



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés
Maestría en Educación

La formación en Enfermería a través de las publicaciones periódicas
médicas. Argentina 1886-1916

Universidad de
San Andrés

Autor: Roberto Gabriel Pawlowicz
Directora: Dra Ángela Aisenstein

Buenos Aires, 2019



Universidad de
Universidad de
San Andrés
San Andrés

Dedicado a Gonzalo, Iván, Micaela,
Jeanette, Marcos, María Marta y Magalí



Universidad de
Universidad de
San Andrés
San Andrés

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el resultado de un muy prolongado tiempo de trabajo durante el cual, además de la convicción personal, tuve la suerte de contar con el soporte de varias personas a las que quiero reconocer.

En primer lugar quisiera agradecer a quienes hicieron posible este trabajo. A Ángela Aisenstein -mi directora de tesis- por su orientación, paciencia y dedicación. Y a la Fundación Bunge y Born por su soporte financiero.

Para continuar quisiera agradecer a Laura Alberto y María del Carmen Martínez, quienes hace tiempo atrás me alentaron a dar el primer paso.

Quiero reconocer también en este espacio a las bibliotecarias de la Biblioteca de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires por su orientación en los primeros pasos dados al momento de identificar las fuentes que conformaron el *corpus* de esta tesis. Lamento no haber contado con la suficiente experiencia como para haber conservado sus nombres en algún registro.

Por último, el mayor de los agradecimientos para mi familia por ser la motivación y el sostén que permitieron seguir adelante en los momentos difíciles.



INDICE

Dedicatorias.....	iii
Agradecimientos.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....	8
Justificación del estudio.....	8
Objetivos.....	9
Estrategia metodológica.....	9
Descripción del <i>corpus</i>	11
La Revista Médico Quirúrgica.....	11
La Semana Médica.....	14
CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES, MARCO TEÓRICO Y CONTEXTO HISTÓRICO.....	18
Los antecedentes de investigación.....	18
La historia de la Enfermería y su proyección en Argentina.....	18
Los estudios de género y la feminización de la Enfermería.....	26
El proceso de profesionalización y su relación con las otras profesiones....	30
Los discursos en relación a la Enfermería.....	32
El marco teórico.....	33
El contexto histórico.....	35
CAPÍTULO 3: ACTORES QUE SE MANIFIESTAN EN RELACIÓN A LA ENFERMERÍA.....	43
La voz del Estado.....	43
Las voces desde las instituciones médicas.....	53
La voz de la Enfermería.....	58
CAPÍTULO 4: RELACIONES, CONFLICTOS Y DISPUTAS EN LOS DISCURSOS SOBRE LA ENFERMERÍA.....	60
Relaciones, disputas y conflictos entre los actores del <i>campo de la salud</i>	61
Relaciones, disputas y conflictos entre los actores del <i>espacio del curar</i>	63
Relaciones, disputas y conflictos entre los actores de los <i>espacios del curar y del cuidar</i>	68
Relaciones, disputas y conflictos entre los actores del <i>espacio del cuidar</i>	77
CAPÍTULO 5: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS VINCULADAS A LA ENFERMERÍA.....	82
Conocimientos y prácticas de cuidado en el espacio doméstico.....	82
Conocimientos y prácticas de cuidado en el espacio hospitalario.....	85
El espacio hospitalario y la invisibilidad de los actores del cuidado.....	85
La Enfermería en las prácticas del cuidado en el espacio hospitalario.....	88
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES.....	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
Fuentes citadas.....	112
La Revista Médico Quirúrgica.....	112
La Semana Médica.....	113
Otras fuentes citadas.....	115
Sitios de internet citados.....	116

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se propone contribuir al conocimiento en el campo de la Enfermería a partir del estudio del discurso médico en los inicios de la formación de enfermeras y enfermeros en Argentina. En particular, buscamos conocer los actores que participaron sobre la construcción disciplinar y sus influencias, quiénes se manifestaron en torno a esta construcción, y su relación con la Medicina y otros campos de control simbólico entre fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX.

Implementando una metodología de Análisis de Contenido indagamos en publicaciones periódicas de salud donde distintos actores sociales expresaron posiciones en torno a concepciones, saberes, valores, prácticas y relaciones que debía cumplir, tener o adquirir quien se desempeñara en el campo del cuidado.

Para el establecimiento de la periodización hemos tomado inicialmente el momento que se identifica como de los primeros pasos, considerando como hecho fundacional de la educación institucionalizada de la Enfermería la creación en Argentina de la primera instrucción en 1886¹.

El cierre de la periodización se extiende hasta el año 1916, momento que se caracteriza por un fuerte intervencionismo del Estado sobre la formación disciplinar, y por el inicio de la construcción de una identidad profesional de género.

De la diversidad de publicaciones periódicas de salud que acompañan la periodización establecida para el presente trabajo, encontramos ejemplares completos y disponibles, de *La Revista Médico Quirúrgica*, publicada desde 1864 a 1888, y de *La Semana Médica* (del Círculo Médico Argentino, luego Asociación Médica Argentina), revista que se edita desde 1894 hasta el año 1991; ambas fueron tomadas para componer el *corpus* histórico a analizar.

En la organización del contenido de esta tesis se pueden reconocer seis capítulos. En el primero presentamos el problema de investigación y las razones que justifican la decisión de estudiar la conformación del cuerpo de conocimientos y sistemas de prácticas de la Enfermería a través de los discursos médicos. Se presentan también los objetivos planteados, la estrategia metodológica implementada, y los criterios establecidos para la periodización. Finalmente realizamos una descripción del *corpus* que está conformado por la *Revista Médico Quirúrgica* y la *Semana Médica*.

1. En 1886 Cecilia Grierson -estudiante del cuarto año de Medicina- comienza el dictado de clases para enfermeras y masajistas en el seno del Círculo Médico Argentino, considerada la primera escuela de Enfermería de Argentina, y de América Latina. (Molina, 1973; Wainerman y Binstock, 1993; de Titto, Ricci y de Titto, 2004).

En el segundo capítulo desarrollamos los antecedentes al problema de estudio, el marco teórico y el contexto histórico. Los antecedentes del problema se despliegan sobre cuatro líneas de investigación históricas. Los trabajos que se ocuparon de la historia de la Enfermería se encuentran en la primera de estas líneas. La segunda línea está compuesta por los trabajos que se ocuparon de la feminización de la Enfermería. Los estudios sobre los procesos de profesionalización constituyen la tercera de las líneas de investigación. Por último, los trabajos que analizan los discursos políticos y profesionales relacionados con la Enfermería componen la cuarta línea de investigación. Las teorías sustantivas sobre las que se apoya esta tesis son la teoría del *discurso pedagógico* de Bernstein, la teoría de los *campos* de Bourdieu, la teoría de las *profesiones* de Freidson.

Los hallazgos en la búsqueda por responder al objetivo de identificar los actores que se manifestaron en relación a la Enfermería en las revistas que componen el *corpus* son presentados en el tercer capítulo de esta tesis.

El cuarto capítulo trata sobre los resultados obtenidos en la búsqueda de los discursos relacionados con la Enfermería, las relaciones entre los actores, los conflictos y disputas al interior de los *campos*.

En el quinto capítulo presentamos los resultados obtenidos para responder al objetivo de describir los conocimientos y las prácticas vinculadas con la Enfermería en los discursos presentes en las fuentes analizadas.

Finalmente, las conclusiones generales de esta indagación se exhiben en el sexto y último capítulo de esta tesis.

Universidad de
San Andrés
San Andrés

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y LA ESTRATEGIA METODOLÓGICA

El estudio de la Enfermería ha concitado el interés de varias disciplinas habiendo sido foco de estudios históricos, estudios de género, del campo de las profesiones, de la fuerza de trabajo y de la cobertura de salud pública, entre otros. Se trata de una profesión caracterizada como femenina, que creció y se sostuvo subordinada a la Medicina, en un proceso en el cual el cuidado de la población en situación de enfermedad o vulnerabilidad pasó de ser empírico y realizado en un espacio doméstico y caritativo a conformar una profesión especializada.

En el plano local estudios previos la describen como una disciplina centrada en la provisión de cuidados y en permanente lucha por alcanzar el reconocimiento social (de Titto y Ricci y de Titto, 2004; Martin, 2015), por ello resulta pertinente conocer los actores que participaron en su construcción disciplinar y sus influencias, quiénes se manifestaron en torno a esta, y cómo fue la relación con la Medicina y otros campos de control simbólico (Bernstein, 1997) entre fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX; momento en el que, con la organización de un curso institucionalizado se produce un cambio en ese proceso de formación (de Titto *et. al.*, 2004; Martin, 2015; Ramacciotti y Valobra, 2015). Dado que, en este periodo inicial, la instrucción estuvo principalmente a cargo de los médicos, se relevan las concepciones, valores y prácticas referidas al cuidado de la población en situación de enfermedad en espacios de producción, circulación y difusión de las opiniones y saberes del colectivo médico. El propósito es identificar particularmente de qué modo se manifestaron en relación a la conformación del cuerpo de conocimientos y sistemas de prácticas propios de la profesión de Enfermería.

Justificación del estudio

Interesa describir los discursos que acompañaron el proceso de conformación disciplinar de la Enfermería en el periodo que corresponde al momento en que se da inicio a la formación sistemática o institucionalizada de la Enfermería en Argentina. Lo sustancial a destacar de ese contexto es que la formación de enfermeras y enfermeros se inicia impartida por otros profesionales. De este modo la Enfermería como ocupación responsable de los cuidados iniciaría su formación y construcción disciplinar a partir de

la profesión médica, y subordinada a esta. Comprender estas relaciones en el pasado sienta las bases para entender las vinculaciones entre estas profesiones en la actualidad.

Actualmente, la Enfermería cuenta con una Ley del Ejercicio autónomo², sin embargo continúa sin resolver el problema del déficit cualitativo y cuantitativo de sus recursos humanos. Además, el desafío para el sector de la salud es, no solo tratar de atraer, sino también de retenerlos. Comprender cuáles son los elementos que caracterizaron al surgimiento y la institucionalización de la profesión y la disciplina parece crucial para contextualizar la Enfermería hoy de modo de allanar el camino que media para alcanzar los estándares de salud pública en referencia a la cantidad de enfermeros y su relación con la cantidad de habitantes.

Es por ello que se busca identificar las huellas en el proceso de conformación de los actores intervinientes y del contexto en que tuvo lugar la construcción del discurso en relación a la formación de enfermeras y enfermeros en publicaciones periódicas médicas editadas en Argentina. Creemos que enfocarnos en el modo en que estos actores del campo de la salud pensaron los saberes, prácticas y sujetos del campo del cuidado aportará a los estudios ocupados del análisis de la formación de esta disciplina en la actualidad.

Objetivos

Este trabajo se propuso como objetivo general describir la conformación y las características del discurso en relación a la Enfermería en Argentina, entre 1886 y 1916, a través de las publicaciones periódicas de salud. Para lograrlo se identificaron los actores que se manifestaron discursivamente en relación a las prácticas de cuidado, se indagó acerca de las relaciones, los conflictos, y las disputas entre actores y *campos* en los discursos sobre la Enfermería; y se describieron los conocimientos y las prácticas vinculadas a ella en publicaciones periódicas de salud en Argentina entre 1886 – 1916.

Estrategia metodológica

La estrategia implementada para alcanzar los objetivos planteados en el presente trabajo ha sido el Análisis de Contenido (Krippendorff, 1990; Bardin, 1996; Piñuel Raigada, 2002; Porta y Silva, 2003). Krippendorff (1990) sostiene que cuando un

² Ley N° 24.004/91 del ejercicio autónomo de la Enfermería. Sancionada el 26 de septiembre de 1991; Promulgada el 23 de octubre de 1991. Reglamentada el 9 de diciembre de 1993. Esta Ley modifica a la Ley N° 17.132/67 del ejercicio de la Medicina, odontología y actividades de colaboración. <http://www.infoleg.gob.ar/> acceso junio 2019

historiador se propone inferir acontecimientos a partir de documentos está practicando Análisis de Contenido. Según Piñuel Raigada (2002) el Análisis de Contenido es un conjunto de procedimientos interpretativos de los productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), otras veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.

Mediante el Análisis de Contenido se procura comprender los datos, pero no como un conjunto de acontecimientos físicos, sino como fenómenos simbólicos, y en consecuencia abordar su análisis directo (Krippendorff, 1990; Bardin, 1996), destinado a formular inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse al contexto social y cultural de donde provenga la información (Krippendorff, 1990; Bardin, 1996; Ruiz Silva, 2006). Su propia denominación supone que el “contenido” se encuentra encerrado, oculto dentro de un continente (el texto) y que al ser analizado permite una nueva interpretación, es decir un nuevo conocimiento. Sin embargo es pertinente aclarar que en realidad el Análisis de Contenido aplicado al “continente” busca por fuera, ya que, las dimensiones de los datos existen fuera de estos, es decir en la mente de los sujetos productores de los textos que se analizan. Esto ha de entenderse como un metatexto resultante de la transformación del texto primitivo sobre el que se opera controladamente de acuerdo a determinadas reglas de procedimiento y análisis (Piñuel Raigada, 2002).

Para el establecimiento de la periodización se ha tomado inicialmente el momento que se identifica como de los primeros pasos, considerando como hecho fundacional para la organización sistematizada de la educación de Enfermería en Argentina el comienzo del dictado del curso para enfermeros y masajistas en el año 1886 por Cecilia Grierson dentro del Círculo Médico. Lo que varios autores describirán como la primera escuela de Argentina y de Latino América (Molina, 1973; de Titto *et. al.*, 2004; Martin, 2015).

En cuanto al cierre de la periodización se ha decidido extenderlo hasta el año 1916, momento que se caracteriza por un fuerte intervencionismo del Estado sobre la formación disciplinar, que coincide con el afianzamiento y construcción de una identidad profesional de género. En 1912 el Estado cierra el ingreso de varones a la escuela de Enfermería creada por Grierson, y, en 1916 reemplaza a los enfermeros varones por personal

femenino en los hospitales dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires (Wainerman y Binstock, 1994; Martin, 2015).

De la diversidad de publicaciones periódicas de salud que acompañan la periodización establecida para el presente trabajo, se encontraron ejemplares completos y disponibles de *La Revista Medico Quirúrgica*, publicada desde 1864 a 1888, y de *La Semana Médica* (del Circulo Médico Argentino, luego Asociación Médica Argentina), revista que se edita desde 1894 hasta 1991.

Es pertinente destacar que queda un lapso de seis años sin analizar debido a la discontinuidad de las fuentes entre el año 1888, año en que se deja de publicar la *Revista Medico Quirúrgica*, y el año 1894 en que inicia su publicación la *Semana Médica*.

Para responder a los objetivos y, en función de las recomendaciones de exhaustividad de Bardin (1996) tomamos como *corpus*³ a los todos los artículos de *La Revista Medico Quirúrgica* publicados entre el año 1886 y el año 1888, y todos los números de *La Semana Médica* publicados entre el año 1894 y el año 1916.

Descripción del Corpus

La Revista Médico Quirúrgica

La Revista Médico Quirúrgica (RMQ) fue fundada en 1864 (González Leandri, 1999) por Ángel Gallardo⁴ y el practicante Pedro Mallo⁵, pocos meses después de su graduación (Coni, 1886; ONI, s/f). Su primer número apareció el 8 de abril de ese año, y se editó de manera quincenal desde los talleres de la familia Coni de la calle Alsina 60, de la Ciudad de Buenos Aires, bajo el lema “Órgano de los intereses médicos argentinos”.

³ *Corpus*: Es el conjunto de los documentos tenidos en cuenta para ser sometidos a los procedimientos analíticos (Bardin 1996: 72)

⁴ Ángel Gallardo (1839-1867) Fue un alumno brillante de la facultad de Medicina con calificaciones sobresalientes. En 1859 fue designado cirujano del ejército de reserva, formado para la batalla de Cepeda, y fue practicante mayor en los hospitales de Hombres y de Mujeres. Se recibió de doctor en Medicina en 1862. Durante la guerra del Paraguay en 1865 prestó servicios gratuitos de cirujano en los hospitales de Concordia y Corrientes, donde realizó operaciones notables. En mayo de 1866 viajó a Europa para perfeccionarse en Francia primero, y luego en Alemania, Inglaterra, Italia y Suiza. En París llevó una vida de intensos estudios y trabajos profesionales, moviéndose cómodamente en el ambiente científico y social. Hizo importantes aportes científicos desde Europa a la *Revista Médico Quirúrgica*, hasta que una grave enfermedad terminó con su vida el 18 de mayo de 1867. Historia Hoy. El otro Ángel. <https://www.historiahoy.com.ar/el-otro-angel-n971>

⁵ Pedro Mallo (1837-1899) Se recibió de médico en 1864. Ese mismo año, antes de su graduación fundó junto a Angel Gallardo la *Revista Médico Quirúrgica* que inició su circulación el 8 abril. Durante la Guerra del Paraguay organizó los hospitales de sangre y las tiendas sanitarias en Corrientes. Es considerado el patriarca de la Sanidad Naval siendo el primer Cirujano General de la Armada. MS. GBA. Biografía del Dr. Pedro Mallo. http://www.ms.gba.gov.ar/cosapro/publicaciones/biografias/4_Dr_Mallo.pdf

Dentro del periodo en que la *RMQ* se publicó como órgano de difusión del colectivo médico, González Leandri (1999) describe cuatro etapas caracterizadas por diferentes posicionamientos de sus editores respecto de las instancias médicas oficiales.

En la primera de ellas se identificó una profunda ambivalencia respecto del posicionamiento de quienes actuaban desde la Facultad⁶ de Medicina en el campo de la salud pública⁷. En esa etapa la revista se constituyó como un órgano de expresión y oposición a una acomodada elite de médicos, que no sólo mantenía su hegemonía sobre la Facultad de Medicina mediante el control del acceso a sus cargos y honores, sino que también había ingresado al círculo político. Estos “otros médicos”, que componían la *RMQ* como los describe González Leandri (1999), en su mayoría estudiantes y recién graduados que veían imposibilitada su inserción en el espacio de ejercicio, llevaron adelante su causa desde la editorial de la *RMQ*. No obstante, la revista se vio fracturada por la heterogeneidad misma de este grupo de médicos respecto de los intereses que los movilizaba. Lo que llevó incluso a romper la relación entre sus fundadores (González Leandri, 1999).

En la siguiente etapa la revista se ocupó de temas institucionales vinculados a la profesión médica. A partir de 1867 la *RMQ* se constituyó en vocero de la Asociación Médica Bonaerense⁸. En sus páginas se expresó el optimismo y la crítica respecto del funcionamiento de las instituciones médicas, y se inició tíbicamente el proceso de recomendaciones o sugerencias al poder estatal (González Leandri, 1999).

⁶ La Facultad de Medicina funcionó en la Universidad de Buenos Aires como Departamento de Medicina a partir de 1822, sin embargo no fue denominada como tal hasta 1852 cuando por decreto del Departamento Nacional de Higiene se le atribuyó a la Escuela de Medicina la jerarquía de Facultad. En <https://www.fmed.uba.ar/la-facultad/historia> [ON LINE] acceso en Agosto de 2019.

⁷ En el momento en que el proyecto institucional de los médicos diplomados comenzaba a delinarse, el mercado para su actividad era precario. Sin embargo un grupo pequeño de médicos notables era el único que podía contar con una clientela estable debido a su alto prestigio social, el que provenía de su pertenencia a los sectores encumbrados de la sociedad. Estos médicos que pertenecían a la “elite de la elite”, en muchos casos eran médicos que se habían vinculado al ejército para lograr el acceso a la cúspide médica. Tras la caída de Rosas el restablecimiento de la Facultad de Medicina, con total autonomía respecto de otras dependencias universitarias, permitió a un grupo reducido de médicos vinculados al presidente Alsina elaborar una serie de medidas que regularon el funcionamiento de la Facultad, garantizando la permanencia de este grupo de catedráticos en la cumbre de la profesión médica. Estos espacios reducidos y limitados a un selecto grupo, sumado al propio incremento del número de médicos, el arribo creciente de médicos extranjeros y con las nuevas cohortes de egresados de la propia Facultad, y la diversificación de sus intereses condujeron a tensiones complejas a finales de la década de 1860. (González Leandri, 1999: 5-15)

⁸ Creada en 1860 por impulso de un grupo recién egresado de la Facultad de Medicina. Durante sus primeros años de vida hasta 1867 tuvo una vida llena de dificultades con poca concurrencia a sus reuniones, lo que era objeto de crítica. Le resultaba difícil lograr adhesión de sectores más amplios de la profesión debido a la precariedad de los “otros” médicos y el escaso número de egresados de la Facultad. Lo que empezó a cambiar hacia finales de 1860 con el incremento de médicos jóvenes que se apoyaban en figuras de prestigio que mantenían distancia respecto de la elite de catedráticos. Al hacerse cargo de la redacción de la *RMQ* sus opiniones adquirieron mayor trascendencia. Se vivieron entonces años de marcado optimismo y comenzaron a publicarse comentarios fuertemente críticos con algunos aspectos del funcionamiento pasado y presente de las instituciones médicas (González Leandri, 1999: 30-33).

La tercera etapa es breve y crítica de las instituciones médicas y resulta una transición hacia la última y más prolongada. En este periodo tiene lugar el ocaso de la Asociación Médica Bonaerense. Los vaivenes de la crisis epidémica de 1871⁹ se evidenciaron con la rotación de los miembros encargados de la redacción. En respuesta a ello, la Asociación designó una comisión redactora permanente, compuesta por los doctores Pedro Mattos como redactor en jefe, Pedro Larrosa y Leopoldo Montes de Oca. Este breve periodo expone a la *RMQ*, producto de las aspiraciones de sus redactores, como reflejo de las posturas existentes en el seno de la Academia de Medicina¹⁰. Su intento de no dejar traslucir en las publicaciones los conflictos que dividían a los médicos le valió el reproche de la comunidad estudiantil en particular. Intentos de aliviar tensiones y de realzar la imagen de la revista llevó a la incorporación de varios estudiantes como colaboradores. El crecimiento de la Academia acabó por quebrar a la Asociación Médica Bonaerense. En 1875 la terna redactora renunció algunos meses después de que la *RMQ* dejara de ser su órgano de difusión (González Leandri, 1999).

