinar la atención hospitalaria. El significado dado a la idea de coordinar no era claro a inicios de la década de 1940 pero si lo fue más adelante a nivel nacional cuando la tendencia en la administración fue centralizar normativamente los servicios de salud.

La última cuestión planteada por Ramos Mejía fue sobre la necesidad de obtener una Escuela de Enfermería Universitaria. Posibilidad sobre la que algunas veces se había especulado pero nunca había logrado concretarse. El Plan de Unificación y el proyecto de Elena Ramos Mejía de 1942, plantearon algunos cambios de fondo que no lograron incorporarse en el corto plazo. En ambos casos se sugirió la creación de escuelas universitarias de enfermería que exigieran los mismos requisitos que cualquier otra carrera universitaria. Y, además, insistieron en los beneficios de agregar a las escuelas un nuevo perfil capaz de convivir con el vigente, la “enfermera sanitarista”. Los proyectos de reforma aspiraban a una enfermería que, según afirmaban, era dominante en los países del mundo que habían desarrollado un sistema de Salud Pública con criterios preventivos y no solo curativos.

En 1947, Elena Ramos Mejía eligió iniciar su propuesta de “Plan de Unificación para todas las escuelas de enfermería del país” con la expresión de una colega francesa, *mademoiselle Chaptal*: “La profesión de la enfermera, como todo verdadero oficio, exige un aprendizaje auténtico. Cuando una profesión encierra al ejercerla un peligro cualquiera, debe ser reglamentada. Cuando por otra parte, es de utilidad pública, es necesario que el Estado intervenga y la ponga bajo su vigilancia”.

Ponía en claro que el compromiso del Estado debía llegar a todas las escuelas de enfermería, incluso a aquellas no dependientes directamente de él. Se trataba de una necesidad advertida desde hacía tiempo. Si bien lo desarrolló María Elena Ramos Mejía en 1942, había sido señalado por Pullen, en 1940 durante su visita a Buenos Aires, y algunas décadas antes por Cecilia Grierson. Con las diferencias de relieve de los momentos y coyunturas en los que cada una se expresó, las tres enfermeras advirtieron la urgencia de calificar la profesión y de que el Estado la reconozca y acredite.

Sobre el filo de la década del cuarenta la ausencia de legislación y la falta de coordinación entre escuelas tomaron relevancia entre las preocupaciones y demandas del sector. Las ideas de coordinación y planificación estaban en el vocabulario de quienes participaban de las cuestiones vinculadas con la administración sanitaria y con el ejercicio y enseñanza de la enfermería. Bajo esta premisa demorada en su ejecución pero adelantada en su formulación, la tarea de la administración sanitaria peronista, será, como veremos en el siguiente capítulo, centralizar y unificar la formación de las enfermeras.

Bibliografía

Anchutz, Gustavo (1940), *Primeros auxilios*, Buenos Aires, Imprenta López.

American Nurses Association (1948), "Pioneers in Argentina", *American Journal Nursing*, vol. 49, N° 9, New York, pp. 578-579.

Barrancos, Dora (2002), *Inclusión/exclusión. Historia con mujeres*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Castro Santos, Luiz Antonio y Lina Faria (2010), *Saude & Historia*, San Pablo, Hucitec.

Ciudad de Buenos Aires (1936), *Memoria del Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires*, t. II, Secretaría de Obras Públicas, Higiene y Seguridad.

Cobo, Rosa (1995), *Los fundamentos del patriarcado moderno. Jean Jacques Rousseau*, Madrid, Cátedra.

Comisión de Homenaje a la Memoria de la Doctora Cecilia Grierson (1937), *A la memoria de una argentina ilustre*, Buenos Aires, Imprenta López.

- Cruz Roja Argentina (1940), “Proposiciones relativas a la organización de una Escuela de Enfermería”, *Revista Oficial de la Cruz Roja Argentina*, año XVIII, N° 206, Buenos Aires, Cruz Roja Argentina, pp. 52-55.
- Grierson, Cecilia (1901), *Educación Técnica de la Mujer. Un informe presentado al Sr. Ministro de Instrucción Pública de la República Argentina*, Buenos Aires, Tipográfica de la Penitenciaría Nacional.
- (1902), *Instituciones de Enfermeras y Masagistas en Europa y Argentina*, Buenos Aires, Peuser.
- (1907), *Escuela de Enfermeras. Comunicación presentada al Tercer Congreso Médico Latinoamericano reunido en Montevideo del 17 al 24 de Marzo*, Buenos Aires, Agustín Etchepareborda.
- (1910), “Escuela de Enfermeros y masajistas de la Asistencia Pública de Buenos Aires”, en Penna, José y Horacio Madero, *La administración sanitaria y la asistencia pública de la Ciudad de Buenos Aires*, Buenos Aires, Imprenta Kraft.
- González Leandri, Ricardo (1999), *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Madrid, Biblioteca de la Historia de las Américas, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Hartmann, Heidi (1976), “Capitalism, Patriarch and Job Segregation by Sex”, *Signs* N° 3, vol. 1, University of Chicago Press, Chicago, pp. 137-169.
- Howard, Jorge W. (1935), “Las Samaritanas de la Cruz Roja”, en *Libro de la Cruz Roja*, Buenos Aires, Cruz Roja Argentina, p. 50.
- (1935), “La samaritana”, *III Conferencia Panamericana de la Cruz Roja*, Río de Janeiro, 15 a 26 de Septiembre, Buenos Aires, Cruz Roja Argentina.