La última etapa se inicia en 1875. Su redactor, Emilio Coni¹¹, era aún estudiante y decide por esta razón permanecer en el anonimato. Discípulo destacado del doctor Guillermo Rawson¹² e hijo del empresario encargado de la impresión de la Revista, Coni continuó a cargo de la redacción hasta que dejó de publicarse en 1888. Fueron sus

⁹ La epidemia de Fiebre Amarilla de 1871 significó una dura prueba para los médicos de Buenos Aires en un momento muy particular de la constitución de su campo profesional. Su magnitud y las transformaciones que provocó en las actitudes y estrategias de las elites dominantes y del Estado la convirtieron en un punto de inflexión (González Leandri, 1999: 85)

¹⁰ La Academia de Medicina fue creada originalmente en 1822 y fue reinstaurada en 1852 por el mismo decreto que creaba la Facultad de Medicina y el Consejo de Higiene. No estaba conformada en forma exclusiva por médicos motivo por el cual recibió las críticas estudiantiles, sumado a la renuncia de algunos catedráticos colocó a este elenco dirigente frente a una importante crisis que mantuvo a lo largo del año 1873. La Asociación Médica Bonaerense solicitó al gobierno que la elevara a rango de Academia pero este decidió elaborar una lista de académicos en la que figuraban miembros de las distintas facciones. Entre los que figuraban Leopoldo Montes de Oca y Pedro Mattos, redactores de la *RMQ* (González Leandri, 1999: 139-143)

¹¹ Emilio Ramón Coni (1855-1928) colaboró con la *RMQ* llevando las estadísticas de mortalidad de la Ciudad de Buenos Aires mientras cursaba el tercer año de Medicina. Luego de rechazar en varias oportunidades el ofrecimiento, dirigió la *RMQ* durante 12 años. Tuvo participación en la creación de la Asistencia Pública, la inclusión de la Medicina Legal en el plan de estudios, la vacunación obligatoria, la inspección veterinaria de las carnes de consumo y la denuncia obligatoria de las enfermedades infectocontagiosas. Publicó el Código de Higiene y Medicina Legal de la República Argentina, el Código de Deontología Médica con los derechos y deberes de quienes practican las diversas ramas del arte de curar. En 1891, presidió la Sociedad Médica Argentina. Ese mismo año ocupó la Dirección de la Asistencia Pública. Durante su gestión la dividió en tres ramas: Administración Sanitaria, Asistencia Pública y Patronato de la Infancia. Fue uno de los fundadores de la Liga Argentina contra la Tuberculosis e impulsó la Liga Argentina contra el Alcoholismo (Pergola, 2016; Veronelli y Veronelli Correch, 2004^b: 282-302)

¹² Guillermo Rawson (1821-1890) Se graduó de médico en 1844 con honores y regresó para ejercer en su San Juan natal. Tras un periodo en prisión por oponerse al gobernador ejerció como Diputado para el Congreso Nacional. En 1862 fue elegido Senador y ese mismo año al asumir la presidencia Bartolomé Mitre fue designado Ministro del Interior. En 1868 durante la ausencia de Mitre, fallece el vicepresidente Marcos Paz afectado por el Cólera, debiendo Rawson asumir la presidencia de forma provisoria. Tras renunciar a su cargo en 1870 se dedicó a estudiar las epidemias Fue el primer profesor de higiene del país, en especial con carácter social y vinculados con el aspecto demográfico. Desde 1873 estuvo al frente de la cátedra de Higiene. En 1876 participó en un Congreso en Filadelfia, presentando su trabajo Estadística vital de la ciudad de Buenos Aires sobre la base estadística creada por Coni para la *RMQ* (Veronelli y Veronelli Correch, 2004^a)

colaboradores los doctores Pedro Roberts, Ignacio Pirovano, Abel Ayerza y posteriormente Lucio Meléndez. La postura característica que tomó la *RMQ* a partir de este punto fue distinta de la postura impugnadora adoptada tiempo atrás, así como, lo fuera también la manera de marcar la creciente autonomía de la formación médica respecto de las instancias oficiales. Con un carácter predominantemente individualista más que colectivo en cuanto a sus opiniones, la actividad de la *RMQ* estuvo orientada por un afán de prestigio personal de sus editores, vehiculado por medio de una mayor presencia internacional. En esta etapa de “legitimación internacional” (González Leandri, 1999: 216) la revista se constituyó como un importante órgano de opinión y plataforma para el lanzamiento de importantes iniciativas y nuevos conocimientos; enriquecidos por el intercambio con revistas extranjeras, presencias en congresos y visitas a establecimientos europeos. Sin embargo, no fue la vinculación con el extranjero la única estrategia de profesionalización médica. A partir de un modelo y un estilo propio, asociado al higienismo, la *RMQ* se ocupó de prestigiar la figura del médico, aproximándolo a los poderes públicos en carácter de árbitro social; sus críticas apuntaron hacia las malas condiciones de los hospitales y las deficiencias fueron atribuidas a que su administración se encontraba en manos ajenas a la corporación médica. La revista generó con su prédica el contexto propicio para la creación de la Asistencia Pública. Ámbito estatal que se ocuparía en adelante del control de la salud pública (González Leandri, 1999).

La Semana Médica

La *Semana Médica (SM)* como nuevo órgano de difusión de la corporación médica, lanza su primer ejemplar el 5 de enero del año 1894 bajo la dirección del doctor Tiburcio Padilla (h)¹³, y la colaboración de los doctores Ayersa, Bazterrica, Blancas, Cabred, Costa, Chaves, Decoud, Martínez, Molinari, Palma, Penna, Sudnik, Tornú, Valdez y de Veyga, entre otros. Surge en un contexto de afianzamiento de los saberes especializados y en simultaneidad con otras revistas.

En el año 1897 fallece su fundador (Páez de la Torre, 2014), y se hace cargo de la Dirección uno de los colaboradores de la redacción, el Dr. Francisco de Veyga¹⁴. A partir

¹³ Tiburcio Padilla (hijo) 1868-1897. Se graduó de médico como su padre, el doctor Tiburcio Padilla quien fue diputado nacional en 1874 y gobernador de Tucumán 1875-1877. Fundó la *Semana Médica*, que llegó a ser la más destacada publicación de su tipo en el continente (Páez de la Torre, 2014).

¹⁴ Francisco de Veyga. Nació en Buenos Aires en 1866. Obtuvo su título en Medicina en el año 1890. Realizó sus prácticas de pregrado en la Armada Nacional, donde luego de graduarse, prestó servicios como cirujano. En 1908

del año 1900 comparte la Dirección de la revista con el Dr. Benjamín Solari, cuando se amplía considerablemente el número de colaboradores de la redacción. En 1901 asume como nuevo Director otro de los miembros colaboradores de la primera hora de la revista, el Dr. Diógenes Decoud, con el Dr. Matías Calandrelli como secretario de redacción, quien se mantendría en el cargo por un muy breve período. A partir de ese momento se implementa la denominación de Comité editorial para referirse al grupo de colaboradores. Estaba integrado por el Dr. Emilio Coni y los ex Directores de Veyga y Solari, junto a otros destacados miembros del colectivo médico. Una de las características de la revista por aquel momento era su comportamiento nómada, dado que en el periodo que abarca esta tesis cambió su domicilio editorial en siete oportunidades. A pesar de ello, desde el año 1904 su editor fue Emilio Spinelli.

El carácter que tuvo este nuevo órgano de difusión no era distinto al que venía manteniendo la *RMQ* en su última etapa (González Leandri, 1999). Continúa con las recomendaciones al Estado, la divulgación de nuevos conocimientos y de experiencias internacionales. Entre sus páginas también se hallan datos estadísticos, demográficos, y espacios para publicidades medicinales. Emitía una tirada semanal los días jueves.

Como espacio de divulgación de la opinión de los médicos, las fuentes que seleccionamos para la composición del *corpus* de esta tesis resultaron apropiadas para analizar las influencias que se articularon en los discursos sobre la formación de la Enfermería.

Tratar el material es codificarlo, es decir transformar los datos brutos del texto en unidades que permitan una descripción precisa de las características pertinentes de su contenido. Bardin (1996) propone organizar la tarea en tres apartados: la descomposición (elección de las unidades), la enumeración (elección de reglas de recuento), y la clasificación y agregación (elección de las categorías).

Del tratamiento de las fuentes que conforman el *corpus* de esta tesis, conforme este procedimiento, se seleccionaron cuarenta y cinco (45) unidades de análisis de la *RMQ* y

ascendió al cargo de cirujano mayor. Ocupó la titularidad de la cátedra de "Medicina Legal", en la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Buenos Aires, en el año 1899. En Amil y Reghitto (2011), Francisco de Veyga y Horacio Piñero. Dos vertientes del positivismo en la Psicología argentina. Su presencia en la universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. [ON LINE] <https://www.aacademica.org/000-052/123> Acceso en julio 2019

ciento treinta y tres (133) unidades de análisis de la Semana Médica para ser sometidas al análisis de su contenido.

En este procedimiento se construyeron las siguientes categorías, a partir de las cuales se recogieron los datos para responder a los objetivos:

- **Mención directa a la figura del enfermero:** se agrupan en esta categoría todas las unidades de análisis que en su contenido se ocupan en forma directa de la Enfermería. Las unidades de análisis que contenían esta categoría fueron utilizadas principalmente para responder a los objetivos de indagar sobre relaciones, conflictos y disputas entre los actores en los campos, y describir los conocimientos y prácticas relacionadas con la Enfermería en los discursos.

- **Reglamentaciones y políticas que impactaron sobre la Enfermería:** se agrupan en esta categoría todas las unidades de análisis que en su contenido presenten proyectos, recomendaciones o normativas establecidas que como resultado directo o indirecto tengan efecto sobre la Enfermería. Esta categoría aportó principalmente para indagar sobre relaciones, conflictos y disputas entre los actores en los campos.

- **Referencias a la Enfermería y afines:** se agrupan en esta categoría todas las unidades de análisis que en su contenido ofrezcan referencias indirectas a la Enfermería o a actores vinculados a su ejercicio profesional. Tales como otros actores considerados subalternos a la Medicina, los vinculados al cuidado o a una definición de género. Se incluye en esta categoría las referencias a la Enfermería en términos de género. Esta categoría permitió responder principalmente al objetivo de describir los conocimientos y prácticas relacionadas con la Enfermería en los discursos

- **Descripción/organización de los espacios para Enfermería:** se agrupan en esta categoría las unidades de análisis que en el contenido hagan referencia a los espacios físicos donde se ubica o ejerce la Enfermería. Así como también los proyectos arquitectónicos o de reforma de estos. Los elementos identificados en esta categoría fueron útiles para responder a los tres objetivos planteados en esta tesis.

- **Prescripciones de cuidados, técnicas y procedimientos:** se agrupan en esta categoría las unidades de análisis que en su contenido ofrezcan prescripciones de intervenciones, cuidados, técnicas y procedimientos que debiera realizar, conocer o

saber hacer Enfermería. Esta categoría fue utilizada principalmente en los intentos de identificar los elementos del discurso que permitan responder al objetivo de describir conocimientos y prácticas relacionadas con la Enfermería.

Los elementos utilizados para responder al objetivo de identificar a los actores que se manifestaban en relación a la Enfermería, surgieron de todas las categorías. No hubo una categoría que aportara más que otra en este sentido. Es apropiado aclarar que varias unidades de análisis en su contenido respondían simultáneamente a varias de estas categorías.



CAPÍTULO 2

ANTECEDENTES, MARCO TEÓRICO Y CONTEXTO HISTÓRICO

Los antecedentes de investigación

El problema de estudio que aborda esta tesis se encuentra en la confluencia de cuatro líneas de investigación histórica. Los trabajos que se ocupan de la historia de la Enfermería, en relación con los personajes influyentes para el desarrollo del modelo nacional, conforman la primera de ellas. Los estudios que ponen el lente sobre el carácter de género y la feminización de la Enfermería conforman un segundo grupo. Otro lo componen los trabajos con foco en el proceso de profesionalización y las relaciones con otras profesiones. La última línea la componen trabajos que analizan los discursos políticos y profesionales en relación con la Enfermería.

La historia de la Enfermería y su proyección en Argentina

Existe una variedad de trabajos que se han ocupado de documentar, en el plano internacional, el desarrollo histórico de la Enfermería. En el plano nacional, el de María Teresa Molina, *Historia de la Enfermería* (1973), representa un punto de referencia para la historia de la Enfermería argentina. Constituye una cita obligada por tratarse de uno de los primeros textos enfocados en el tema, con la particularidad de ofrecer el relato desde la mirada propia de la Enfermería. En esa misma línea también reconocemos como antecedente el trabajo, con enfoque multidisciplinar, de Raúl de Titto, María Teresa Ricci y Ricardo de Titto, *Historia de la Enfermería. Formación y perspectivas* (2004). Ambos textos se ocupan de describir el desarrollo de la Enfermería desde lo internacional a lo particular del proceso argentino, de este modo resulta una importante contribución para fundamentar el punto de inicio decidido en la periodización de esta tesis.

Estos textos y otros, enfocados en la revisión histórica de la Enfermería, coinciden en reconocer como las figuras más influyentes a dos mujeres feministas, Florence Nightingale (1820-1910) a nivel internacional y Cecilia Grierson (1859-1934) a nivel nacional.

Comenzaría en Europa, en 1849 a gestarse el fin de la llamada “Época oscura de la Enfermería¹⁵” (Molina, 1973). Podría resumirse que en su mayoría los textos que se ocupan de la historiografía de la Enfermería coinciden en ordenar los acontecimientos en dos etapas principales. Por un lado, la etapa pre profesional, y por el otro la etapa profesional. De igual manera, coinciden en identificar como punto de quiebre entre estas etapas al surgimiento de la figura influyente de Florence Nigthingale en la Inglaterra victoriana.

Nacida en el seno de una familia británica de elevada posición social, Nigthingale tuvo la posibilidad de contar con una profunda educación (Molina, 1973). Su padre era un convencido de que en el destino de la mujer debía tener mayor influencia su educación que el futuro matrimonio a concretar. Sin embargo, cuando a la edad de 22 años se reconocía deslumbrada por el oficio de la Enfermería y manifestaba sus deseos de convertirse en enfermera debió enfrentar la oposición de sus padres debido a que la Enfermería no correspondía a su estatus social¹⁶ (de Titto *et. al.*, 2004). Sin embargo, luego de haber recorrido hospitales en Francia (bajo la administración de las Hermanas de la Caridad) y compararlos con los hospitales de Inglaterra, ella se convenció de que para salvar enfermos no bastaba con la habilidad del médico y se ocupó de profundizar su conocimiento en el arte de cuidar personas enfermas. Proyectaba un grado similar de organización para los hospitales de su país, donde, según Molina (1973) la práctica de la Enfermería era escuela de inmoralidad y las enfermeras eran mujeres de mala vida, envilecidas por todos los vicios, y sobre todo por la bebida. Para Molina (1973) se justificaba el alcoholismo como consecuencias de las duras tareas propias del hospital de pobres. Asimismo, se caracterizaba a las enfermeras como mujeres ignorantes, incompetentes.

Un comité de damas distinguidas encomendó a Nigthingale la tarea de dirigir y organizar el proyecto de incorporación de un sanatorio para gobernantas, que logró instalar y poner en condiciones de funcionar en 10 días (Molina, 1973). Al año siguiente estalló la guerra de Crimea¹⁷ desde donde comenzarían a llegar permanentemente noticias desoladoras que provocaban alarmismo entre la opinión pública debido a las condiciones

¹⁵ Según Molina (1973) se trató un periodo crítico -entre los Siglos XVII y XIX- descrito como el de la mayor decadencia de la Enfermería, ocurrido como consecuencia de la reforma protestante en Europa. Afectada por la intolerancia respecto de la educación de la mujer, donde las tareas de asistencia a enfermos eran desempeñadas por mujeres inescrupulosas, analfabetas, en su mayoría ex condenadas.

¹⁶ Para comprender la representación social de la enfermera en plena era Victoriana observar el personaje de la enfermera Sara Gamp en Dickens (1997).

¹⁷ Guerra de Crimea (1854-1856) Conflicto bélico entre Rusia y Turquía, pero luego participaron Francia e Inglaterra.

deplorables de los hospitales en el frente de batalla y de los horribles sufrimientos de los soldados ingleses. Los soldados franceses eran atendidos por las Hermanas de la Caridad y los soldados rusos por las Hermanas de la Misericordia, pero los soldados ingleses no contaban con servicios de Enfermería¹⁸ (Molina, 1973). En respuesta a esta tensa situación el ministro de Guerra, que conocía personalmente a Florence y su capacidad, le encargó la tarea de organizar los servicios de Enfermería para los soldados ingleses. Con un grupo de 38 enfermeras se dirigió a Scutari¹⁹; allí encontraron a los soldados en condiciones deplorables, en instalaciones precarias, que carecían de lo indispensable, infectadas de roedores e insectos y repletas de soldados heridos, en medio de la mayor suciedad. Con la llegada de Florence y las demás enfermeras el cambio que se produjo en los hospitales fue tan significativo que disminuyó la mortalidad del 40 al 2%, siendo la conclusión que los soldados ingleses morían más por falta de cuidado que como consecuencia de las heridas de la batalla (Molina, 1973). Gracias a las crónicas publicadas en el diario *The Times*, la labor en Crimea pudo darse a conocer y convertir a Florence Nightingale en una heroína popular (de Titto *et. al.*, 2004).

Florence presentó al Ministerio de Guerra un voluminoso informe de más de 800 páginas, que tituló *Notas sobre la salud, la eficacia y la administración hospitalaria del ejército británico*. Ya que en Crimea no sólo se ocupó del cuidado directo de los enfermos, sino que también observó, recolectó y tabuló datos, y sistematizó la práctica del control de los registros. Fueron tan inteligentes sus observaciones que se le atribuyeron las reformas que se implementaron en sanidad militar (Molina 1973). Las estadísticas fueron las herramientas principales en su informe, consideradas algo inusual para la época. Lo que dio cuenta de la educación recibida y de su amor por las matemáticas²⁰ (de Titto *et. al.*, 2004).

Por su contribución fue condecorada por la Reina Victoria con la Cruz de San Jorge. Florence aprovechó esta relación con la soberana para exponer su proyecto para los hospitales de Inglaterra. Creó el Fondo Nightingale de contribuciones y fundó en 1860 en

¹⁸ Estos informes provenían de parte de William Howard Russell, a quién se lo reconoce como el primer corresponsal de guerra, responsable de sacudir la conciencia nacional desde las páginas del diario *The Times* (de Titto *et. al.*, 2004).

¹⁹ Las barracas u hospital de Scutari se encuentra en la costa asiática del Bósforo, justo frente a la península de Estambul <http://www.florence-nightingale-avenging-angel.co.uk/scutari.htm> (Acceso junio 2019)

²⁰ “Es desconocido para muchos su desarrollo innovador de técnicas en el análisis estadístico (como el ploteo de incidencia de muerte prevenible entre los militares durante la guerra), con lo cual mostró, finalmente, cómo un fenómeno social podía ser medido objetivamente y analizado matemáticamente. Ella fue una innovadora en la recolección, tabulación, interpretación gráfica de las estadísticas descriptivas, mostró como la estadística proporciona un marco de organización para controlar y aprender, y puede llevar a mejoramientos en las prácticas quirúrgicas y médicas. También desarrolló una Fórmula Modelo de Estadística Hospitalaria para que los hospitales recolectaran y generaran datos y estadísticas consistentes” (Alejandra León-Castellá en de Titto *et. al.*, 2004: 123).

Londres la *Escuela y Casa para Enfermeras* anexa al *Hospital Santo Tomás* (Molina, 1973; de Titto *et. al.*, 2004).

La inauguración de esta escuela es considerada como el inicio de la formación profesional en el campo de la Enfermería (de Titto *et. al.*, 2004). En ella se seleccionaban cuidadosamente a las alumnas, apuntando a jóvenes educadas de la aristocracia. Su modelo consistía en que todo lo referente a la enseñanza, la disciplina y la organización del cuerpo de *nurses* debía estar en manos de la mujer, una mujer que fuera a la vez una enfermera competente y destacada en su labor. Otorgar a la Enfermería una imagen de profesión digna, meritoria, llena de recursos, para que la mujer canalizara sus aspiraciones, era su principal reforma (Molina, 1973).

La guerra había despertado un sentido patriótico en el pueblo inglés, junto con un espíritu crítico que admitía las deficiencias existentes. La profesión médica desarrollaba un perfil cada vez más científico y el movimiento feminista comenzaba a gestarse (Molina, 1973).

Con el foco puesto en Argentina, la figura que destaca la historiografía de la Enfermería es otra mujer feminista. Cecilia Grierson²¹ tuvo un recorrido vital excepcional para las mujeres de la época. Debido a que muy pocas alcanzaban niveles de educación y participación en la vida pública como ella. Formaba parte de un reducido grupo de mujeres instruidas que se encontraban profundamente comprometidas en que la mujer alcanzara un lugar destacado en la sociedad a través de la educación (Martin, 2015).

En el año 1840 en Buenos Aires la asistencia de enfermos y desamparados se encontraba bajo responsabilidad de la Sociedad de Beneficencia²² (Molina, 1973), por miembros de órdenes religiosas con altos grados de vocación pero sin formación para el ejercicio (Molina 1973; de Titto *et. al.*, 2004); y caracterizada por un fuerte intervencionismo por parte del gobierno de Rosas²³ (Veronelli y Veronelli Correch, 2004^a, 2004^b).

²¹ Cecilia Grierson nació en Buenos Aires el 22 de noviembre de 1859, de madre irlandesa y padre escocés. Fue maestra normalista, sin embargo, el hito que cobra mayor trascendencia ocurrió en 1889 al ser la primera mujer en graduarse en Medicina en la universidad de Buenos Aires (Molina, 1973; de Titto *et. al.*, 2004; Martin, 2015).

²² En 1823 el Presidente Bernardino Rivadavia crea la Sociedad de Beneficencia. Institución que desarrolló su accionar en los campos de la educación, la asistencia y la salud, sobre la base de una distinción entre aquellos que se consideraba una población merecedora. De esta manera pasaría a ser el Estado y no la Iglesia quién se ocupara de los pobres, y la administración de esta institución quedaba en manos de mujeres de la elite. Era considerada una repartición de la Administración Pública que utilizaba los fondos del Estado con total discreción y autonomía. Esta actividad de iniciativa filantrópica, por un lado asistía a los niños desamparados, huérfanos y madres solteras, y por el otro lado los donantes y benefactores obtenían prestigio para sí y su entorno social (Aguglino, 2014: 7-11).

²³ Juan Manuel de Rosas. Nació en Buenos Aires en 1793. Militar y político argentino. Fue gobernador de Buenos Aires por primera vez entre 1829 y 1832, con facultades extraordinarias conferidas por la Legislatura de Buenos Aires.

La población de Buenos Aires había progresado en número y en capacidad económica, y el número de extranjeros había aumentado considerablemente. La colonia francesa, la más numerosa después de la española, crea en 1842 el Hospital Francés, pero luego del tratado anglo-argentino la población británica creció exponencialmente, y en 1844 el Dispensario Médico Británico se transforma en el Hospital Británico (Molina, 1973; Wainerman y Binstock, 1993; Waneford-Thomson, 2001; de Titto *et. al.*, 2004; Veronelli *et. al.*, 2004^a).

Tras la caída de Rosas en 1852 la Sociedad de Beneficencia se propone mejorar la asistencia acondicionando las instalaciones a su cargo y ocupándose de que el personal contratado tuviese la competencia necesaria para elevar el nivel en la asistencia. Para lo cual, en 1859, traen 14 hermanas Hijas de María desde Italia, quienes ordenadas como Hermanas del Huerto cumplirían en la Casa de Niños Expósitos funciones de Enfermería y asistentes por 120 años (de Titto *et. al.*, 2004). En cambio, los hospitales de comunidad como el Británico, el Italiano y el Alemán se abastecieron con la llegada de *nurses*²⁴ provenientes principalmente de sus respectivas naciones (Molina, 1973; Waneford-Thomson, 2001; de Titto *et. al.*, 2004).

Mientras Grierson cursaba Medicina, durante la epidemia de cólera que afectó a la ciudad de Buenos Aires, la Facultad de Medicina requirió la asistencia de los estudiantes, y fue allí, durante esos días que pasó en el hospital junto a los enfermos que concibió la idea de educar al personal que ejercía la Enfermería (Molina, 1973). Con conocimiento y admiración por la obra de Nightingale, en 1886 mientras cursaba el cuarto año de la carrera de Medicina, inició el dictado de cursos sobre el cuidado de enfermos y primeros auxilios en las dependencias del Círculo Médico de la Capital (Molina, 1973; de Titto *et. al.*, 2004; Martin, 2015); pero que luego tuvo que trasladar a su propio domicilio en 1889 (Veronelli *et. al.*, 2004^b). Convencido de la necesidad de contar con enfermeros bien preparados y de que los hospitales deberían ser administrados por el estado y no por la Sociedad de Beneficencia (porque a su juicio para el cuidado de individuos enfermos no bastaba con la obra de bien y la caridad) (Wainerman *et. al.*, 1993; Veronelli *et. al.*, 2004^b) el Director de la Asistencia Pública, Dr. Emilio Coni, decidió en 1891 auspiciar la obra y le asignó un local para su dictado dentro de aquella. De este modo se reiniciaron los cursos

Este primer gobierno se caracterizó por un conjunto de medidas que intentaban reparar el daño en las finanzas producido por las deudas con Gran Bretaña. En 1835 asume la gobernación por segunda vez y adquiría poderes supremos. Su gobierno se caracterizó por intervenciones sobre la educación y los hospitales. Y en su persecución ideológica expulsó a los Dres. Juan José Montes de Oca y Cosme Argerich de la Academia de Medicina, debiendo estos exiliarse. Su gobierno concluyó con la derrota en la Batalla de Caseros en 1852. (Veronelli *et. al.*, 2004^a).

²⁴ Término en inglés para referirse a las enfermeras

a principios de 1892, tanto de primeros auxilios como de Enfermería, con la participación de Lagarde, Aráoz Alfaro y de otros médicos de la Asistencia Pública. Por iniciativa de Coni, el Concejo fijó para 1893 una subvención mensual para la escuela y una remuneración para su directora (Veronelli *et. al.*, 2004^b). Esas clases estuvieron destinadas al personal que ejercía en los hospitales dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires. La historiografía considera este hecho como el inicio de la educación institucionalizada de la Enfermería argentina, reconocida como la primera escuela de Argentina y de Latinoamérica. Sin embargo, no es reconocida bajo la denominación de Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas recién hasta que es transferida a dependencias de la Asistencia Pública (Molina 1973; de Titto *et. al.*, 2004; Martin, 2015), apoyadas en las ideas del Director Coni. De este modo, la primera escuela de Enfermería sobre el territorio surge en pleno auge de la secularización del estado y del higienismo en Argentina, momento en que el Estado toma el control de una serie de actividades sociales que hasta entonces se encontraban en manos de la iglesia y de sociedades particulares, como ser la educación y la salud (Wainerman *et. al.*, 1993).

Con poco tiempo de diferencia, siguiendo un fenómeno mundial llamado La difusión del Modelo Nightingale, llegaron al Hospital Británico algunas de sus discípulas y crearon en el año 1890 la Escuela de Enfermería del Hospital Británico (Molina, 1973; Waneford-Thomson, 2001; de Titto *et. al.*, 2004). Primera escuela de Enfermería anexa a un hospital, y con la particularidad que la dirección de la escuela (hasta la década del 70) sería desempeñada simultáneamente por la *matron*²⁵, quien realizaba ambas funciones. Con elevada rigurosidad, obediencia y estricta disciplina, enfatizaba valores morales como honestidad y dedicación a la tarea de cuidar enfermos. Se reclutaban exclusivamente mujeres solteras, en su mayoría miembros de la colectividad británica; debían cumplir con un entrenamiento de tres años internadas en la institución, se incorporaban como *nurses* y al graduarse ascendían a *staff nurses*. Todas estas características le daban a sus egresadas un valor agregado, por lo que eran reclutadas para ocupar puestos de jefaturas en otras instituciones del país, así como también en otros países, muchas de ellas en el Reino Unido (Wainerman *et. al.*, 1993, Waneford-Thomson, 2001).

Las iniciativas de Grierson acerca de la formación, en especial de las enfermeras, guardan estrecha relación con su ideología respecto de la condición femenina. En esta

²⁵ *Matron*: del inglés, Jefa de Enfermería del hospital

visión, emparentada con la obra de Nightingale, la Enfermería moderna era una ocupación de mujeres, ideal para las jóvenes de familias acomodadas que buscaban una tarea decente y profesional, acorde con ciertos atributos del género. No obstante, este ideal de Enfermería moderna se encontraría constantemente postergado por la realidad que atravesaban los hospitales de la ciudad, con imperiosa necesidad de instruir al personal de ambos sexos que desempeñaba funciones sin formación ni regulación (Martin, 2015).

Describen Wainerman y Binstock (1994) que, en 1880, las mujeres y varones eran atendidos en hospitales diferentes y por personal de Enfermería de su mismo sexo. El personal de Enfermería era empírico, formado en el trabajo y sin otra preparación que la obtenida en la práctica diaria. Estaba integrado por personas de muy bajo nivel económico y social, muchos de ellos analfabetos. Sus tareas no estaban diferenciadas del resto del personal auxiliar como los peones, cocineros y mucamas. Se encontraban subordinados a las Hermanas de la Caridad por su rol intermediario con la Administración. Hasta que se crea en 1886 el primer hospital mixto, las mujeres contaban con un solo establecimiento para su atención, que además se encontraba distanciado del centro urbano. Como resultado de ello, claramente, la mayor proporción de personal de Enfermería eran varones, más de la mitad (Wainerman *et. al.*, 1994).

Al frente de esta causa Grierson alertó a las autoridades acerca de las condiciones inapropiadas que experimentaba quien se dedicaba a la Enfermería. Solicitó que se redujeran los turnos entre ocho y doce horas, que se otorgaran uniformes limpios a diario, momentos de descanso y comidas en los horarios regulares. Además, solicitó que se otorgaran los permisos para que pudieran asistir a las clases para su instrucción. Estas condiciones fueron incorporadas a sus recomendaciones luego de su viaje por Europa, donde tuvo oportunidad de visitar varias escuelas y hospitales. En particular la visita a la escuela que había creado Nightingale en el hospital Santo Tomás de Londres (Martin, 2015). En 1905 sus reclamos se materializaron en una ordenanza de la oficina de Asistencia Pública que obligaba a los hospitales de su dependencia a enviar a los enfermeros a cursar la educación formal, en carácter de alumnos internos o “comisionados”. Este régimen establecía que quienes se desempeñaban en estos establecimientos debían asistir a clase y cobraban su sueldo como si estuvieran trabajando. Por otro lado la escuela mantenía un sistema de alumnos “externos” al ámbito municipal y que debían reunir ciertas aptitudes para su ingreso. Al igual que el modelo de la escuela del Hospital Británico, el modelo de Grierson se caracterizaba por la pulcritud, el orden y la disciplina (Wainerman *et. al.*, 1993, 1994; Martin, 2015); desde

sus inicios, al ser los asistentes al curso en su mayoría personal que ejercía en los hospitales, la matriculación, en consecuencia, estaba compuesta predominantemente por varones. No obstante la escuela mantenía también una matriculación externa, que casi en su totalidad estaba compuesta por mujeres (Wainerman *et. al.*, 1994).

En 1912, Grierson se aparta de la Dirección de la Escuela, al momento en que ocurre una profunda reestructuración en el establecimiento que dejaba sin efecto la disposición de 1905. Sin acceso de los alumnos internos, la matriculación se limitaba a aspirantes externos, únicamente mujeres (lo que se mantuvo hasta 1969) (Martin, 2014, 2015, 2018); se modificaba el plan de estudios de dos a tres años, estableciendo un periodo de un año de servicio obligatorio en cualquier dependencia de la Asistencia Pública para la obtención del diploma (Wainerman *et. al.*, 1993, de Titto *et. al.*, 2004).

En 1914 comienza a implementarse el modelo británico de emplear enfermeras mujeres para desempeñarse en salas de varones. Le suceden en 1915 y 1916 nuevas disposiciones que establecieron que los puestos en los hospitales desempeñados por varones fueran reemplazados por mujeres, y que las enfermeras jefes que no contasen con su correspondiente diploma tenían un plazo de hasta un año para inscribirse en el curso (Wainerman *et. al.*, 1993). Este hecho desencadenaría, como medida de oposición, lo que se conoce como la primera huelga de enfermeros sobre el territorio, en septiembre de 1916. Sin embargo, la medida no acabó siendo efectiva ya que se reemplazó a los huelguistas por enfermeras diplomadas y alumnas de la escuela Cecilia Grierson (Wainerman *et. al.*, 1994).

En curso del nuevo siglo, la tendencia a profesionalizar los cuidados de Enfermería continuó en avance, representada principalmente por la creación de nuevas escuelas en los demás hospitales de comunidad, en dependencias de los credos organizados, en ámbitos privados como la Cruz Roja y en ámbitos públicos bajo el control de la Asistencia Pública. Los años que le siguen se caracterizaron por la ocurrencia de múltiples mecanismos de control sobre la formación de las enfermeras. Destacándose la reforma de 1937 cuando comienza a otorgarse a la profesión condiciones más dignas de empleo y, porque a diferencia de otras reformas normativas que sólo alcanzaron a las instituciones públicas, afectó a todas las instituciones incluyendo a las de colectividad, que hasta el momento mantenían características de comunidades cerradas²⁶ (Waneford-Thomson, 2001).

²⁶ Para mayor comprensión de los hechos ver el relato de Annabella W. Macintosh. (M. B. E. *Matron* en el Hospital Británico de Buenos Aires entre 1933 y 1951) en Waneford-Thomson (2001)

Los estudios de género y la feminización de la Enfermería

En el marco de las intervenciones socio políticas, que dieron lugar a la construcción disciplinar de la Enfermería argentina, podemos destacar al conjunto de medidas que otorgaron desde un primer momento una definición de género o de feminización del cuidado de la Enfermería. En la línea de estudios sobre las relaciones de género reconocemos como principales antecedentes de investigación los aportes iniciales de Wainerman y Geldstein, (1990) *Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina*, y de Wainerman y Binstock, (1993) *Ocupación y género. Mujeres y varones en Enfermería*, y (1994) *Género y calificación en el sector Enfermería*. Estos se enfocan en la descripción de la incorporación de la mujer como fuerza de trabajo y aportan a la interpretación de las intervenciones.

La Enfermería en la Argentina es una ocupación construida socialmente como “femenina”, como lo es el magisterio o el servicio doméstico. El carácter “femenino” alude a criterios estadísticos del reclutamiento genérico preferencial de los recursos humanos a los que da ocupación; también a la definición genérica atribuida culturalmente a las tareas que forman parte de su desempeño como higienizar, curar, cuidar, ayudar, confortar. (Wainerman y Geldstein 1990: 4).

La conclusión de Wainerman y Geldstein de que el carácter femenino y vocacional de la Enfermería son resultado de una construcción social (1990), resulta uno de los aportes más destacados al momento de asumir el esfuerzo por comprender las relaciones con los otros actores; además, ilumina las relaciones desiguales de poder entre aquellos profesionales que cuentan con una definición de género masculina, como es el caso de la Medicina, y la asignación de las tareas y la posición que ocupa la Enfermería en la escena sanitaria.

En la misma línea de la feminización de la Enfermería, reconocemos también los aportes de Ana Laura Martín (2014) *Parir, cuidar y asistir. El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires. 1877-1955*, (2015) *Mujeres y Enfermería: Una asociación temprana y estable (1886-1940)* y (2018) *Partear y cuidar en Buenos Aires. 1877-1920: Una aproximación comparativa*. Esta autora, retoma los hallazgos de Wainerman *et. al.* (1990) y se adentra más aún en la idea de una construcción socio política de la identidad de género de la Enfermería en Argentina. Más contemporáneos al periodo establecido para el presente trabajo, los aportes de Ramacciotti Karina Inés y Adriana Valobra, (2015) *Feminización y Profesionalización de la Enfermería (1940-1955)*. Sus aportes refieren que las desigualdades entre varones y mujeres no se originaron en el mercado de trabajo,

sino que preexistían en los espacios de la vida social al momento de su inserción laboral. La relación de subordinación da cuenta de la manera en que la diferencia y dominación sexual dio lugar a la división patriarcal del trabajo (Ramacciotti *et. al.*, 2015). La aceptación de las mujeres en áreas relacionadas con el cuidado se vinculó con el hecho de que se fue asociando estas intervenciones como una extensión de las dotes que la naturaleza les había otorgado. Las aptitudes para cuidar, la abnegación y el amor las convertían en naturalmente capacitadas para realizar las actividades vinculadas al ámbito doméstico, pero al considerar esas actividades como propias de estas condiciones naturales se produjo una desvalorización de sus tareas y como consecuencia un menosprecio a su capacitación y a sus derechos laborales; que resultó funcional para mantener los sueldos bajos o la tarea ad honorem (Ramacciotti *et. al.*, 2015). La concepción del trabajo femenino como complementario al presupuesto familiar, sostenido por los varones, reforzó el mantenimiento de salarios inferiores (Ramacciotti y Valobra, 2017). Como resultado de esta segmentación vertical surge un esquema muy notorio en el que los puestos considerados jerárquicos recaerían en los varones y los inferiores en las mujeres. Así los puestos peor remunerados eran los que se feminizaban. Incluso entre las primeras médicas había enormes obstáculos dentro de su actividad (Ramacciotti *et. al.*, 2015).

Para Wainerman *et. al.* (1990), el carácter femenino que se le otorga a una ocupación hace referencia a los aspectos estadísticos del reclutamiento genérico preferencial de los recursos humanos a los que se da ocupación, pero también a la definición genérica culturalmente atribuida a las tareas que forman parte de su desempeño; al punto de presuponer que para este desempeño se requieren características y rasgos femeninos. Asimismo, señalan que el carácter vocacional de una ocupación hace referencia a la creencia de que para poder ejercerla es necesario “haber nacido para”, “tener el don”, “haber sentido el llamado”. Martin (2015: 257), por su parte especifica aún más la feminización en la Enfermería al afirmar que ésta “resulta de 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.” Del trabajo de Martin podemos destacar que la identificación de los “discursos que operaron” y las “políticas aplicadas” son dos elementos clave para el análisis de la fuente. Resultan útiles para entender el proceso de construcción del campo disciplinar, y no sólo el carácter de género atribuido a la Enfermería. Para el autor, el cuidado dejaba de ser un acto individual o del interés exclusivo de quienes necesitaban asistencia para convertirse

en preocupaciones de otro orden, vinculadas con la higiene de la ciudad y la salud de la población (Martin, 2014).

Según Di Liscia (2005), la estructuración de la política estatal de la mano de la acción monopólica de la Medicina científica occidental, estuvo vinculada a una acelerada transformación socioeconómica, a la consecuente evolución urbana, al desplazamiento de otras posibilidades y practicantes curativos y a la conducta de la mujer, inicialmente desde el hogar. Incluso aún antes de las políticas promotoras del higienismo, las familias de la elite nacional habían sido ejemplo de orden social al tomar pautas occidentales modernas, tales como la incorporación del espacio privado y las reglas de comportamiento con foco en el distanciamiento interpersonal, y nuevas pautas arquitectónicas europeas que se unían a esta nueva sensibilidad estética e higiénica. Así la valoración positiva de la limpieza se expandió hacia el resto de la sociedad letrada con anterioridad al control higiénico estatal (Di Liscia, 2005).

Por su parte el Estado, mediante la promoción del acceso masivo a la educación primaria y la prolongación de estos quehaceres domésticos hacia los hospitales, vehiculizó la corriente higiénica hacia otros sectores de la sociedad por medio de las instituciones educativas y sanitarias. En ese ámbito, se destacó la presencia de dos actores clave con identidad de género formada o en formación por aquel momento- la maestra y la enfermera. En un momento donde el espacio reservado para la mujer era el doméstico, marcado por una fuerte connotación social por evitar que los puestos de trabajo fueran ocupados por mujeres, surge esta nueva corriente de convocatoria laboral (Wainerman *et. al.*, 1990; Wainerman *et. al.*, 1994; Di Liscia, 2005; Martin, 2014; 2015). Los mismos motivos que promovieron el alejamiento de las mujeres en general del trabajo extra doméstico fueron, a su vez, las razones para convocarlas a los ámbitos laborales vinculados al cuidado y la asistencia de terceros (Martin, 2014).

Esta definición de género acentuaba la brecha en las relaciones de poder dentro de la estructura sanitaria, con una fuerte segmentación vertical, que permitía que los puestos jerárquicos fueran ocupados por varones y los inferiores por las mujeres (Ramacciotti *et. al.*, 2017). Sin embargo existe otra interpretación de estas medidas; esta refiere que la exclusión de la mano de obra masculina de la Enfermería respondía también a los intereses del mercado de trabajo en cuanto a las necesidades del desarrollo industrial proyectado. Hipótesis que se vería reforzada por la continuidad de la medida de no admitir varones en las escuelas de Enfermería hasta 1969.

Como ya fue mencionado, en 1880, mujeres y varones se atendían en hospitales diferentes y eran asistidos por personal de Enfermería de su mismo sexo, y Buenos Aires contaba solo con un hospital de mujeres. En consecuencia, el campo del cuidado exhibía una mayor presencia de varones en la Enfermería, más de la mitad (Wainerman *et. al.*, 1994). El Censo Nacional de Población de 1895 exhibía que en los hospitales de comunidad, como el Hospital Italiano, los varones representaban el 87.5 % del personal de Enfermería; en el Francés el 83.3 %; en el Alemán el 50 %, mientras que en el Británico, que era el que representaba con mayor fidelidad el modelo de Nigthingale, el personal masculino solo era del 11,1%. En 1907, en la Asistencia Pública, entre los nueve establecimientos dependientes de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y la Asistencia médica a domicilio de urgencia, los Primeros auxilios y los Consultorios externos, el 71 % del personal de Enfermería eran varones. En el mismo Censo, del personal de Enfermería de los hospitales de dependencia nacional, el Militar y de Clínicas, el personal masculino era de un 100 y un 78% respectivamente. Sólo en los hospitales destinados a la atención de mujeres y niños el 100% del personal de Enfermería era femenino (Wainerman *et. al.*, 1994).

La historiografía da cuenta de que hasta 1912 – cuando se inicia el proceso político de feminización - había un elevado índice de masculinidad en los puestos de Enfermería. Desde las referencias a los primeros hospitales del territorio a cargo de la Orden de los Hermanos Bethlemitas, hasta las menciones de los enfermeros en establecimientos de salud entre finales de S XIX y principios de S XX (Molina, 1973; Wainerman *et. al.*, 1990; Wainerman *et. al.*, 1994; de Titto *et. al.*, 2004; Ramacciotti *et. al.*, 2017). La responsabilidad de estas nuevas medidas puede atribuirse a figuras como Cecilia Grierson, portavoz del modelo de Florence Nigthingale (Ramacciotti *et. al.*, 2017), destacada también por Wainerman y Binstock (1994) para referirse a la idea de un ejercicio de la Enfermería naturalmente femenino.

La mujer es más apta que el hombre para esta clase de estudios, para esta tarea de abnegación sincera, que requiere un trato suave y labor paciente, algunos conocimientos generales, nociones de higiene, economía doméstica y cierta cultura más propia de la mujer y no del hombre de esa clase social. (Libro de Resoluciones dictadas por la Asistencia Pública. Copiador N° 98 de la Escuela Cecilia Grierson, 1912-1918. En Wainerman y Binstock 1994: 49).