Lawes, Trevor Frank (1941), *Historia de Nursing*, Buenos Aires.

Lazarte, Juan (1943), *Problemas de medicina Social*, Buenos Aires, Americalee.

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

Manzanilla, Miguel (1950), “Evolución de la Enfermería en la Cruz Roja Argentina”, *Revista de la Cruz Roja Argentina*, año XXVI, N° 319-321, enero-marzo, Buenos Aires, Cruz Roja Argentina, pp. 32-37.

Méndez, Eduardo (1938), “Ética y Orientación profesional de la enfermera”, *Revista de la Cruz Roja*, año XVI, N° 185-186, Buenos Aires, Cruz Roja Argentina, pp. 18 a 24.

.

Molina, Teresa (1973), *Historia de la enfermería*, Buenos Aires, Intermédica.

Mott, María Lucila (1999), “Reviendo la historia de enfermagem em Sao Paulo (1890-1920)”, *Cadernos Pagu*, vol. 13, San Pablo, Unicamp. Disponible en <http://www.ifch.unicamp.br/pagu/sites/www.ifch.unicamp.br.pagu/files/n13a11.pdf>. Consultado el 29 de septiembre de 2014.

— (2003), “Midwifery and the construction of an image nineteenth-century Brasil”, *Nurse History Review*, N° 11, New York, Springer Publishing Company, pp. 31-49.

Nari, Marcela (2004), *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*, Buenos Aires, Biblos.

Navarro Malbrán, Juan (1936), *Manual de primeros auxilios*, Buenos Aires, Imprenta López.

Ortiz, Teresa (2001), “El género, organizador de las profesiones sanitarias”, en Miqueo, Cosuelo; Concepción Tomás; Cruz Tejero y María José Barral, (eds); *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva, pp. 39-61.

Pullen, Bertha (1940), “Our South American Colleagues, Argentina”, *American Nurses Association, American Journal Nursing*, vol. 40, N° 1, enero, pp.47-51.

Ramos Mejía, María Elena (1942), “Organización de Escuelas de Enfermeras en la República Argentina”, Primer Congreso Panamericano de Enfermería, Universidad Nacional de Santiago de Chile.

— (1947), *Plan de unificación de todas las escuelas de enfermeras*, Buenos Aires, Comisión de Cultura Sanitaria (mimeo).

Rodríguez Torre Noceti, Alcira (1939), *Enfermeras Obra de la Conservación de la Fe. Bodas de Plata. Iniciación, fundación, inspección, organización, prosecución y evolución. 1914-1939*, Buenos Aires, Gaspar y Octorino.

— (1942), “Organización de escuelas”, Primer Congreso Panamericano de Enfermería, Universidad Nacional de Santiago de Chile.

Roffo, Ángel (1942), “La enfermera de Cancerología”, *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*, Universidad Nacional de Santiago de Chile, pp. 5-10.

The Rockefeller Foundation (1941), *Annual Report*. Disponible en <http://www.rockfound.org/>. Consultado en 13 de julio de 2007.

— (1943), *Annual Report*. Disponible en <<http://www.rockfound.org/>>. Consultado en 13 de julio de 2007.

Wainerman, Catalina H. y Rosa N. Geldstein (1992), “El nacimiento de una ocupación femenina: La enfermería de Buenos Aires”, *Desarrollo Económico*, vol. 32, N° 126, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social, pp. 271-284.

— y Georgina P. Binstock (1993), *Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería*, Unicef-CENEP, Buenos Aires.

White, Jean Martin (1941), “A University School in Argentina”, *American Journal of Nurses*, vol. 41, N°41, June, New York, p. 660.

Witz, Anne (1992), *Professions and Patriarchy*, Londres, Routledge.

Universidad de Buenos Aires (1928), *Archivos de la Universidad de Buenos Aires*, agosto.

Universidad del Museo Social, “Legislación”, *Servicio Social. Órgano de la Escuela de Servicio Social del Museo Social Argentino*, año V, N° 1 y 2, enero-junio. p.43

Yrigoyen Freire, Abelardo (1943), *Problemas de Sanidad y Asistencia Social*, Santa Fe, Universidad Nacional de Santa Fe.