Si bien, la escuela fundada por Grierson sentaba sus bases en los principios impartidos por Nigthingale, desde sus inicios tanto dentro del Círculo Médico como en su establecimiento posterior en la esfera de la Asistencia Pública, al ser los asistentes prioritariamente personal que ejercía en los hospitales, los alumnos del curso eran

consecuentemente en su mayoría varones. No obstante, la escuela mantenía también una matriculación externa, que casi en su totalidad estaba compuesta por mujeres. Dado que, la regularidad en la asistencia de los alumnos internos se encontraba afectada por la falta de apoyo de los Directores de los hospitales, que no concibieron la necesidad de dar instrucción específica al personal de Enfermería de los hospitales, la mayor cantidad de diplomados eran las alumnas externas (Wainerman *et. al.*, 1994).

Como ya fue señalado, en 1912, Grierson se aparta de la Dirección de la Escuela y ocurre una profunda reestructuración en el establecimiento, en la que no solo se deja sin efecto el acceso de los alumnos internos al sistema de hospitales, sino que se limita a funcionar con aspirantes externos, por lo que se matricula estrictamente sólo a mujeres. En ese momento comienza a materializarse el carácter femenino asociado a la labor de la Enfermería en Argentina (Wainerman *et. al.*, 1994).

Reiteramos que, en 1914, comienza la implementación del modelo británico de emplear enfermeras mujeres para desempeñarse en salas de varones, que continúa con el reemplazo en 1916 de enfermeros varones por mujeres en los hospitales municipales. Este hecho desencadenaría una huelga de enfermeros, que no resultaría efectiva ya que los puestos de los huelguistas fueron inmediatamente reemplazados por enfermeras diplomadas y alumnas de la escuela Cecilia Grierson (Wainerman *et. al.*, 1994).

Como resultado de esta política el Censo Nacional del año 1947 da cuenta de que la proporción de mujeres desempeñándose en la Enfermería era del 61%. Según las estimaciones de la Dirección de Estadísticas y Censos, para 1957, las mujeres ocupaban el 80% de esta rama sanitaria. Y el Primer Catastro Nacional de Recursos Humanos y Servicios de Salud realizado por el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública no discriminó la información por sexo, dejando por sentado que en el área Enfermería se trataba siempre de mujeres (Ramacciotti *et. al.*, 2017).

El proceso de profesionalización y su relación con las otras profesiones

En lo que refiere a la historia de las profesiones reconocemos como antecedentes los trabajos de González Leandri, (1999) *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1852-1886*, (2000^a) *Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX*, y (2004) *El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900*. Este realiza una descripción del proceso de

profesionalización médica en Argentina a mediados del siglo XIX; señala las implicancias sociopolíticas y los espacios en donde se desarrollaron los dispositivos institucionales y los discursivos necesarios para concretar dicho proceso, así como también los actores en pugna por los espacios requeridos.

El proceso de la profesionalización médica se asoció con una delimitación compleja y conflictiva de un espacio para la práctica, que sólo pudo realizarse recortando atribuciones a un conjunto muy amplio de otros agentes (curanderos, homeópatas, farmacéuticos, filántropos, políticos, funcionarios, damas de la caridad y otros); esto implicó, al mismo tiempo, procesos internos de disciplinamiento, subordinación y elaboración de instancias académicas e institucionales que facilitaron la obtención del monopolio cognitivo. Y ocurrió en un marco de relaciones próximas con el Estado provincial y nacional, en simultaneidad con el surgimiento del higienismo como política de salud pública para tomar posición dominante de la esfera social, y con la aparición de sus primeros órganos de difusión (González Leandri, 2000^a).

En cuanto al proceso de profesionalización de la Enfermería, Ramacciotti Karina Inés y Adriana Valobra en (2015) *Feminización y Profesionalización de la Enfermería (1940-1955)*, y (2017) *El Dilema Nigthingale: Controversias sobre la profesionalización de la enfermería argentina* señalan que este proceso en Argentina guarda relación directa con el proceso de feminización de esta última y con el proceso de profesionalización de la Medicina. En el campo de la sociología de las profesiones se presenta la ambivalencia a la hora de catalogar a la Enfermería como una profesión o como una ocupación paramédica. Esta última posición se sostiene en que la Enfermería no pudo acumular y usar sus conocimientos bajo sus propios estándares ni tampoco puede actuar sin el control y supervisión de actores externos (Ramacciotti *et. al.*, 2015).

En relación con el proceso de profesionalización médica en Argentina, tal como refiere González Leandri (1999), éste guarda por sí mismo particularidades que lo hacen especial y diferente a movimientos similares en otros países. Los médicos reconocían la importancia de los enfermeros como asistentes o auxiliares pero mantenían muchas dudas en torno a cómo ceder atribuciones y responsabilidades sin perder terreno (Ramacciotti *et. al.*, 2015).

Los discursos en relación a la Enfermería

En cuanto a los antecedentes respecto de los discursos, se reconoce el trabajo de Coelho de Souza Padilha María, Vera Regina Sales Sobral, Lucía Ramalho Leite, Maria Angélica Peres y Andreia de Araújo, (1997) *Enfermeira: A construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século*. Este trabajo analiza los discursos de los médicos y de las enfermeras en el marco de los primeros pasos de la formación disciplinar de la Enfermería en Brasil, y su relación con el surgimiento de una ideología, conocimientos y comportamientos modelados a complacencia por el colectivo médico.

Para estos autores el poder disciplinador de las palabras, aplicado sobre la práctica de la Enfermería y sobre la creación y perpetuación de sus estereotipos, puede ser visibilizado y comprendido por medio del análisis de los discursos de los médicos sobre el deber ser de la Enfermera. En este deber ser, modelado a lo largo de los años, se configuran las cualidades que ella debe tener para ser considerada una buena enfermera. La hegemonía médica en relación al direccionamiento de la enseñanza teórica-práctica de la Enfermería influyó sobremanera en la propia conducción de las relaciones entre los profesionales de la salud y reafirmó el poder de la práctica médica sobre la de la Enfermería (Coelho de Souza Padilha *et. al.*, 1997).

También reconocemos los aportes de Pina Queirós Paulo, Antonio José Almeida Filho, Ana Paula Almeida Montero, Tânia Cristina Franco Santos y María Angélica de Almeida Peres, (2017) *Debates Parlamentares em Portugal de 1821 a 1910: identificação de fontes para a História da Enfermagem*, y (2018) *O cuidado e bom serviço dos enfermeiros em 1821-1822*. Trabajos que, si bien se ocupan de otras realidades (Portugal y Brasil), guardan valor en relación a los fines de este trabajo por los criterios en que basan su periodización y las referencias al surgimiento de las primeras escuelas de Enfermería. Con foco en identificar qué se discutía y analizaba en relación a la Enfermería en los discursos presentes en los debates parlamentarios en cada uno de esos países en los diarios de sesiones de los parlamentos. Este trabajo recupera las siguientes categorías o bloques temáticos: La figura del enfermero, Referencias a la Enfermería, Proyecto de Reglamentaciones, Organización de los espacios de Enfermería. Estas se reflejan en las categorías identificadas en el *corpus* de esta tesis.

El marco teórico

Este trabajo se propuso indagar la historia de la conformación de la Enfermería como disciplina en Argentina, para ello toma como objeto del estudio los conocimientos, valores y prácticas del campo del cuidado, y los destinatarios de estos saberes, presentes en el discurso médico. Se estudian estos discursos, como productores de conocimientos, valores y prácticas sobre la Enfermería a partir de reconocer a la Medicina y sus actores como uno de los campos de construcción social del cuál deviene el discurso pedagógico para la formación de la Enfermería. Esta línea de abordaje se enmarca teóricamente en las ideas de Bernstein (1997) quien explica que un *discurso pedagógico* se conforma socialmente e históricamente en un proceso de construcción social. Este autor refiere que el *discurso pedagógico* es a su vez portador de otros discursos, que son variados respecto de los campos de procedencia, así como de las prácticas que el *discurso pedagógico* recontextualiza.

Para entender la conformación y tensión entre saberes – al interior de un *campo* y entre *campos* – este trabajo también se apoya en la *teoría de los campos* de Pierre Bourdieu. Según este autor un *campo* puede ser definido en términos analíticos como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones (Bourdieu, 2002). Dichas posiciones estarían objetivamente definidas, en su existencia y en la manera que se imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su presencia (real o potencial) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital), cuya posesión a su vez ordena el acceso a las ventajas que estarían en juego en dicho *campo*; así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, etc.) (Bourdieu y Wacquant, 2005). Tal como un campo magnético, constituye un sistema de líneas de fuerza, esto es, los agentes o sistemas de agentes que forman parte de él pueden describirse como fuerzas que, al surgir, se oponen y se agregan, otorgándole su estructura específica en un momento dado del tiempo. A su vez cada uno de ellos está determinado por su pertenencia a dicho *campo* (Bourdieu, 2002).

En cuanto al *campo intelectual*, si bien es cierto que la estructura del mismo puede ser más o menos compleja y más o menos diversificada según las sociedades o según las épocas, y el peso funcional de las diferentes instancias legítimas o que pretenden legitimación cultural se encuentre en cada caso modificado. No es menos cierto que algunas relaciones sociales fundamentales se encuentran a partir del momento en que existe sociedad intelectual dotada de una autonomía relativa respecto de poderes político,

económico y religioso: -Relaciones entre actores sociales contemporáneos o de épocas diferentes, igual o desigualmente consagrados. -Relaciones entre los actores sociales y las diferentes instancias de legitimidad, instancias de legitimación legítima, o que pretenden legitimación (academias, sociedades, círculos, grupos minúsculos más o menos reconocidos). -Instancias de legitimación y transmisión como las revistas científicas. En sí, la relación que cada intelectual pueda tener con cada uno de los demás miembros de la sociedad intelectual está mediatizada por la estructura del *campo intelectual*, o más precisamente por su posición en relación a las autoridades culturales. Sin embargo, en el seno del *campo intelectual* como sistema estructurado, todos los individuos y todos los grupos sociales que se encuentran abocados a los bienes de cultura, sostienen no sólo relaciones de competencia sino también de complementariedad funcional (Bourdieu, 2002).

Finalmente, este trabajo procura interpretar los hallazgos desde un enfoque que guarde relación con el proceso de conformación de una *profesión*. Con este fin este trabajo se apoya teóricamente en los conceptos de Eliot Freidson. Según este autor un término como *profesión*, con tantas connotaciones y denotaciones, no podría emplearse en un discurso preciso sin una definición (2001). Sin embargo, en palabras de dicho autor, en los intentos por lograr una definición ha habido una tendencia a confundir el acto de especificar las características definitorias con las características particulares, y este problema se produjo al intentar abordar las *profesiones* como si se tratara de un concepto genérico más que de un concepto que va cambiando con la historia (Freidson, 1998; 2001). El concepto de *profesión* para Freidson estaría intrínsecamente ligado a un periodo particular de la historia y con un número limitado de naciones en dicho periodo. Por un lado se encuentra el concepto de *profesión* asociado a un amplio estrato de ocupaciones relativamente prestigiadas, pero de muy diversa índole, en los que los miembros cuentan con algún tipo de educación superior y se identifican más por su estatus que por sus habilidades ocupacionales específicas. Y por otro lado el concepto de *profesión* como un número limitado de ocupaciones que tienen más o menos rasgos característicos institucionales e ideológicos particulares. Este último es el que permitiría pensar en profesionalismo como una forma de organizar una ocupación, lo que representaría más que un mero estatus, ya que produce identidades ocupacionales distintivas y nichos excluyentes en el mercado de trabajo que separan cada ocupación de las demás y a veces las oponen entre sí (Freidson, 2001). Observando el desarrollo histórico del proceso que acompaña a estos dos conceptos relacionados a las *profesiones* podemos identificar por

un lado a las denominadas *profesiones educadas originales* –Medicina, Abogacía y el Sacerdocio- que se originaron en las universidades medievales europeas. Las que obtuvieron su estatus por medio del acceso a la educación de elite, siendo el rasgo distintivo el haber asistido a una prestigiosa casa de estudios. Mientras que por el otro lado ubicamos a las otras *profesiones*, que surgieron de la mano del industrialismo capitalista durante el siglo XIX, principalmente en Inglaterra y los Estados Unidos, y se las reconoce en la literatura como *profesiones ocupacionales*, entre las que se identifica a la Enfermería. Organizadas para darle orden a la ocupación, para obtener estatus de caballeros educados y para alcanzar un espacio seguro y privilegiado en la economía por medio de nichos excluyentes que obtienen de parte del Estado frente a la competencia misma del mercado de trabajo. Siendo su rasgo distintivo un conocimiento especializado, la ética y un servicio de importancia para la sociedad. Fruto del esfuerzo por alcanzar el reconocimiento del estado es que surge el *proceso de profesionalización* (Freidson, 2001). Particularmente, y tal como fue presentado, nos apoyamos en el trabajo de González Leandri (1999; 2004) que analiza del proceso de profesionalización médica en Argentina a mediados del siglo XIX.

El contexto histórico

Durante las últimas décadas del siglo XIX la República Argentina experimentó un notable progreso económico y una importante transformación social como resultado de la incorporación de las regiones del litoral del país al mercado mundial. El auge de las inversiones extranjeras, el crecimiento de las infraestructuras y de las exportaciones, la llegada de los inmigrantes y la urbanización fueron factores decisivos en ese periodo (González Leandri, 2004).

El país se embarcó desde mediados del siglo XIX en lo que los contemporáneos llamaron “el progreso” cuando en el mundo sucedía la integración plena del mercado y la gran expansión del capitalismo. Sin embargo, inicialmente hubo que superar algunas limitaciones. La principal de ellas era la deficiente organización institucional, por lo que resultaba fundamental la tarea de consolidación del Estado. Para ello, hubo que superar dos instancias fundamentales: resolver los conflictos internos alcanzando la paz y el orden; y lograr el control efectivo sobre el territorio (Romero, 2017).

Superadas la etapa de guerras civiles, la guerra con el Paraguay (1865-1870) amalgamaba algunas de las diferencias internas. En adición, la resolución de los últimos

frentes de conflictos, la capitulación de Entre Ríos, que era rival de Buenos Aires en la conformación del nuevo Estado; y la victoria frente a la rebelión de Buenos Aires, en disidencia frente a la designación de esta como Capital Federal. Esto permitió al Estado Nacional afianzar su dominio, garantizar para el Ejército nacional el monopolio de la fuerza, y comenzar a definir los límites de la frontera nordeste. Los límites territoriales de la frontera sur se resolvieron mediante la Campaña del Desierto que en 1879 arrebató los territorios patagónicos al control indígena (Romero, 2017).

De este modo el Estado logró definir con claridad los límites territoriales y separar las cuestiones internas de las externas; pero fundamentalmente sobre estos logros militares logró configurar un nuevo escenario institucional, con un marcado centro de poder presidencial apoyado sobre las bases jurídicas de la Constitución sancionada en 1853. Sobre este escenario en 1880 asumió la presidencia Julio A. Roca, y aunque se había cumplido con lo más pesado aún faltaba mucho trabajo por completar (Romero, 2017).

Para facilitar la inserción de la Argentina en la economía mundial el Estado mantuvo una estrecha relación con Gran Bretaña. Limitada en un principio a lo comercial, estos vínculos se afianzaron luego mediante las relaciones financieras. A los rubros tradicionales –comercio, bancos, préstamos al Estado- se agregaron luego los préstamos hipotecarios sobre las tierras, las inversiones en empresas públicas de servicios como tranvías, aguas corrientes y sobre todo en los ferrocarriles. Los dos mil quinientos kilómetros de vías que existían en 1880 se transformaron en treinta y cuatro mil en 1916. Estas líneas sirvieron para integrar el territorio y garantizar la presencia del Estado, pero fundamentalmente permitieron la expansión de la agricultura y la ganadería (Romero, 2017).

Esta expansión requirió abundante mano de obra, y el país que había venido recibiendo cantidades de inmigrantes de manera creciente, estableció estrategias de atracción que lograron incrementar la inmigración considerablemente a partir de 1880 (Romero, 2017). La población durante el primer censo llevado a cabo en 1869, registraba 1.737.076 habitantes; en el censo de 1895 alcanzaba a 3.954.911 habitantes, con un ritmo de crecimiento poblacional en este periodo de 30.1 puntos. Para el tercer censo de 1914 la población del país era de 7.885.237 habitantes y marcaba 36.8 puntos de crecimiento anual medio en este periodo inter censal (Germani, 1987).

La distribución geográfica de la población resultó influenciada por las migraciones internas y externas. El centro demográfico se caracterizó por una fuerte tendencia de

desplazamiento de la población hacia las provincias del litoral y la provincia de Buenos Aires, particularmente la Capital Federal y el Gran Buenos Aires. En esta última región en el censo de 1869 el ritmo migratorio interno alcanzaba del 13% del total de la población, y en 1914 del 15%.

Asimismo, la orientación seguida por los inmigrantes extranjeros no difería de la orientación llevada a cabo por los internos; no obstante, conservaría una tendencia centrípeta más pronunciada hacia estas regiones. En 1914, la tercera parte de la población del país eran extranjeros, en zonas como Buenos Aires esa proporción era mucho mayor: la mitad de los habitantes del Gran Buenos Aires había nacido en el exterior (Germani, 1987). Los inmigrantes demostraron gran flexibilidad y adaptación a las condiciones del mercado laboral. En la década del ochenta se concentraron principalmente en las grandes ciudades, trabajando en la construcción de obras públicas y la remodelación urbana, pero a mediados de la década siguiente se volcaron masivamente a las áreas rurales como consecuencia del crecimiento de la agricultura (Romero, 2017).

Este desequilibrio demográfico se hallaba directamente relacionado con la estructura económica. Idéntica tendencia centrípeta presentaban la estructura del sistema de transportes, y sus métodos de explotación, la forma y distribución asumida por el desarrollo agrícola-ganadero, así como el surgimiento y emplazamiento de la industria (Germani, 1987). Entre 1892 y 1913 se quintuplicaron la producción de trigo y las exportaciones totales. A partir de 1900 comenzó a añadirse la carne a las exportaciones con la incorporación de los frigoríficos. En vísperas de la primera guerra mundial la Argentina era uno de los principales exportadores mundiales de cereales y de carne. El sector industrial alcanzó una dimensión significativa e incorporó abundante mano de obra (Romero, 2017).

El periodo 1895-1914 se caracterizó por el incremento de los núcleos poblacionales más reducidos y de tamaño mediano, mientras que a partir de este se da el pasaje de numerosas ciudades a categorías de mayor importancia cuantitativa. En 1914 sólo el Gran Buenos Aires, Córdoba y Rosario concentraban más de 100.000 habitantes. La tendencia a revertir la distribución de la población desde las zonas rurales hacia las zonas urbanas se fue dando progresivamente a lo largo de este periodo. En el censo de 1869 el 72% de la población se concentraba en la zona rural. En cambio, en 1914 esto se habría revertido concentrando el 53% de la población total en las zonas urbanas. Solamente Buenos Aires con 1.999.000 de habitantes, concentraba el 25% del total del país (Germani, 1987). La mayoría de los trabajadores instalados en la ciudad eran extranjeros. Sus ocupaciones

laborales eran heterogéneas, había jornaleros sin calificación, artesanos calificados, vendedores ambulantes, sirvientes y obreros. Sin embargo, sus condiciones de vida eran similares, vivían hacinados en los conventillos del centro de la ciudad, cercanos al puerto o al barrio de La Boca donde muchos trabajaban. Las malas condiciones de la vivienda, el elevado costo de los alquileres, los problemas sanitarios, las epidemias, la inestabilidad en los empleos y los bajos salarios eran condiciones que sometían a este sector de la población (Romero, 2017).

La atracción de inversiones extranjeras fue otra de las estrategias que el Estado llevó adelante para estimular el crecimiento económico. Estas inversiones fueron promovidas con amplias garantías en donde el propio Estado asumió el riesgo en las que resultaban menos atractivas. Se aceptó la depreciación en beneficio de los exportadores y hasta 1890 se manejó el crédito con amplia liberalidad. Una de las empresas en la que el Estado se hizo cargo fue la Campaña del Desierto de la que resultó la incorporación de vastas extensiones de territorio, que luego fueron transferidos en grandes fracciones por un monto mínimo a particulares poderosos y bien relacionados. Esta acción resultó decisiva para la incorporación de la clase terrateniente. Que pese a contar con la generosidad del Estado exhibieron una gran habilidad para adecuarse a las condiciones del mercado y buscar en todo momento el máximo posible de ganancias. En torno al Estado se consolidó un importante sector de especuladores, intermediarios y financistas cercanos al poder, que prosperó por medio de concesiones, préstamos, obras públicas, compras o ventas, especialmente en la década del ochenta (Romero, 2017).

La inmigración masiva y el progreso económico remodelaron profundamente a la sociedad argentina. Mientras los inmigrantes se mezclaban entre los criollos, generando nuevas alternativas y una cultura híbrida, las clases altas se mostraban reticentes y tradicionales, exhibiendo su argentinidad se ocupaban de resaltar sus antecedentes patricios y sus apellidos, a la vez que ostentaban lujo y riquezas con el fin de dejar bien claras las diferencias de clase. Se fue constituyendo una aristocracia que se reservó el manejo de la alta política, la que estaba a cargo de notables provenientes de familias tradicionales (Romero, 2017).

En la cúspide del sistema político la selección del personal quedaba en manos del presidente y los acuerdos que este llevara a cabo con los otros gobernadores y los círculos de notables. Mientras que en los niveles más bajos la competencia se daba entre caudillos electorales quienes articulaban un conjunto de artificios que garantizaba la permanencia en el poder por medio del fraude electoral. Todo ello en un contexto con una parca

voluntad general de participar en las elecciones y un escaso interés de los extranjeros en nacionalizarse. Esta falta de competencia entre partidos políticos alternativos y la estructuración en torno a un partido único - el Partido Autonomista Nacional (PAN) -, cuyo jefe era el presidente de la república, le dieron a ese régimen político las condiciones para perdurar (Romero, 2017).

En el intento de dar forma a la masa de extranjeros desarraigados emergieron un conjunto de competidores: la Iglesia, las asociaciones de colectividades, y particularmente los grupos políticos contestatarios. Las Leyes de registro civil y de matrimonio civil marcaron presencia del Estado en los actos que hasta entonces se encontraban regulados por la Iglesia; la Ley de servicio militar obligatorio colocaba a los hombres, al llegar a la mayoría de edad, en situación de ser controlados, disciplinados y argentinizados; la Ley 1420 establecía una educación primaria laica, gratuita y obligatoria, que desplazaba a la Iglesia y a las colectividades, asumiendo el Estado la alfabetización, integración y nacionalización de los niños hijos de los inmigrantes. No obstante, el Estado no pudo hacerse con el control de esa masa de adultos trabajadores casi impermeables a su mensaje, dejando el campo de acción libre para un sector de intelectuales contestatarios, particularmente los anarquistas, que encontraron el lenguaje adecuado para dirigirse a esa masa de trabajadores dispersa, extranjera y segregada. La huelga general y el levantamiento eran los instrumentos para la lucha por las reivindicaciones. Frente a ello el Estado adoptó una fuerte actitud represora y, mediante la Ley de residencia comenzó a expulsar a los extranjeros más revoltosos. Comenzó así un periodo de gran agitación social que inició en 1890 y llegó a su punto crítico en las huelgas de 1910 (Romero, 2017).

El sistema político diseñado por la elite, que había sido eficaz mientras la sociedad se mantuvo pasiva, comenzaba a exhibir sus debilidades frente al surgimiento de nuevas expresiones. Anarquistas, socialistas y sindicalistas, sumado a las disidencias al interior del partido, que no pudo encontrar instrumentos para resistir al reclamo en favor de las reformas, llevaron al régimen al borde del jaque mate. Lo que terminó por completarse en las elecciones que, sobre la plataforma que brindaba la Ley del sufragio universal, secreto y obligatorio de 1912; otorgó en 1916 el triunfo de Hipólito Yrigoyen en representación de la Unión Cívica Radical (Romero, 2017).

Junto a los esfuerzos por lograr un estado-nación, ocurrieron epidemias que obligaron a tener en cuenta además de una educación común, una protección común ante la inseguridad sanitaria, que amenazaba la salud colectiva y también con interrumpir el

comercio internacional (Veronelli *et. al.*, 2004^b). En este sentido fue crucial el papel que desempeñaron los grupos de intelectuales y profesionales. Quienes se amalgamaron en redes profesionales, en pugna por el acceso a recursos materiales y simbólicos, y participaron en el complejo proceso de consolidación y adquisición de autonomía en determinados campos de saberes y prácticas específicas. Al mismo tiempo que estaban “construyéndose” a sí mismos, también construían, o colaboraban en la creación de las dimensiones del Estado a las que se asociaban (González Leandri, 1999; 2000^a; 2004).

Fue en el área de la atención de la salud y del control higiénico donde la creciente preocupación del Estado y el naciente entramado profesional más se interrelacionaron, incorporando los criterios de intervención sobre la sociedad que se harían evidentes con el despliegue de la Cuestión Social²⁷ a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (González Leandri, 1999; 2000^b; 2004; 2013).

En 1858 se presentó la epidemia de fiebre amarilla, en 1864 y 1867-1868 el Cólera abatió a la población de Buenos Aires produciendo una ola de migraciones hacia los pueblos de la periferia, y en 1870-1871 nuevamente la fiebre amarilla sacudió Buenos Aires provocando pánico entre los habitantes. La clase acomodada abandonó sus casas de la zona sur para desplazarse hacia los barrios del norte de la ciudad. Así, las viviendas deshabitadas pasaron a ser conventillos ocupados en su mayoría por familias de inmigrantes. Con elevado impacto sobre la población, el higienismo promovió una serie de obras de infraestructura y saneamiento urbano, que además fueron utilizadas como herramienta para consolidar una mayor influencia médica (González Leandri, 1999; 2004).

En 1886, una epidemia más afectó a Buenos Aires. Una de las características más destacables de dicha epidemia de cólera, es que fue la primera después de los descubrimientos de Koch en 1883. Si bien pudo ser controlada en la ciudad de Buenos Aires, afectó seriamente a otras regiones del interior del país. Esto no impidió que se

²⁷ El orden social o cuestión social es definida por James Morris como la totalidad de las “consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y urbanización nacientes: una nueva forma del sistema dependiente de salarios, la aparición de problemas cada vez más complejos pertinentes a viviendas obreras, atención médica y salubridad; la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses de la nueva clase trabajadora...” pero para Suriano el concepto es más abarcador aún que el problema obrero, siendo su injerencia transversal a problemas como pobreza, criminalidad, prostitución, enfermedad y las epidemias o el hacinamiento habitacional; (Suriano 2000). Hacia fines de siglo el término era utilizado, sobre todo, para puntualizar la amenaza que una parte de estos sectores significaba para el sistema social y económico imperante. Se articuló de manera cada vez más precisa en el pensamiento e iniciativas de las élites y de los altos funcionarios estatales dando origen a procesos de regulación y control de las condiciones de vivienda, alimentación e incluso moralidad de sectores específicos de la población. Es también innegable que en buena medida atravesó el camino que le marcaron la historia urbana y la peculiar experiencia de unos nuevos sectores populares de base inmigratoria. También se asociaron a la conformación de la salud como parte de la Cuestión Social en Argentina las distintas respuestas, iniciativas y maneras adoptadas por un Estado incipiente, que poco a poco y con mayor fuerza a partir de 1880, fue ampliando su autonomía y dimensiones (González Leandri, 2000^b)

produjeran conflictos originados en malentendidos y superposición de funciones sobre todo entre la Asistencia Pública, el Consejo Municipal y el intendente. Quedaron expuestos una multiplicidad de problemas involucrados en la definición del perfil urbano de Buenos Aires y de los límites políticos de los profesionales médicos involucrados. Y lo complejo que resultaba el mantenimiento del vínculo entre la ciudad recientemente federalizada, sus elites e instituciones, con las autoridades del Estado en el marco del nuevo sistema político institucional del país (González Leandri, 2004).

La Medicina local caracterizada por el surgimiento de la Medicina moderna, con el avance de la ciencia y la aplicación de los principios de asepsia, generó cambios determinantes en los hospitales, dejando de ser depósitos de enfermos para convertirse en centros de curación (Wainerman *et. al.*, 1993). Se produjo en consecuencia un crecimiento exponencial en la cantidad de instituciones y por consiguiente de los servicios de salud. Se inició entonces el desarrollo de la Higiene Pública con la destacada participación del Dr. Guillermo Rawson (primer profesor de higiene) y luego de quien fuera su alumno el Dr. Emilio Coni quien estaría a cargo de la Asistencia Pública, creada en 1883 (González Leandri, 2004; Veronelli *et. al.*, 2004^a).

El Consejo de Higiene representó históricamente el reconocimiento institucionalizado de la incipiente corporación médica. Su incorporación a la escena data de octubre de 1852, cuando un decreto del Gobierno Nacional desdobló las atribuciones del antiguo Tribunal de Medicina asignándole al nuevo organismo el asesoramiento de las autoridades en cuestiones vinculadas al control sanitario y la vigilancia del ejercicio del arte de curar. En sus comienzos se vio en serias dificultades para cumplir con sus objetivos por lo que debió soportar todo tipo de críticas. Ciertos cambios se produjeron en 1867 debido a la epidemia de cólera que obligó al gobierno a replantearse sus objetivos. Desbordado por la epidemia de 1871 y a pesar de la solicitud de reformas inmediatas que surgieron tras la grave epidemia, recién en 1877 el Consejo se vio empoderado por medio de una Ley del arte de curar que amplió sus competencias. El Consejo de Higiene Provincial fue finalmente nacionalizado por un decreto de 1880 y transformado en el Departamento Nacional de Higiene, bajo la dependencia de los ministros de Guerra y Marina o del Interior, según que los asuntos de su competencia se refieran a la higiene sanitaria del puerto, de la armada, del ejército o del territorio federalizado. Tenía a su cargo todo cuanto se relacione con la salud en las diversas

reparticiones de la Administración Nacional²⁸ (González Leandri, 2004; Veronelli *et. al.*, 2004^a).

Dilucidar el contexto histórico del periodo que abarca esta tesis permite aproximar y enriquecer la interpretación del contenido de las fuentes analizadas. Comprender el escenario en el que se elaboró el *corpus* permite analizar con mayor caudal su contenido, pero en particular permite operar con mayor pericia sobre aquello que rodeaba y a su vez ofrecía argumentos a la producción de las fuentes analizadas. Por ello, para responder con los objetivos planteados resultó indispensable interpretar la relación que guarda el contenido de los discursos con un escenario de búsqueda de consolidación político-institucional y profesional. También la relación que guarda con la atracción de capitales y mano de obra extranjera y su consecuente determinación del perfil sociocultural de la incipiente nación, con su demografía y la marcada definición de los estratos que la compusieron. Así como también con los esfuerzos de alcanzar el estatus profesional de una corporación médica que bregaba por monopolizar el arte de curar, y con las epidemias que amenazaron la salud colectiva y el comercio internacional.

²⁸ El 31 de diciembre de 1880 se decreta la creación del Departamento Nacional de Higiene, sus deberes y atribuciones son: 1°. Proponer la reglamentación y la organización del cuerpo médico del ejército y de la armada ó las reformas que crea convenientes en las disposiciones vigentes. 2°. Proyectar las medidas sanitarias para los puertos ó las modificaciones que considere necesario introducir en las existentes. 3°. Someter a la aprobación del Gobierno medidas de carácter permanente o transitorias que tengan relación con el mantenimiento de la higiene en el ejército y armada, las reparticiones todas de la Administración y en los edificios nacionales. 4°. Tener bajo su jurisdicción y superintendencia todos los servicios de carácter médico o sanitario de la Administración y proveer a su mantenimiento y reforma. 5°. Informar a las autoridades nacionales en casos de consulta y en carácter de perito obligado a los jueces en los juicios médicos legales. 6°. Vigilar el ejercicio legal de la Medicina, de la farmacia y demás ramos del arte de curar, con arreglo a las disposiciones vigentes de la Provincia de Buenos Aires, hasta que el Congreso dicte la ley que rijan esta materia para la Capital. [...]” (Veronelli *et. al.*, 2004^a: 230-231)

CAPÍTULO 3

ACTORES QUE SE MANIFIESTAN EN RELACIÓN A LA ENFERMERÍA

Es conveniente reiterar que, si bien este trabajo se propuso identificar qué actores se manifestaron discursivamente en relación a la Enfermería, el *corpus* se encuentra conformado por artículos de publicaciones periódicas médicas dado que la Enfermería no conformaba aun una profesión institucionalizada con su campo propio de saber, por lo que no contaba con publicaciones específicas a tomar como fuentes. No obstante, si bien casi en su totalidad, las voces que identificamos en estas fuentes son las de los médicos, resulta interesante reconocer la diversidad de las posiciones que asumen al respecto y el espacio simbólico o institucional desde el que se expresan en las páginas de estos órganos de difusión profesional.

Es conveniente aclarar que, en esta diversidad de voces y posiciones institucionales, hemos tomado la decisión de referirnos a “la voz del Estado” cuando damos cuenta de las opiniones expresadas por médicos que se desempeñaban en funciones políticas que no estaban vinculadas con el ejercicio de la Medicina, tales como la intendencia o el consejo deliberante. Diferenciándolos de otros médicos que emitieron sus opiniones desde el espacio de las instituciones médicas estatales. A estos últimos los presentamos junto a las demás instituciones médicas.

La voz del Estado

El Estado, por su jerarquía organizacional, ha sido el actor social de mayor relevancia entre quienes se manifestaban en las páginas de las revistas médicas analizadas. Este se expresaba en este espacio de opiniones de pares en la voz de los médicos que se desempeñaban en la vida política y en las instituciones médicas que lo conformaban. Es decir entre los funcionarios de la joven burocracia estatal.

En el trasfondo de las políticas de salud, sus proposiciones y decisiones defendieron los intereses de la corporación médica, y tuvieron impacto sobre el ejercicio de la Enfermería al momento en que el cuidado se constituyó como un arte subordinado al arte de curar.

Entre los médicos que lograron acceder a la esfera política se reconoce – en la *RMQ*– la figura del Dr. Benjamín Dupont²⁹; quien en 1886, como médico miembro del Concejo Deliberante elevó un proyecto para la incorporación de un nuevo hospital a la ciudad de Buenos Aires:

[...] Al H. Concejo Deliberante: El concejal que suscribe considerando la imprescindible necesidad de dar principio sin más demora, a la edificación de un hospital mixto en la parte sud de la Capital, somete a V. H., el siguiente proyecto, cuya trascendencia y utilidad pública no escaparán a vuestro alto criterio. No ignora V. H. los numerosos, bochornosos y lamentables casos que se repiten diariamente, de que se niega la entrada a los hospitales de pobres desvalidos que acuden a ellos en demanda de curación y alivio a sus males. Los elementos para la asistencia pública de que la municipalidad dispone, son inferiores a aquellos que reúnen las sociedades extranjeras con sus cinco hospitales, y también la Sociedad de Beneficencia. De los doce hospitales que tenemos en la Capital, para las enfermedades comunes, tan solo tres pertenecen a la Municipalidad, y sin embargo los progresos de la higiene nosocomial imponen a la Municipalidad el orden de construir otros hospitales. Una ciudad como la nuestra debería disponer de cinco o seis mil camas en los hospitales para atender a los enfermos menesterosos que se presentan diariamente. “Sería una gran falta si V.H. retardara más tiempo su sanción autorizando a la Intendencia para edificar un hospital mixto. Una consideración además, debe influir en vuestro ánimo, es que pronto el Hospital de Mujeres va a ser trasladado al extremo Norte de la Ciudad, privando, por decirlo así, a toda esa población tan densa y trabajadora de la Boca y Barracas de poder ir allí, y exponiendo a aquellas otras mujeres gravemente enfermas a morir en el trayecto” [...].³⁰

El argumento desplegado por Dupont en su proyecto permite apreciar que el acceso de la población a los servicios de salud era deficiente. Por entonces de los doce hospitales existentes en la Capital Federal tan solo tres pertenecían al municipio, el resto correspondían a las comunidades de británicos, franceses, alemanes, españoles e italianos, o se encontraban bajo administración de la Sociedad de Beneficencia.

La mala distribución de los hospitales en el espacio geográfico de la ciudad es otro dato que se deduce de este argumento; ya que con el traslado del hospital de mujeres³¹ hacia la zona norte de la ciudad se comprometía la cobertura de las mujeres residentes en la densamente poblada zona sur, donde habitaba la clase trabajadora. Por entonces el espacio geográfico que ocupaba la Ciudad de Buenos Aires se encontraba delimitado al norte por el arroyo Maldonado, que lo separaba del Partido de Belgrano; al oeste limitaba con el Partido de San José de Flores; al sur el Riachuelo definía su límite respecto del Partido de Barracas al Sud (HCD 1963).

²⁹ Jean Baptist Benjamin Dupont (1851 - 1930) Fue un médico militar francés, con título nobiliario, que se radicó en el Río de La Plata en 1871, entabló amistad con Julio A. Roca, integró la campaña del Desierto. Ejerció como miembro del Concejo Deliberante. *Semana Médica*. 1931, Obituarios. Dr. Benjamín Dupont, *Semana Médica*, Vol. I, N° 13.

³⁰ Dupont B. 1886, Al Honorable Concejo Deliberante: Hospital Mixto al Sud del Municipio. *RMQ*, Año 23, N°7, Pp. 101-102

³¹ El hospital de mujeres se encontraba en la intersección de las calles Esmeralda y Rivadavia, fue trasladado a la zona norte de la ciudad hacia un terreno cedido a la municipalidad que se encontraba sobre la actual avenida Las Heras y la calle Austria. Hoy es el Hospital Bernardino Rivadavia. En su antigua ubicación, luego del traslado de este, funcionó la sede de la Asistencia Pública. En Dupont B. 1886, Al Honorable... Op. Cit. P. 102; AGN. 1999, Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1952), Tomo I, Archivo General de La Nación. Departamento Documentos Escritos, Buenos Aires. P. 9

La propuesta de Dupont definía también la necesidad de contar con *cinco mil o seis mil camas* para responder a las demandas de la población, lo que representaría una proyección excesiva para una ciudad con la densidad de población de finales del siglo XIX³². Si bien, el arribo de los inmigrantes continuaba su curso y se incrementaría acentuadamente en el periodo posterior inmediato a esta propuesta (Romero, 2017), el censo de 1869 contabilizó 187 mil habitantes en la Capital Federal (Lattes y Recchini de Lattes, 1974; Germani, 1987). Los siguientes censos de 1895 y 1914 exhibirían cómo crecería la población bonaerense a costa de la migración interna y la llegada de un número importante de extranjeros (Germani, 1987). En 1869 el 24% de la población de la región pampeana se concentraba en el área metropolitana, compuesta por la Ciudad de Buenos Aires y el área que la rodea denominado “Gran Buenos Aires” (Lattes *et. al.*, 1974). Según Lattes *et. al.* (1974) la inmigración extranjera fue un factor significativo en el crecimiento de la población en este periodo, incluso superior al propio crecimiento vegetativo. Además, como se menciona anteriormente, algunos de estos grupos, organizados en colectividades de extranjeros ya disponían de sus propios centros asistenciales.

Merece destacarse que el Estado respondió en varias ocasiones haciéndose eco del tema y dando curso a los proyectos o asuntos por lo que era interpelado. Tal es el caso de la respuesta del Consejo Deliberante a lo solicitado por Dupont, que no se hizo esperar:

El H. Concejo Deliberante: Ordena: Art. 1º. – Autorízase a la Intendencia para contratar la edificación del hospital mixto con capacidad para 400 camas Art. 2º. – El hospital será ubicado en la parte Sud de la Ciudad, en paraje alto. Art. 3º. – Los gastos que, para el presente año, demandare el cumplimiento de esta ordenanza, serán pagados de rentas generales del presupuesto vigente.³³

En este caso se trataba del primer hospital mixto, y si bien finalmente no se creó un nuevo establecimiento, se amplió el ya existente Hospital San Roque³⁴, (que era un hospital general para hombres) para que funcionara como tal. Esto representó un cambio en la organización hospitalaria de la ciudad, dado que hasta ese momento los hospitales eran segregados por sexo (Wainerman *et. al.*, 1994). Merece destacarse que al ser éstos en su mayoría hospitales para hombres, era mayor la presencia de varones entre quienes

³² Se considera excesivo el número de camas de la propuesta de Dupont por comparación con la cantidad de camas que existen – para el mismo distrito- en la actualidad. Para el año 2017 el promedio de camas disponibles en los 34 hospitales públicos del distrito de la Ciudad de Buenos Aires era de siete mil camas. En *Promedio de camas disponibles en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por especialidad según hospital*. Ciudad de Buenos Aires. Años 2003/2017. [ON LINE] <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=73810> Acceso en junio de 2019.

³³ Dupont B. 1886, Al Honorable... *Op. Cit.* p. 102

³⁴ El Hospital San Roque, fue un Lazareto durante la epidemia de cólera de 1868, para luego funcionar como hospital general de hombres desde 1883 y hospital mixto desde 1886. Se encontraba en cercanía de los corrales de Miserere, sobre la calle Caridad, hoy Gral. Urquiza. Desde 1914 lleva el nombre de Hospital General de Agudos Ramos Mejía. <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/hospital-ramos-mejia-un-recorrido-historico> acceso en junio 2019.

se dedicaban a la Enfermería. La incorporación de un hospital mixto implicó también que el personal de Enfermería lo fuera. A partir de ello, se incorporaron enfermeras que atenderían en salas de mujeres y los enfermeros en las salas de hombres.

La transcripción de decretos y reglamentaciones oficiales es otra de las maneras en que la voz del Estado se hacía presente en las publicaciones médicas. De ese modo, se han identificado funcionarios del gobierno como autores de proyectos de Ley, por ejemplo, sobre asuntos que tenían impacto directo o indirecto sobre el ejercicio del cuidado.

Publicamos a continuación el proyecto de ley enviado y sometido por el P.E. a la aprobación de las cámaras, concerniente al ejercicio ilegal de la profesión. Reservándonos para otra oportunidad el comentario detallado que sugiere su lectura, no podemos menos que considerarlo como un paso firme, dado por el camino que ha de conducir a la extirpación de la plaga de curanderos que ha invadido la República, y en particular la Capital Federal.

Buenos Aires, 14 de agosto de 1905

Al Honorable Congreso de la Nación

Tengo el honor de someter a la consideración de vuestra honorabilidad el adjunto proyecto de ley reglamentando el ejercicio de la medicina, de la obstetricia, de la odontología y demás ramos auxiliares. [...] El proyecto de ley adjunto resuelve la cuestión determinando con claridad quienes pueden ejercer la medicina y sus auxiliares, así como lo que debe considerarse acto de ejercicio de la medicina [...] Manuel Quintana - Rafael Castillo.³⁵

En este caso el proyecto que regulaba el ejercicio de la Medicina y demás ramos auxiliares elevado por el Ejecutivo al Congreso de la Nación - rubricado por el Presidente de la Nación y el Ministro del Interior -, fue transcripto y sometido al análisis de los editores. El contenido de la norma, y el extenso tratamiento que se le dio al asunto de la reglamentación es objeto de análisis del siguiente capítulo.

Como se deduce también de la cita anterior, el Estado no ocupaba solamente el rol de impartir recomendaciones o realizar propuestas de políticas en salud; también era destinatario de las recomendaciones emitidas por los médicos. El análisis de la *RMQ* y la *SM* permite reconocer también que a través de las revistas médicas, sus editores y colaboradores dialogaban con el Estado.

Además de la necesidad de reglamentar el campo, en ese diálogo reconocimos también la necesidad de formar al personal considerado auxiliar. Pero, en las palabras del Dr. Coni, Director de la *RMQ*, más que en la formación de los enfermeros en sí, el foco se encontraba en lo que por entonces era una de sus principales preocupaciones, la desinfección bien realizada.

La última epidemia de cólera que azotó esta capital, si bien nos ha arrebatado 1170 individuos, ha tenido un lado útil y es, demostrar a nuestras autoridades, que muy poca cosa han realizado en los últimos años respecto de profilaxia administrativa. En la serie de medidas que se

³⁵ Semana Médica. 1905^a, Manuel Quintana Rafael Castillo. Proyecto de ley sobre la reglamentación de la Medicina, obstetricia, odontología, etc. 17 de Agosto, Vol. XII, N° 33, p. 843

adoptan hoy y las que se adoptarán más adelante, corresponderá sin duda alguna una parte de gloria a esta Revista que viene desde largo tiempo atrás indicando las reformas indispensables en materias sanitarias.[...] Como felizmente vemos a nuestras autoridades sanitarias, bien dispuestas en el sentido de poner en práctica los medios aconsejados por la ciencia moderna para combatir el desarrollo de las enfermedades infecciosas, vamos a permitirnos hacer algunas consideraciones importantes, que deseáramos mereciesen la atención del Dr. Crespo, nuevo Intendente Municipal, y del Dr. Ramos Mejía, Director de la Asistencia Pública.³⁶

Como se deduce de las palabras del autor, la *RMQ* adquirió un rol preponderante al “indicar las reformas indispensables en materia sanitaria” en un momento caracterizado por el impacto económico y social que ocasionaban las epidemias que afectaban a la ciudad. La práctica de desinfección era una tarea en la cual los médicos lograban visibilizarse debido a que ofrecían soluciones al problema de las epidemias; alcanzando de este modo una posición dominante en la escena.

Desde su posición profesional y científica expresada en las revistas los médicos interpelaban al Estado, hasta el punto de redactar proyectos de ordenanzas sobre temas considerados “de interés general”.

[...] nos permitimos presentar a la ilustrada consideración de los Dres. Crespo y Ramos Mejía el siguiente proyecto de ordenanza que reúne casi todas las indicaciones que en el curso de este artículo hemos hecho, en el interés de esta población, [...] He aquí el texto de nuestro proyecto:
Proyecto de Ordenanza

Considerando que una de las medidas aconsejadas por una policía sanitaria rigurosa es el aislamiento de los atacados por enfermedades contagiosas y la desinfección adecuada de las habitaciones, ropas y demás objetos que han servido a los atacados de dichas afecciones; Considerando que en algunos de los hospitales comunes de la capital se asisten enfermos contagiosos; - el Consejo Deliberante DECRETA

Art. 1º - [...] queda absolutamente prohibido la admisión en los hospitales comunes de la capital, de todo enfermo atacado de afección contagiosa. [...] Art. 5º. - Queda autorizada la Intendencia Municipal para ensanchar la Casa de Aislamiento, [...] debiendo disponerse servicios complemente separados para evitar el contagio de los asilados. [...] Art. 9º. - Para los efectos del artículo anterior créase un servicio municipal de desinfección que dependerá directamente de la Dirección de la Asistencia Pública. Art. 10. - Este servicio constará de dos establecimientos de desinfección, uno al Norte y otro al Sud del municipio, [...]. Además coches o carros especiales para el transporte de las ropas y objetos destinados a la desinfección. Art. 11. - Autorízase a la Intendencia para que saque a concurso la presentación de planos para los establecimientos de desinfección a crearse [...] - Comuníquese etc.³⁷

En este caso, el mensaje tenía claramente identificados los destinatarios. El intendente de la Ciudad de Buenos Aires y el Director de la Asistencia Pública no podían no darse por aludidos del proyecto de ordenanza propuesto por Coni desde la *RMQ*.

Resulta relevante señalar que este tipo de intervenciones eran frecuentes, y el Estado respondía en la dirección de la sugerencia. Además, en los casos de que la respuesta estatal se demoraba más de lo esperado, la *RMQ* llevaba adelante el seguimiento

³⁶ Coni E. 1887^b, Las enfermedades infecciosas en Buenos Aires, *RMQ*, Año24, N°4, Pp. 52-56

³⁷ Coni E. 1887^b, Las enfermedades infecciosas...*Óp. Cit.* Pp. 53-56

de los temas de manera intensa y activa con el argumento de que resultaban de interés prioritario para la población. A continuación se presenta una sucesión de notas, en distintos números de la *RMQ* que volvían sobre el tema.

Volvemos a ocuparnos hoy de este tema de actualidad y no lo dejaremos hasta que no veamos a nuestras autoridades, entrar de lleno en el terreno de la práctica, abandonando una vez por todas, ese modo de ser tan peculiar a nuestro país: proyectar mucho y hacer poco. [...] No conocemos las razones porque el Consejo Deliberante no ha sancionado aún un proyecto de ordenanza que cuenta con el apoyo de gran número de sus miembros, y que al establecer obligatoria la declaración de las enfermedades infecciosas, dispone la creación de un servicio especial, económicamente útil, para que la Dirección de la Asistencia Pública pueda tener conocimiento de las localización de las afecciones [...]³⁸

Hemos hablado en otros números de la Revista de la conveniencia de establecer casas de desinfección en el municipio y nos es grato poder comunicar hoy que la Oficina Municipal de Obras Públicas se preocupa actualmente de confeccionar los planos y presupuestos para dos establecimientos de este género, que se tiene el propósito de construir en la capital. [...] Una vez sancionada la ordenanza arriba mencionada, y establecidas las casas de desinfección podrá entonces hacerse funcionar convenientemente un servicio municipal de desinfección, del cual nos ocuparemos en el próximo número de la revista.³⁹

Hemos apuntado en los artículos anteriores la conveniencia de establecer cuanto antes en Buenos Aires dos casas de desinfección, situada una al norte y otra al sud, pudiendo esta última situarse en la proximidad de la Casa de Aislamiento, a fin de poder ser utilizada por este último hospital. Felizmente podemos comunicar hoy que los planos de estos establecimientos han sido ya confeccionados por la Oficina de Obras Públicas y que en breve serán sometidos a la aprobación de la Intendencia Municipal.⁴⁰

Un ejemplo de este tipo de estrategia de vinculación con el Estado puede verse en el caso de la desinfección. Aquí la voz del Estado se apropia del texto del proyecto.

He aquí el decreto espedido (sic) por la Intendencia Municipal creando una institución de suma importancia en la organización sanitaria de la Capital:

Buenos Aires, Diciembre 2 de 1887. Considerando que es indispensable la organización de una escuela de enfermeros y desinfectadores para el servicio de los hospitales y del municipio. El Intendente Municipal Decreta.

Art. 1°.- Créase una escuela de enfermeros y desinfectadores que funcione bajo la dirección de la Asistencia Pública.

Art. 2°.- Mientras el H.C. Deliberante vota el presupuesto adecuado, autorízase a la Dirección General de Asistencia Pública para proveer el personal necesario entre los médicos que quieran prestar gratuitamente sus servicios.

Art. 3°.- La escuela funcionará con arreglo al reglamento establecido por decreto de esta fecha, con las modificaciones que se hacen necesarias hasta la sanción del presupuesto.

Art. 4°.- El director general de la asistencia pública indicará el local adecuado para el establecimiento de la escuela que principiará a funcionar el 1° de enero de 1888.

Art. 5°.- Comuníquese, publíquese e insértese en el registro municipal. ⁴¹

Como espacio de divulgación, las dos revistas analizadas sirvieron de plataforma para la difusión de normativas relacionadas a los intereses expresados en estas fuentes.

³⁸ Coni E. 1887^c. Las enfermedades infecciosas en Buenos Aires. *RMQ* Año24, N°5, Pp. 67-68

³⁹ Coni E. 1887^c. Las enfermedades infecciosas... *Óp. Cit.* p. 68

⁴⁰ Coni E. 1887^d, Establecimientos públicos de desinfección. *RMQ*, Año24, N°6, p. 84

⁴¹. Crespo A. 1887, Escuela de enfermeros y desinfectadores, *RMQ*, Año 24, N°17, Pp. 258-259.

En este caso el Dr. Antonio Crespo⁴², Intendente de la Ciudad de Buenos Aires; daba lugar a las interpelaciones emitidas por los editores de la *RMQ* y creaba por decreto un establecimiento para la instrucción de enfermeros y desinfectadores. Reconocemos que esta respuesta al problema de las epidemias implicó la definición de un espacio de práctica y un conjunto de conocimientos necesarios para su intervención en casos de enfermedades infecciosas declaradas.

Los colaboradores de las Revistas a menudo cumplían un doble rol, de profesionales médicos y de funcionarios públicos y expresaban en sus notas sus posiciones no siempre homogéneas. Por ello ha sido posible encontrar voces disonantes dentro de la estructura del Estado sobre un mismo tema o como partes en oposición respecto de un mismo tema en conflicto. Esto puede verse en la transcripción que la *SM* hizo de la exposición realizada en el año 1899, por una Comisión evaluadora (compuesta por médicos) ante el Consejo Deliberante, a la que se le solicitó un informe sobre la condición de los establecimientos y los recursos disponibles en cantidad y calidad en los hospitales de la Asistencia Pública:

Vuestra Comisión de Información, de Administración Sanitaria, Asistencia Pública, etc., en cumplimiento de la misión que le habéis confiado, ha visitado los diferentes hospitales municipales, y, en conocimiento de su estado administrativo y sanitario se complace en elevar a V. H. el resultado de sus observaciones, con la amplitud necesaria, a objeto de que conozcáis las condiciones en que funcionan esos establecimientos y adoptéis las medidas que su lectura sugieren. Ha anotado por separado las observaciones pertinentes a cada hospital. En general, puede decirse que los hospitales municipales se encuentran en condiciones que dejan mucho que desear [...]⁴³

A continuación la Comisión detallaba sus observaciones recogidas en los distintos hospitales del municipio, sobre el Hospital Pirovano, inaugurado tres años atrás en el Pueblo de Belgrano⁴⁴, señalaba que:

[...] hay hacinamiento de enfermos en las salas Martín García y González Catán, las únicas de material, haciendo notar que no es raro que se alojen parturientas en la misma sala donde hay tuberculosas, tifoideas, etc. [...] Las intervenciones quirúrgicas se ejecutan con instrumentos y útiles llevados por los médicos que prestan en él sus servicios. Estas dos inmundas barracas llamadas salas de hospital, en las que se alojan enfermos crónicos, no tienen condiciones que las hagan medianamente tolerables; pisos, paredes, etc., son inadecuadas para una ciudad que se precia de culta y tiene un lujoso presupuesto municipal, como ésta. El terreno en que está edificado se encuentra a un nivel inferior al de la calle, y por lo tanto las aguas pluviales, en lugar de salir, son absorbidas en su mayor cantidad, por el suelo, manteniendo los sótanos en donde se depositan las ropas en un estado de constante humedad, por cuya causa, en declaración del Sr. Administrador, se deterioran. Pero, hay todavía algo más, que afecta directamente a la higiene del establecimiento y

⁴² Antonio Crespo 1851-1893. Fue médico y político. Fue intendente de Buenos Aires 1887-1888, cargo al que renunció para asumir como Senador de la Nación en el año 1888.

⁴³ *Semana Médica*. 1899^b, Asistencia Pública. Estado de los hospitales municipales. Informe presentado al Consejo Deliberante por su Comisión Investigadora, Junio 29, Vol. VI, N° 26, Pp. 221 – 224.

⁴⁴ Hospital Dr. Ignacio Pirovano. Inaugurado el 24 de julio de 1896 con capacidad para 20 camas de internación. En 1894 se colocó la piedra fundamental del hospital de Belgrano, pero en 1895 falleció el Dr. Pirovano y el Intendente de la Ciudad denominó al hospital con el nombre de este. Aniversario del Hospital Pirovano. 110 años al servicio de la salud pública. <http://www.medicos-municipales.org.ar/titu20706.htm> acceso julio 2019

que exige (sic) una inmediata reparación. Nos referimos al pozo absorbente (sic), cuya bóveda ha sido abierta y que se encuentra contiguo a los pabellones de madera, en que las inmundicias están a poca distancia de la superficie del suelo, por lo que, cuando llueve, al elevarse el nivel de las aguas, desbordan las materias excrementicias e inundan las salas. Las Hermanas están alojadas en dos habitaciones pequeñas e incómodas [...]”⁴⁵.

Sobre el hospital ubicado en la periferia norte de la ciudad, en cercanías de la Penitenciaría y en una zona de calles de tierra entre quintas y baldíos, denominado Hospital Norte⁴⁶ se señalaban las mismas faltas que en el anterior; no obstante surgen elementos necesarios de destacar porque aluden al tema específico de esta tesis: “[...] la escasez de aparatos de esterilización, lo que haría fatales las intervenciones quirúrgicas, si los operadores no suplieran con elementos propios las deficiencias del hospital. El número de enfermeros es insuficiente [...]”. Sobre el Hospital San Roque, primer hospital mixto de la ciudad, se describía que:

[...] los enfermos se encuentran en un hacinamiento extraordinario, las salas están abarrotadas, al extremo de que hay camas en el centro de las mismas, en el suelo y no pocas en los corredores y pasadizos. En este hospital, como en los demás, se encuentran, en hacinamiento, tuberculosos al lado de atacados de enfermedades comunes. Hay falta de enfermeros a causa de que para los servicios últimamente habilitados no se ha aumentado este personal, y, es con el reducido número antes existente, que se atienden [...]”⁴⁷.

Es necesario destacar de los fragmentos del informe de la Comisión que comienza a visibilizarse al enfermero como un actor especializado en las prácticas del cuidado, y de igual manera se reconoce su escasez como un problema.

El Hospital Rawson⁴⁸, primer hospital construido con fondos de la colecta pública para albergar a los heridos de la Guerra con el Paraguay, los comentarios eran más positivos “De todos los hospitales municipales es, tal vez, el que se encuentra en mejores condiciones [...]” más allá de que se notaba en él “la falta de uniformidad en sus instalaciones, pues, al lado de construcciones excesivamente lujosas, se ven otras que no conciben con aquellas [...]”. Sin embargo, aun cuando las realidades de los centros antes mencionados describían en su mayoría un panorama miserable, lo informado por la

⁴⁵ Semana Médica. 1899^b, Asistencia Pública. Estado de... *Óp. Cit.* Pp. 221 – 223.

⁴⁶ En razón de la epidemia de enfermedades de transmisión sexual, la Comisión de Higiene creó en 1888 el Sifilocomio Municipal. En 1893 se lo denominó Hospital del Norte y en 1904 se lo incluyó en el sistema de hospitales generales de la Municipalidad, con el nombre de “Dr. Juan Antonio Fernández”. <https://www.buenosaires.gob.ar/hospitalfernandez/historia> acceso julio 2019.

⁴⁷ Semana Médica. 1899^b, Asistencia Pública. Estado de... *Óp. Cit.* Pp. 222 – 224

⁴⁸ En 1868, se inauguró el “Hospicio de los inválidos”. Cuando estalló la guerra con el Paraguay, un grupo de estudiantes propuso que si no se los aceptaba para ir al frente, podrían organizar el cuidado a los heridos de guerra y recolectaron fondos. Cuando la gran cantidad de heridos no pudo ser atendida con los medios que disponían, estimularon la participación ciudadana mediante un periódico con noticias del frente de batalla. La Municipalidad cedió el terreno cercano a la actual Plaza Constitución y empresarios colaboraron para la construcción y equipamiento del centro de atención de los heridos. Dos años más tarde recibía todo tipo de enfermos. Después de varias reformas y ampliaciones, fue rebautizado como “Hospital Guillermo Rawson” <http://elarcondelahistoria.com/el-hospital-guillermo-rawson-24051868/> acceso en julio de 2019.

Comisión respecto al estado de la Casa de Aislamiento parece haber alcanzado niveles de destaque por su peligrosidad:

Llegamos ahora a la parte verdaderamente horripilante de nuestra excursión (sic) hospitalaria. El edificio en una parte es de material, de reciente construcción, convenientemente dispuesto y destinado a la dirección, administración, farmacia, servicios para tifoideos y niñas diftericas; las 8/10 partes restantes son para la asistencia de tuberculosos, variolosos, sarampionosos, leprosos y enfermos de fiebre amarilla, alojados en galpones de madera putrefacta, cuyas paredes han sido forradas interiormente con lona blanqueada. Estas barracas, que no pueden ser peores, tienen el piso cribado por los ratones y hunde a la presión del pie por estar también podrido. Tanto este como las paredes contienen infinidad de chinches, y, a pesar de la severa vigilancia allí ejercida, se hace necesario, una vez a la semana, sacar las camas y los colchones a los patios para matar dichos insectos, impregnado esos útiles con kerosene. A esta operación la llaman allí “la chinchada. Falta agua y luz; de la primera se ha carecido hasta tres y cuatro días seguidos, con grave perjuicio para los enfermos en general y especialmente para los tifoideos, a quienes es indispensable bañar todas las veces que su estado lo requiere; la iluminación se hace a kerosene y es consecuencia insuficiente, sucia y peligrosa en esta clase de construcciones. Una pequeña parte de las aguas servidas, va a pozos absorbentes; la mayor cantidad corre por canaletas a la quinta del establecimiento, con grave peligro para los que allí residen y para el vecindario; De la sala de autopsias parte una canaleta que lleva los líquidos, sangre, etc., de los cadáveres, a la huerta del establecimiento. Indebidamente hemos llamado sala de autopsia, en el párrafo anterior, a lo que no es sino una casilla de madera podrida, en las condiciones más deplorables, siendo su estado actual una amenaza permanente para médicos, practicantes y demás que tienen que penetrar en ellas. Es imprescindible proceder a la reparación de la estufa del servicio de baños para la descamación de los variolosos y construir un lavadero a vapor, pues hasta ahora el lavado de las ropas se hace a mano por trabajadores a quienes se les paga 40 \$ mensuales. Estos pobres empleados que se conservan en sus puestos, gracias a la ignorancia del peligro que les rodea, son víctimas, frecuentemente, del contagio de las enfermedades que se asisten en el establecimiento. Los enfermeros están alojados y comen en una pieza contigua a las salas, lo que es sumamente peligroso y causa de bajas del personal. Se impone la necesidad de separarlos [...]⁴⁹

Del listado de falencias de los hospitales informadas por la Comisión, el asunto del déficit en el número de enfermeros se transformó en un problema recurrente, sin embargo de las condiciones detectadas en la Casa de Aislamiento se reconoce otra dimensión de este problema, el peligro de la exposición y las bajas que no hacen más que empeorar esta situación. Pero más que en el peligro de la exposición propia de las tareas de la ocupación, el foco se encontraba en el espacio físico que se asignaba a los enfermeros para su permanencia y alimentación, lo que debía corregirse imperiosamente.

La respuesta del intendente Bullrich⁵⁰, hombre del círculo del Presidente Roca; ante la interpelación del Consejo Deliberante como consecuencia de lo informado por la Comisión evaluadora de los hospitales, fue publicada en el siguiente número de la revista.

Tengo verdadera satisfacción en concurrir al llamado de H.C. para dar algunas explicaciones motivadas por esta interpelación, que me da una nueva ocasión para que se vea que no hay el más mínimo motivo para hacer recriminaciones a la actual administración del D.E., sintiendo al mismo tiempo que en asunto de tanta gravedad se proceda con tanta ligereza como se verá una vez terminada mi refutación. Basta solo leer la versión taquigráfica de la sesión del 22 de noviembre ppdo en que demostré con datos irrefutables todos los defectos y las faltas graves que encontré en mis primeras visitas hechas a los diferentes hospitales municipales, para darse cuenta de que no pueden hacerse

⁴⁹ Semana Médica. 1899^b, Asistencia Pública. Estado de... *Óp. Cit.* p. 223

⁵⁰ Adolfo Bullrich Rejas fue un militar y comerciante que ejerció durante la primera presidencia de Julio A. Roca como Intendente de la municipalidad de Buenos Aires entre 1898 y 1902.

cargos como los que resultan de este informe. En vez de tomarse entonces las medidas que mi denuncia exigía, se hizo de ella una cuestión personal para hacer la defensa del Médico Jefe, de la Asistencia Pública y nombrarse una comisión que no ha llenado su cometido; no sé por qué causa [...]»⁵¹

En su apertura el Intendente hacía clara mención que estaba al tanto de la situación. A su vez, dejaba ver la existencia de un enfrentamiento con el Dr. Telémaco Susini, Médico Jefe de la Asistencia Pública y atribuía la severidad del informe a cuestiones de índole personal.

La Comisión cuyo informe refuto, comienza haciendo notar la falta de instrumentos de cirugía (sic) y clínica médica en casi todos los hospitales ¿Qué se han hecho las importantes adquisiciones del Dr. Tessi, para quién se construyó una sala en el hospital Rawson [...]? ¿Por qué no han averiguado los señores de la Comisión la causa de tanta generosidad para un médico? ¿Qué será de las rentas de la Comuna, siguiendo tan admirable administración! [...] Pero sigamos á la Comisión en su excursión por los hospitales: Hospital Pirovano.- ¿Quieren esos señores culparme de hacinamiento de toda clase de enfermos cuando está ahí el Director de la Asistencia Pública quién es el técnico indicado para ello? Pero no, señor Presidente, hay que buscar la cabeza de turco del Intendente para descargar sobre ella las culpas ajenas (sic), vociferando: “Aún está ese señor en su puesto [...] Hospital Norte.- El números de enfermeros declara ser suficiente [...] Hospital San Roque.- Más enfermeros se me acaban de pedir el 16 del corriente, por estar recién habilitadas las nuevas salas. Es inexacto que falte vino y alcohol, habiéndose suspendido el primero a los enfermeros por orden del Dr. Susini. ¿Cómo no ha de haber quejas por parte de los Sres. Médicos á (sic) quienes se habrán dirigido los Sres. De la Comisión, preguntándoles que les hace falta? Son insaciables Sr. Pte., y si el D.E. atendiera sus pedidos, las rentas del Municipio no bastarían. Ya en el día no existen salas de hospital: ahora cada médico trabaja porque se le instale su clínica de la especialidad á que se dedica ó quiere dedicarse. Cada uno quiere su sala, cuando no son salas, con sus accesorios de sala de cirugía (sic) y demás dependencias reservadas e independientes de los otros servicios, para consultas, curaciones, exámenes, enfermos en observación, operador, análisis, museo, laboratorio, sala de espera, cuartos de baños, piezas de enfermeros y demás instalaciones, en fin Sr. Pte., un hospital entero para el señor especialista; viene en seguida su arsenal quirúrgico propio; con instrumentos de fabricantes diversos a los otros y hasta en los formularios y recetas el nombre propio impreso de cada médico, con designación de especialidad á (sic) que se dedica el sabio, amén de los títulos académicos ó de los puestos que ocupa. Los formularios y recetas son proveídos por la Municipalidad, así que el que desee otras con nombres, filetes dorados, etc., que se las costee en buena hora, lo demás no puede admitirse ni tolerarse [...]»⁵²

Además de rechazar cada punto de lo mencionado por la Comisión, en sus explicaciones el Intendente hizo alusión al déficit de enfermeros dejando al descubierto dos posiciones sobre el mismo tema en conflicto.

Mientras que la Comisión enviada por la Dirección de Asistencia Pública para la evaluación del estado de los hospitales dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires, manifestaba que la cantidad de enfermeros resultaba insuficiente; el Intendente Bullrich declaraba lo opuesto, que el número de enfermeros era suficiente.

⁵¹ Semana Médica. 1899^c, Asistencia Pública. Estado de los hospitales municipales. Versión taquigráfica de la sesión del Consejo Deliberante de 23 de junio próximo pasado en que tuvo lugar la interpelación al Intendente Municipal por el estado de los hospitales públicos, Junio 29, Vol. VI, N^o 27, Pp. 229 – 234.

⁵² Semana Médica. 1899^c, Asistencia Pública. Estado de... *Óp. Cit.* Pp. 229 – 234.

A través de las aristas de este conflicto en relación a los recursos que la municipalidad ponía a disposición de sus hospitales podemos apreciar varias cuestiones. Por un lado la situación de precariedad en que se encontraban los establecimientos donde se atendía la población de la ciudad de Buenos Aires a finales del siglo XIX. Por el otro las tensiones entre los editores de la *SM* y el aparato institucional del estado municipal.

Respecto de las prácticas de cuidado y el rol de los enfermeros, las fuentes son explícitas; distinguimos la presencia de una conciencia de carencia en términos cuantitativos de este recurso, lo que sería una constante en el periodo analizado.

Aunque la estima de este colectivo se mantenga en baja, en los comentarios salen elementos a analizar. Por ejemplo la restricción del vino a los enfermeros, solicitada por el Director de la Asistencia Pública, podría deberse a “malos hábitos” asociados a la Enfermería, como así también a tratamientos discriminatorios hacia el “personal inferior”, como se lo menciona en varias ocasiones en las Revistas analizadas.

Las voces desde las instituciones médicas

Al igual que el Estado, las voces de las instituciones que agrupaban a los médicos también se hicieron presentes a través las páginas de las Revistas analizadas. Sus distintos representantes tuvieron lugar tanto en la *RMQ* como en la *SM*.

Entre las instituciones que formaban parte del aparato estatal y se expresaban en las fuentes analizadas encontramos al Departamento Nacional de Higiene⁵³. Este, como organismo dependiente del Ministerio del Interior con funciones de asesoría al poder ejecutivo, tuvo un rol protagónico en la tarea de posicionar a la Medicina y delimitar a los demás actores del campo de la salud mediante la redacción de las leyes que reglamentaban el ejercicio profesional de todos.

Otra de las instituciones con fuerte presencia en las fuentes relevadas fue la Dirección de Asistencia Pública⁵⁴. Esta Dirección, comunicó en 1896 en la *SM* la designación de enfermeros para el equipo de la nueva Estación de Primeros Socorros. Esta estación tenía la misión de asistir a los heridos en la vía pública, y comenzaría a

⁵³ Como ya nos hemos referido en el Contexto Histórico, el Departamento Nacional de Higiene existe desde 1880 cuando el Consejo Provincial de Higiene fue nacionalizado quedando bajo dependencias de Ministerio de Guerra, de Marina y del Interior.

⁵⁴ En 1883 el Intendente Alvear creó la Dirección de la Asistencia Pública, que funcionó al principio en el departamento alto del Hospital San Roque y luego fue trasladada a una casa particular en Esmeralda y Cangallo, hasta que, al ser trasladado el Hospital General de Mujeres a su nuevo local, se afincó en sus dependencias definitivas de la calle Esmeralda. El primer director fue José María Ramos Mejía. (Veronelli *et. al.*, 2004^a: 290)

funcionar en guardia permanente en el edificio de la Dirección⁵⁵. Encontramos pocas publicaciones en el corpus donde se visibilizó a la Enfermería entre los recursos necesarios para las organizaciones, mucho menos frecuente aún entre los recursos para dar inicio a un proyecto de servicios. La posición predominante era la de visibilizar los puestos médicos únicamente.

También hemos mencionado anteriormente que esta Dirección se ocupó de denunciar y solicitar la intervención de las autoridades frente a la escasez de enfermeros y sus bajas como consecuencia de los peligros a los que estaban expuestos, entre las falencias detectadas en los hospitales dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires⁵⁶.

Asimismo, identificamos a través de las palabras del Dr. Torres en la *SM* que fue la Dirección de Asistencia Pública la responsable de la restricción al acceso de los enfermeros que se desempeñaban en los hospitales de la Municipalidad, a la escuela creada por Grierson en 1912⁵⁷. El Dr. Torres, Director del Hospital Alvear expresaba su desacuerdo “[...] con la medida tomada últimamente por el Sr. Director General, suprimiendo la escuela para los enfermeros de los hospitales debiendo hacer estos su aprendizaje en las salas del hospital a que pertenecen [...]”⁵⁸.

Como se deduce de las palabras de Torres, quien se refiere a los perjudicados en términos masculinos, la medida que implementó la Dirección de Asistencia Pública implicaría una de las primeras intervenciones políticas que favorecerían la feminización de la Enfermería. Esta representación fue acompañada por la implementación de un discurso que portaba la imagen de la mujer con cualidades naturales para el cuidado⁵⁹.

El Cuerpo de Sanidad de las Guardias Nacionales dependiente del Estado Mayor del Ejército, fue otra de las Instituciones de salud que ofreció diferentes posiciones en asuntos que se vinculaban con la Enfermería.

⁵⁵ *Semana Médica*. 1896^d, Primeros auxilios. Su instalación. *Semana Médica*, Aparece los jueves, 10 de diciembre, Año 3, N°50, p. DCCLXXXVII.

⁵⁶ *Semana Médica*. 1899^b, Asistencia Pública. Estado de... *Óp. Cit.* p. 224

⁵⁷ Los antecedentes reconocen que el año 1912 fue el año en que se dejó de enviar a los enfermeros de los hospitales municipales en comisión a estudiar a la escuela de Enfermería creada por Cecilia Grierson. A partir de este hecho la mayor parte del alumnado estaba compuesto por mujeres, que eran las que tradicionalmente asistían mediante el sistema de reclutamiento externo. (Martin, 2014; 2015; 2018).

⁵⁸ Torres FR. 1912, Hospitales europeos y su comparación con los nuestros. Informe presentado a la superioridad por el Dr. Fernando R. Torres. Director del Hospital Alvear. *Semana Médica*, 1 de agosto. Vol. XIX, N° 31, Pp. 201-209.

⁵⁹ La mujer es más apta que el hombre para esta clase de estudios, para esta tarea de abnegación sincera, que requiere un trato suave y labor paciente, algunos conocimientos generales, nociones de higiene, economía doméstica y cierta cultura más propia de la mujer y no del hombre de esa clase social. (Libro de Resoluciones dictadas por la Asistencia Pública. Copiador N° 98 de la Escuela Cecilia Grierson, 1912-1918. En Wainerman y Binstock 1994: 49).

El mismo año en que la Dirección de Asistencia Pública asignaba enfermeros entre los recursos que integrarían la nueva estación de socorros, el Estado Mayor del Ejército también designaba enfermeros al Cuerpo de Sanidad de las Guardias Nacionales de la Capital Federal:

El Cuerpo de Sanidad de guardias nacionales de la Capital será formado por los médicos, farmacéuticos, veterinarios, estudiantes de medicina y veterinaria, flebotomos, dentistas y enfermeros enrolados en la Capital Federal [...] En las épocas fijadas por la ley para los ejercicios doctrinales de la guardia nacional, los que informan en el Cuerpo de Sanidad están obligados a concurrir a la instrucción técnica especial determinada por la junta consultiva del Cuerpo de Sanidad de guardias nacionales, de acuerdo con inspección General de Sanidad del Ejército [...]⁶⁰

De igual modo que el proyecto de la Estación de Socorros de la Dirección de la Asistencia Pública, la designación de enfermeros entre los recursos humanos para las Guardias Nacionales del Cuerpo de Sanidad del Ejército cambia una tendencia donde la descripción del personal sanitario estaba acotado a médicos y farmacéuticos.

Iniciado el nuevo siglo, el Cuerpo de Sanidad del Ejército, en las palabras del Dr. Francisco de Veyga (Cirujano Mayor del Ejército, Inspector General de Sanidad del Ejército y miembro del Comité Editor de la *SM*), celebraba la incorporación de la Academia de Medicina Militar como un espacio de condensación de las escuelas de instrucción médico-militar, que incluía una escuela de enfermeros⁶¹.

Sin embargo, esta institución no sostuvo por mucho tiempo esta posición en favor de la formación de enfermeros. Cinco años posteriores a las mencionadas celebraciones, pudimos extraer del argumento que en 1913 realizó el Consejero de la Facultad de Medicina en favor de incorporar una cátedra de Cirugía de Guerra e Higiene Militar que: “[...] Desgraciadamente, por razones que se ignoran, la escuela de sanidad militar, no obstante sus grandes resultados, fue suprimida, como lo fueron las escuelas de camilleros y enfermeros militares.⁶²

La Facultad de Medicina, según González Leandri “la institución más importante de la corporación médica y su mayor fuente de prestigio” (1999: 130); también se hizo presente para manifestarse en relación a la Enfermería en las Revistas analizadas.

Esta institución se expresaba en la voz de los médicos que estaban al frente de sus cátedras. Las que, al encontrarse académicamente adheridas a las salas de los hospitales,

⁶⁰ Semana Médica. 1896^a, Semana médica – Cuerpo de sanidad. Semana Médica, Aparece los jueves 24 de marzo, Año1, N°13, p. CXCI.

⁶¹ De Veyga F. 1908, En el Hospital Militar. La fiesta del domingo. Semana Médica, 26 de noviembre, Vol. XV, N° 48, Pp. 1605-1609

⁶² Semana Médica. 1913, Clínica y cirugía militar. La higiene de las naves y cuarteles. Semana Médica, 18 de septiembre, Vol. XX, N° 33, p. 694

controlaban el funcionamiento de estas mediante la redacción de sus reglamentos internos, desde donde se definió la función de los enfermeros.

[...] Del Primer cabo:

1º Es el encargado del servicio de las sala de operaciones

2º Esta bajo la inmediata dirección del Jefe de la Sección de Operaciones

3º Dirige al segundo cabo y a todo el personal de asistentes

4º Es el responsable de la limpieza, orden y funcionamiento del servicio y de la faltas en el personal subalterno

5º Debe acudir al llamado de los distintos jefes de sección y en caso necesario prestarles ayuda

Del segundo cabo:

1º Es el encargado de las salas de enfermos

2º Esta subordinado al Primer cabo quien dirige todo el personal de asistentes

3º Tomará las temperaturas y el número de pulsaciones anotándolas en su block para transmitir las al practicante mayor

4º Es responsable de que las ordenes transmitidas por el jefe de clínica o practicantes sean cumplidas

5º Dirige la limpieza que hace el personal subalterno

6º Vigila el buen funcionamiento del calorífico y servicio de agua caliente. [...]

Abril.1º. 1899 – Aprobado – Enrique E. del Arca, Decano.⁶³

En esta definición que realizaba la Cátedra a cargo del Profesor Texo, especificaba para los cabos enfermeros⁶⁴ un rol subordinado y responsable de las tareas domésticas de las salas. Se infiere claramente que, por elevación se circunscribía este mismo papel para todos los enfermeros de la sala.

Las voces de los médicos de los hospitales es algo común en las revistas médicas. No obstante, estos establecimientos se diferenciaban por su dependencia administrativa o su orientación. Los había dependientes de las comunidades de extranjeros, de la Sociedad de Beneficencia, nacionales y dependientes de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Había hospitales para niños, para mujeres, para hombres, y para enfermos mentales. De estos últimos destacamos la manifestaciones de sus autoridades y referentes de la psiquiatría. Los doctores Lucio Meléndez y Domingo Cabred.

La participación de Meléndez en aspectos relacionados con la Enfermería estuvo vinculada a la descripción de prácticas de cuidado en los establecimientos para dementes.

[...] Tratamiento médico.- Desde los primeros momentos se le administraron las inyecciones de clorhidrato de morfina á dosis crecientes, más tarde los tónicos de quina y fierro, baños fríos con el mismo objeto en las estaciones de primavera, verano y otoño. Paseos por la quinta cuando el tiempo lo permitía, y por último ocupaciones normales en el cuidado de los enfermos y limpieza general del establecimiento. Este sujeto ha pasado enfermo en el Hospicio 2 años y 8 meses. [...]⁶⁵

N.N., de nacionalidad italiana, 43 años de edad, casado, carpintero de profesión y de temperamento sanguíneo, entró al Hospicio de las Mercedes el día 16 de Febrero del corriente año, conducido por autoridad policial de la Capital [...] Recibido en los salones de observación y

⁶³ Semana Médica. 1899^a, Facultad de Medicina – Reglamento interno del servicio de vías urinarias del profesor Texo. Semana Médica, 18 de Mayo, Año VI, N° 279, p. CCCXIV

⁶⁴ Cabo de enfermería: es el encargado de una sala, es un escalón más arriba en la jerarquía de la enfermería.

⁶⁵ Meléndez L. 1886, Melancolía con estupor, *RMQ*, Año23, N°5, Pp. 69-70.

atendido convenientemente por los enfermeros que hacían la guardia, tuvieron estos que usar de medios coercitivos para tenerle en cama, pues de lo contrario no dejaba dormir a los otros cuarentenarios alojados en el mismo recinto. [...]»⁶⁶

[...] La agitación de N. era continua en los primeros días; peleaba a los enfermeros y enfermos que le cuidaban, se rompía los vestidos y no podía mantenerse tranquilo en la cama. Estado actual.- N. es en estos momentos un hombre completamente distinto del día de su admisión [...] Nota también que se restablecen sus facultades intelectuales, habla mejor, tiene más fuerza, camina bien, no experimenta los mareos que refiere haber tenido antes de enfermarse, y de enfermo que lo era hasta hace pocos días, se ha convertido en enfermero de sus colegas de infortunio, con la mejor buena voluntad. [...]»⁶⁷

A través de la exposición de casos de pacientes que fueron institucionalizados en el Hospicio de las Mercedes, Meléndez visibilizó que las prácticas de cuidado eran realizadas por los enfermeros y por los pacientes en ese hospital para enfermos psiquiátricos. Por la reiteración y la naturalización con que el director del Hospicio lo manifestó, inferimos que la condición de que pacientes estuvieran a cargo del cuidado era algo frecuente. Lo que permite inferir también que a diferencia de los demás hospitales, en este establecimientos aún no se encontraban definidos los espacios para una práctica especializada del cuidado. Sin embargo, a partir de otras publicaciones en la *SM* reconocemos que esta situación era distinta en el Manicomio General de Mujeres, bajo dependencia de la Sociedad de Beneficencia; donde el campo del cuidado se encontraba a cargo de las Hermanas de la Caridad⁶⁸

En cambio, reconocimos que la presencia de Cabred (quien fue discípulo de Meléndez, sub director durante su gestión y su sucesor en el cargo de Director del Hospicio de las Mercedes) en las revistas estuvo vinculada a la instrucción de los enfermeros del Hospicio.

El domingo 29 de diciembre tuvo lugar en el Hospicio de las Mercedes la distribución de diplomas a veinte y ocho alumnos de la escuela de enfermeros, fundada en ese establecimiento por el Dr. Cabred. Esa nueva institución ha venido a llenar una necesidad sentida, pues era indispensable formar enfermeros instruidos, cultos y afectuosos que fueran colaboradores eficaces del médico, en la difícil tarea de la asistencia al insano. El loco es un enfermo especialísimo, que requiere para su asistencia diaria, para su cuidado de todos sus momentos, enfermeros especialmente preparados, que sepan rodear al alienado de cuidados solicitándole al mismo tiempo que inteligentes y previsores, a fin de evitarle los peligros a que está expuesta su vida y su salud, desde que es un ser que esta privado parcial o totalmente del ejercicio fisiológico de sus facultades mentales lo que lo hace doblemente acreedor a los auxilios de la ciencia y al amor del prógimo (sic). [...] Los resultados obtenidos mediante esa enseñanza especial no pueden ser más halagüeños, habiéndose comprobado, no solo el mejoramiento de la instrucción del enfermero, sino también, -- lo que no es menos importante, -- mayor cultura, respeto y afecto para el desgraciado enfermo sometido a su cuidado. Por todo ello felicitamos al doctor Cabred, fundador de la benéfica institución, y a sus dignos colaboradores, doctores Borda y Zabala. He aquí la lista de los enfermeros que han obtenido su diploma: [...]»⁶⁹

⁶⁶ Meléndez L. 1887^a, Lipemania simple, *RMQ*, Año23, N°23, Pp. 357-358

⁶⁷ Meléndez L. 1887^b, Locura paralítica: periodo de remisión, *RMQ*, Año24, N°21, Pp. 326-328

⁶⁸ Drago A, Puebla A, Fernández J. 1894, Medicina Legal – Examen pericial. *Semana Médica*, Vol1, N°1, Pp. 131-133

⁶⁹ *Semana Médica*. 1902, *Semana Médica: Escuela de enfermeros de alienados*. *Semana Médica*, 2 de enero, N°1, Vol. IX, N° 402, p. 22

La obra de Cabred ubicó a los enfermeros en un espacio, totalmente alejado de lo referido por Meléndez anteriormente. Este cambio se caracterizó por la definición de un perfil y de un cuerpo de conocimientos especializados, necesarios para desempeñarse en el cuidado de una población especial de pacientes, como eran los que se reclusión en los hospitales psiquiátricos. La obra de Cabred incluso fue más allá que esta definición, y se instrumentó mediante la incorporación de una escuela para dotar a los enfermeros del Hospicio de estas premisas.

La voz de la Enfermería

Identificar a la Enfermería entre las voces que se manifestaron en asuntos relacionados con el campo del cuidado en publicaciones médicas representa un hallazgo significativo. En principio, porque al tratarse de un espacio discursivo reservado para el colectivo médico, resulta algo inusual. Sin embargo al analizar con metodología el contenido de las publicaciones médicas es posible identificar otros autores incluidos en el texto.

De este modo, reconocimos la voz de una enfermera en la redacción de un reglamento de escuela de enfermeras citado el Dr. Anchutz (inspector del ejercicio de la profesión y Médico del Departamento Nacional de Higiene), cuando expuso las diferencias entre las enfermeras de Inglaterra y las de la Ciudad de Buenos Aires “He aquí ahora la nota de deberes a que se obligan las futuras discípulas enfermeras del Hospital Saint Thomas: [...]”⁷⁰. Tratándose del reglamento de la Escuela de Enfermeras fundada por Florence Nightingale en el Hospital Santo Tomás de Londres, las crónicas nos llevan a inferir que dicha voz podría ser la de la precursora de la Enfermería profesional⁷¹.

En los esfuerzos por responder con el objetivo de identificar actores que se manifestaron en relación a la Enfermería hemos identificado en las revistas *RMQ* y *SM* al médico como el denominador común. Sin embargo aun cuando ello representa una

⁷⁰ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras. Por el Dr. Germán Anschutz. Médico del Departamento Nacional de Higiene. *Semana Médica*, 1 de Junio, Vol. XII, N° 22, Pp. 532-542

⁷¹ Nos dedicaremos al contenido del reglamento de la escuela de enfermeras de Londres en el capítulo que trata sobre conocimientos y prácticas.

obviedad, por tratarse el *corpus* de revistas médicas, es sustancial haber reconocido a este actor manifestándose desde la variedad de espacios alcanzados por la Medicina.

En ese esfuerzo por detectar en el *corpus* actores que en sus expresiones tuvieron influencia sobre la constitución de la Enfermería como una disciplina organizada, identificamos al Estado como un actor social que se manifestaba a través de sus reglamentaciones (leyes, decretos y ordenanzas) y de los médicos que habían logrado acceder al espacio político. Reconocimos que estas reglamentaciones sobre el campo de la salud resultan de una relación estrecha de estos actores desde y con el Estado. Cumpliendo funciones de médicos-políticos identificamos al Intendente y al Concejal de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires manifestándose en las revistas analizadas.

De igual manera reconocimos como actores que se manifestaban en el corpus a las instituciones que conformaban el aparato estatal nacional y municipal de salud (Dirección de Asistencia Pública, Departamento Nacional de Higiene, Cuerpo de Sanidad del Ejército), puntualmente en la figura de los médicos-funcionarios de estas organizaciones. Esa misma lógica permitió también reconocer a quienes actuaban en la Facultad de Medicina y en los hospitales.

Como describimos inicialmente el médico es el actor discursivo común en la mayoría de las unidades analizadas, y como también referimos, este actor se manifestaba en las Revistas desde los diferentes espacios alcanzados por la Medicina. Sus manifestaciones solían representar intereses comunes y posiciones en sintonía, sin embargo algunas de ellas dejaban en evidencia puntos de vista alternativos en asuntos que se vinculaban con el campo del cuidado.

Entre los actores médicos que se expresaron influyendo sobre el campo del cuidado identificamos a Emilio Coni, Antonio Crespo, Lucio Meléndez, Domingo Cabred y Francisco de Veyga como sujetos relevantes por su influencia sobre el campo de la salud.

Finalmente, en este espacio de divulgación de la opinión médica también reconocimos entre los actores la voz de la enfermera en la redacción de un reglamento interno para las aspirantes a enfermeras. Tratándose del Reglamento de la Escuela de Enfermeras del Hospital Santo Tomás de Londres, la icónica escuela creada por Florence Nightingale; inferimos que la voz detrás del reglamento sería la de precursora de la Enfermería profesional.

CAPÍTULO 4

RELACIONES, CONFLICTOS Y DISPUTAS EN LOS DISCURSOS SOBRE LA ENFERMERÍA

Este capítulo se propone presentar los hallazgos que han permitido responder al segundo objetivo específico de esta tesis. En él nos propusimos identificar las relaciones, los conflictos, y las disputas entre actores del *campo* en los discursos sobre la enfermería.

Tal como hemos señalado en el desarrollo del marco teórico, hacemos alusión al concepto de *campo* (Bourdieu, 2002; Bourdieu *et. al.*, 2005) ya que de la lectura del *corpus* fue posible identificar discursos provenientes de ámbitos con actores y tipos de capitales específicos y diferentes. Fruto de esa lectura identificamos en él al *campo de la salud*: formado por los actores cuyos servicios ponían el foco sobre la salud de la comunidad y perseguían el control de la profesión y la hegemonía de su “arte”. El listado es amplio y se compone de médicos, odontólogos, farmacéuticos, veterinarios, flebotomistas, parteras, comadronas, curanderos, charlatanes, hermanas de la caridad, masajistas y enfermeros.

En el análisis de las dinámicas del *campo de la salud* identificamos la existencia de espacios resultantes de complejas relaciones sociales y laborales, en pugna por un capital simbólico, económico y social. Uno de estos espacios se encuentra ocupado por actores cuyo cuerpo de conocimientos tenían por objeto tratar al enfermo con fines de sanar o restablecer la salud. En cambio, otro espacio se encuentra ocupado por diversos actores, con características diferentes a los anteriores y aún entre sí, y cuyas tareas tenían por objeto cuidar de sujetos enfermos y vulnerables.

En el análisis de relaciones que tienen por objeto definir y sostener posiciones respecto de la profesionalización de las prácticas de cuidado, es decir de la especialización y formalización del segundo de los ámbitos mencionados, pudimos identificar que este espacio se encuentra bajo influencia directa del primero, y lo componen todos los actores relacionados con estas prácticas de cuidado.

En el interés por identificar en los discursos relacionados con la enfermería las relaciones que mantuvieron los actores en el *campo de la salud* reconocimos diferentes tipos de relaciones. Por ejemplo la que sostuvieron los médicos con el Estado. Que conformaban una compleja red de interacciones que permitieron establecer posiciones de jerarquía en el *campo de la salud*.

A su vez, dentro de este identificamos en primer término la existencia de relaciones entre los espacios que denominamos *del curar y del cuidar*. Y en la interacción entre estos espacios logramos reconocer relaciones entre sus actores, como la relación que se dio entre la Medicina y la Enfermería, con las órdenes religiosas o las parteras.

Por último, observar la dinámica dentro de cada uno de estos espacios nos permitió reconocer las relaciones entre sus actores.

El análisis de los discursos permitió también identificar tensiones entre los actores por el control y por alcanzar una posición privilegiada en el *campo de la salud*. En este aspecto reconocimos a los médicos en disputa con los demás actores del *campo*. En este mismo sentido también identificamos cómo aquellos intentaron definir y configurar los lugares y roles de los actores del espacio del cuidado.

Los conflictos identificados tuvieron que ver con la administración de los espacios y los recursos de las organizaciones sanitarias, así como, con la ausencia de sanciones y limitaciones por parte de las autoridades hacia los actores en pugna por el ejercicio del poder dentro del *campo*.

Relaciones, disputas y conflictos entre los actores en el *campo de la salud*

En un contexto marcado por el progreso de la economía y la estratificación social, el auge de inversiones extranjeras, el crecimiento de la infraestructura y de las exportaciones, el arribo de los inmigrantes, y la urbanización se llevó a cabo a finales del siglo XIX el proceso de consolidación del Estado nacional (González Leandri, 2000^a; 2004; Romero, 2017). En ese proceso se establecieron acercamientos entre los intereses del Estado y los intereses del colectivo de médicos, los que a su vez llevaban adelante su propio proceso de consolidación de su conocimiento y autonomía en la estructura del *campo de la salud*.

En estos términos, las relaciones que tuvo el colectivo médico con el Estado, que comenzaron a afianzarse pocos años antes del periodo que nos ocupa para esta tesis, se continuaron con una serie de medidas respaldatorias que le permitieron definir una posición jerárquica mediante el control sobre el ejercicio legal de la Medicina, la Farmacia y las demás ramas consideradas auxiliares al arte de curar. Para ello, la estrategia privilegiada fue la escritura de proyectos de ley y otras normas.⁷²

⁷² La Ley del Ejercicio de la Medicina se encontraba en vigencia desde 1877, pero en el periodo que nos ocupa, se intentaba ampliar aspectos no considerados en la norma original.

El presidente del Departamento Nacional de Higiene, “ha nombrado a los Dres. Eugenio F. Ramírez, Francisco P. Lavalle, Ruiz Huidobro y Wenceslao Acevedo para que, reunidos en comisión, redacten el proyecto de reglamentación del ejercicio de la medicina, farmacia y demás ramos del arte de curar.”⁷³

Tomar la iniciativa en la redacción de una nueva ley permitía dejar planteadas garantías para que el ejercicio de la Medicina fuera atribución exclusiva de médicos titulados en el país, y limitaba a los demás actores del *campo de la salud* al ejercicio de roles subordinados.

En el análisis de este *campo* identificamos la disputa por la administración de los espacios de la práctica entre la Administración de la Asistencia Pública (con alta presencia de médicos en su composición) y la Sociedad de Beneficencia. Como puede verse en la transcripción que se hizo en la *RMQ* del antiguo proyecto de organización de la Asistencia Pública de 1878:

[...] Art 1º. – Créase en Buenos Aires una comisión con el nombre de Administración de la Asistencia Pública que tendrá a su cargo la dirección y administración de los establecimientos de caridad, sostenidos actualmente por el Gobierno de la Provincia y la Municipalidad. Art 2º. – La Municipalidad nombrará dicha Comisión que será compuesta de diez miembros, de los cuales seis serán médicos, uno ingeniero, un agrimensor, y los demás, personas de reconocida honorabilidad y competencia. [...] Art 5º. – Los establecimientos que estarán a cargo de la Administración de la Asistencia Pública serán: el antiguo y nuevo hospital de hombres, el hospital de mujeres, el hospital San Roque, ambos hospicios de Dementes, la Casa de Expósitos y los asilos de Huérfanos y de Mendigos. Art 6º. – La Municipalidad y la Sociedad de Beneficencia, delegarán a partir del 1º de Enero de 1879 la dirección y administración de los establecimientos sobre los que actualmente ejercen su superintendencia, en la Administración de la Asistencia Pública, quien podrá recabar el concurso de las honorables matronas que pertenecen a las diversas sociedades de caridad, para la organización y marcha de los establecimientos, especialmente los destinados a recibir mujeres y niños [...] Art 10.- La Administración de las Asistencia Pública tiene el deber de respetar y hacer cumplir las convenciones que se hayan estipulado con las congregaciones religiosas que prestan sus servicios en las casas de caridad [...] Art 13. – Es deber de la Administración confeccionar los reglamentos de los hospitales y hospicios debiendo tomar parte en la discusión de aquellos los médicos respectivos [...] ⁷⁴

En el marco de las relaciones que el colectivo médico mantuvo con el Estado identificamos que la creación de la Administración de la Asistencia Pública fue funcional a los intentos por desplazar a la Sociedad de Beneficencia de los espacios de toma de decisiones y administración de los recursos de los centros asistenciales. Esta medida, que fue previa al periodo que nos ocupa en esta tesis, no habría cumplido plenamente con este objetivo.

Fue posible reconocer la vigencia de esta disputa en 1887 en la *RMQ*. Según el Dr. Coni “La centralización en la administración de las casas de caridad, es una medida

⁷³ Semana Médica. 1900^c, Ejercicio de la Medicina. Semana Médica, Marzo 22, Vol. VII, N°12, p. 155

⁷⁴ Coni E. 1887^a, Asistencia pública. Su organización. *RMQ*, Año24, N°3, p. 40-41.

reconocida como económica y de alta conveniencia en todas las grandes capitales europeas. Ojalá que nuestras autoridades, penetradas de la importancia de las reformas que proponemos, den algunos pasos en el sentido que hemos indicado”⁷⁵. Los intentos por alcanzar la posición de control tuvieron continuidad durante los años posteriores. Así lo identificamos a finales del siglo XIX en la *SM*:

Los hospitales de Buenos Aires pueden dividirse en tres categorías bajo el punto de vista de su administración: los que dependen de la municipalidad, los que dependen de la Sociedad de Beneficencia y los sostenidos por asociaciones de extranjeros. El hospital de niños corresponde al segundo grupo, y debemos deplorar que siempre haya estado mal administrado. Las señoras son muy buenas, pero no sirven para dirigir, porque ellas intervienen en todo directamente o por intermedio de las inspectoras [...]”⁷⁶

Puede verse en este artículo que la administración del hospital de niños⁷⁷, uno de los hospitales administrado por la caridad, era foco de críticas por parte de los editores de la *SM*. Y en la apreciación que se emitía hacia las mujeres filántropas, que administraban el establecimiento, deja verse los niveles críticos que había alcanzado esta disputa entre la Administración de la Asistencia Pública y una sociedad civil de larga data, en cuyo seno actuaban miembros de una clase social particular.

Relaciones, disputas y conflictos entre los actores en el *espacio del curar*

La redacción de proyectos de reglamentación del ejercicio, fruto de la influencia sobre el Estado; permitió asegurar la posición en el *espacio del curar*, pero por sobre todo en el *campo de la salud*; y determinar la subordinación de las demás profesiones y oficios “inferiores de su mismo arte”.

El siguiente fragmento, tomado de la *SM* del año 1894, ilustra uno de los procedimientos encarados desde el organismo estatal para regular la profesión; “a los efectos de regulación de honorarios ó con otros motivos relacionados con el ejercicio de ramos del arte de curar, y necesitando para ello tener conocimiento exacto de los médicos, farmacéuticos, parteras, veterinarios, dentistas, etc., que ejerzan en el país”⁷⁸ y para evitar el ejercicio ilegal de la Medicina, “El Departamento Nacional de Higiene Resuelve:

⁷⁵ Coni E. 1887^a, Asistencia pública... *Óp. Cit.* p. 41.

⁷⁶ *Semana Médica*. 1896^c, Hospital San Luis, 10 de diciembre, Año 3, N°50, p. DCCLXXXV- DCCLXXXVI

⁷⁷ El Hospital San Luis fue inaugurado en 1875 para la atención de los niños de Buenos Aires. Obra de la Sociedad de Beneficencia, se emplazaba en la calle Victoria 1179 (hoy Hipólito Yrigoyen 3420). Durante sus primeros años fue dirigido por el Dr. Ricardo Gutiérrez. A su pedido se trasladó en dos oportunidades por encontrarse superadas sus capacidades, quedando finalmente en su ubicación actual de la calle Gallo 1330 desde el año 1896. Desde el año 1946 lleva el nombre del primer pediatra argentino D. Ricardo Gutiérrez. [ON LINE] <https://guti.gob.ar/quienes-somos/historia.html> acceso agosto 2019.

⁷⁸ Ramos Mejía JM, Agote L. 1894, Actos oficiales. Nueva inscripción de médicos, farmacéuticos, etc., en todo el territorio de la República. *Semana Médica*, Febrero 15, Año1 N°5 p. I

Artículo 1° - Procédase a la inscripción de los títulos de los médicos, farmacéuticos, veterinarios, parteras, dentistas y flebotomistas que practiquen en toda la República y que tengan títulos expedidos por las facultades de Buenos Aires y de Córdoba y por la de Veterinaria de la provincia de Buenos Aires.”⁷⁹ Les otorgó “a los señores médicos, farmacéuticos, dentistas, parteras, veterinarios, flebotomos, masajistas, etc., etc. de la capital”⁸⁰ un plazo de noventa días para presentarse en la sección Sanidad Interna de este Departamento “con el diploma respectivo a registrar la firma debiendo al mismo tiempo escribir documentos que comprueben la identidad del interesado”⁸¹. Los que no diesen cumplimiento a lo dispuesto, “no podrán figurar en la nómina oficial del Departamento a los efectos respectivamente del despacho de recetas, regulación de honorarios, regencias de farmacias, ejercicio de la profesión, etc., etc.”⁸²

El registro de títulos se ubicaría así entre las primeras medidas de control de la práctica de las que dan cuenta las publicaciones médicas en el periodo analizado. Como queda expresado en la *SM*, al establecer la norma definían y diferenciaban lo legal y lo ilegal: así generaban el marco de medidas orientadas a acabar con lo que denominaban el “ejercicio ilegal” de la Medicina. De este modo, a través del Departamento Nacional de Higiene, se supervisarían los títulos obtenidos en facultades locales y del extranjero, y se procedería al registro y habilitación para ejercer en el país de quienes cumplieran satisfactoriamente con los requisitos del evaluador.

El carácter prioritario que se le atribuía a este emprendimiento deja verse en el uso de la expresión “proceder enérgicamente”⁸³, lo que da cuenta de la existencia de una disputa por el espacio de la práctica dentro del *campo* con otros actores considerados “ilegales”.

Algunos de los demás actores que entran en la disputa se hacen visibles a partir de su participación en la resolución de varios de los conflictos dentro del *campo*. Su modo de intervención se postula en la necesidad de construir y aplicar un marco regulatorio que especificara los conocimientos y condiciones requeridos para el ejercicio legítimo de la Medicina. Los componentes de este marco regulatorio beneficiaban claramente a los actores formados y titulados en la Facultad de Medicina frente a otros titulados, como por

⁷⁹ Ramos Mejía JM, Agote L. 1894, Actos oficiales... *Óp. Cit.* p. 1

⁸⁰ Semana Médica. 1894, Departamento Nacional de Higiene, Semana Médica, Marzo 8, Año1 N°8 Pág I

⁸¹ Semana Médica. 1894, Departamento Nacional... *Óp. Cit.* p. I

⁸² Semana Médica. 1894, Departamento Nacional... *Óp. Cit.* p. I

⁸³ Ramos Mejía JM, Agote L. 1894, Actos oficiales... *Óp. Cit.* p. 1

ejemplo los farmacéuticos y los médicos titulados en el exterior, así como también quienes no tenían formación institucionalizada como los curanderos.

Estas cuestiones en discusión quedan expresadas en la observación que el médico legista Francisco de Veyga realiza sobre uno de dichos proyectos.

La Cámara de Diputados de la Nación debe discutir en el presente periodo de sesiones los proyectos de ley referentes a la higiene pública y ejercicio de la medicina que despachó el año pasado su Comisión de Legislación. [...] El otro proyecto es el que reglamente el ejercicio de las profesiones dependientes del arte de curar. Estos proyectos aparecen confeccionados por el Congreso siendo, sin embargo, en su esencia, obra del Departamento de Higiene, [...] Como todas las leyes de esta especie, sus fines primordiales son dos: garantizar al médico en el ejercicio legal de su ministerio, persiguiendo el curanderismo, y darle la supremacía que necesita sobre las demás profesiones inferiores de su mismo arte. Por eso habla poco de los médicos, mucho de los que ejercen sin serlo, y más de los farmacéuticos y de los otros gremios. Así, por cuatro artículos que se refiere a los deberes de aquellos, hay veintiséis reglamentando el ejercicio de la farmacia, y al paso que para con los primeros se tienen miramientos excesivos (sic) en la aplicación de las penas, limitando el máximo de éstas a un grado que es irrisorio, para los farmacéuticos se emplea un rigor exagerado que infunde lástima [...] ⁸⁴

De su análisis se infiere que en su ejercicio los médicos se reconocían amenazados en el ejercicio de su profesión y se veían en la necesidad de obtener garantías por medio de un marco legal que delimitara su ejercicio del de los demás actores del *campo de la salud*. Por lo que el curanderismo y los médicos que ejercían sin titulación eran considerados problemas en este sentido. Y los farmacéuticos eran considerados oponentes, que debían ser controlados mediante una rigurosa reglamentación.

Además, en términos de sus autores, con la ley se combatiría la charlatanería y el curanderismo, y se restringiría el libre ejercicio de los médicos titulados en el exterior.

En el análisis de las relaciones entre los actores, la disputa por delimitar el capital simbólico requerido para el ejercicio práctico del arte de curar, que mantenían los médicos inicialmente con los curanderos, constituyó uno de los pilares en la causa por establecer un marco legal que garantice su preeminencia en la jerarquía de posiciones dentro del *campo*.

La necesidad de la reglamentación del ejercicio de la medicina, es también una resultante de la observación de las tendencias del pueblo en general; [...] aquellos que hacen gala de saber medicina en mayor o menor escala, [...] ya en calidad de amateur o como un medio de ganarse la subsistencia, es tan grande, que hay lugar para ocuparse seriamente de su represión. [...] Si además de las circunstancias mencionadas anteriormente, recordamos los comienzos de la medicina fundada por tantos siglos de empirismo y la explotación del natural deseo de hacer bien al prógimo (sic), habremos enumerado la mayor parte de las causas productoras del ejercicio ilegal de la profesión. [...] ⁸⁵

⁸⁴ de Veyga F. 1899, Los Proyectos de Ley de Reorganización del Departamento de Higiene Profilaxia Pública de y Ejercicio de la Medicina. *Semana Médica*, Mayo 25, Vol. VI, N° 21, Pp. 177 – 184

⁸⁵ Barbieri P. 1903, Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires – Cátedra de Medicina Legal – Segunda conferencia por el Doctor Pedro Barbieri. Profesor sustituto en ejercicio de Medicina Legal, *Semana Médica*, 9 de julio, Vol. X, N° 28, p. 597

En esta búsqueda de consolidación de su profesión, los médicos, titulados en la Facultad de Medicina, llevaron adelante una activa campaña en contra del curanderismo y los charlatanes, a quienes veían como una verdadera amenaza a sus intentos de regulación y control sobre el *espacio del curar*, a los fines de monopolizar el *campo de la salud*. Esencialmente porque estos se manejaban fuera de los canales dispuestos por las instituciones médicas, y porque gozaban del crédito de la población.

La profesión médica nacional está enferma y de gravedad. Así como hay parásitos que invaden el organismo y le absorben toda su savia, lo debilitan y lo deprimen, de la misma manera el charlatanismo agobia a la profesión médica y al propagarse en nuestro país, sin encontrar trabas dignas de sanción, amenaza atacarla en sus órganos vitales, anularla y empobrecerla. [...]

Es por no haberse entendido nuestros jueces y nuestras autoridades sanitarias sobre este punto esencial, sobre qué es lo que caracteriza el ejercicio legal de la medicina, es por esto, decimos, que se ha llegado a poder ver en Buenos Aires, para no hablar sino de la Capital, el desarrollo colosal que ha adquirido el curanderismo, cuyo atrevimiento ha aumentado, parejas (sic) con la impunidad de que ha gozado hasta la fecha.

No es, pues, necesario que un sujeto emplee tal o cuál procedimiento para que pueda ser clasificado curandero; no es necesario que recete, basta con que pretenda curar mediante la imposición de manos, [...] para que sea posible, clasificarlo entre los que practican ilegalmente la profesión y deben, por lo tanto, ser perseguidos y castigados como enemigos de la salud pública.⁸⁶

En esa línea de argumentación el Dr. Barbieri, en el artículo de la *SM* del año 1905 les definía condiciones del ejercicio de la profesión médica.

[...] “Ejerce la profesión médica toda persona que ofrece curar y acepta las responsabilidades inherentes al tratamiento de enfermedades, deformidades y heridas, cualquiera sea el medio del que se valga para este objeto. Todo estado [...] dada la naturaleza intrínseca de la profesión médica, tiene el derecho constitucional y legal de exigir un título de idoneidad, a fin de proteger a los ciudadanos de las consecuencias de la falta de competencias y torpezas.” [...] ⁸⁷

Como deja verse en esta serie de artículos relacionados al asunto en disputa, el problema no solo estaba en la población que recurría a personas no tituladas sino también en los jueces que no consideraban la ilegalidad del acto de curar en manos de personas sin títulos de idoneidad. Lo que representaba el verdadero conflicto entre actores del *espacio del curar*. Por ello era imprescindible la nueva Ley.

[...] Si el carácter de empirismo con que se ejerce la medicina, es fuerte tentación para muchos sujetos que ni siquiera han cursado los estudios primarios para dedicarse a curar a los semejantes; si por otra parte, el aliciente de ganancias que no pueden considerarse legítimas desde que la ley las condena, empuja a otros más inteligentes y audaces a seguir el mismo camino, nada tiene de extraño que los poseedores de alguna cultura médica, empezando por los enfermeros y acabando por los farmacéuticos, se sientan inclinados a actuar de médicos y lo hagan con frecuencia, por cierto, deplorable. [...] Son, pues, dos los factores que tienen que estudiar el que se ocupe del charlatanismo; el público engañado, merced a sus condiciones especiales de credulidad y el gremio

⁸⁶ Barbieri P. 1905, El ejercicio de la medicina en la República Argentina y el charlatanismo. Por el Dr. Pedro Barbieri. Profesor Sustituto de Medicina Legal. Capítulo I, Semana Médica, 27 de Abril, Vol. XII, N° 17, Pp. 395-397

⁸⁷ Barbieri P. 1905, El ejercicio de la Medicina... *Óp. Cit.* Pp. 395-397

de los pseudo-médicos. [...] es un abuso que ha llegado a tomar proporciones extraordinarias que es necesario cortar, [...]”⁸⁸

Pedro Barbieri, profesor sustituto de la Cátedra de Medicina Legal y autor de la mayoría de los artículos a favor del control exclusivo de los médicos sobre las prácticas de la salud, es bien elocuente en cuanto a la construcción de esta idea de amenaza. La que no se limitaba a los curanderos y médicos sin títulos o con certificaciones dudosas, sino que se extendía a los farmacéuticos, los enfermeros y todo aquel que tuviera alguna “cultura médica”; a los que se denominó “pseudo-médicos”.

Al igual que con los curanderos, la Medicina también disputó la práctica asistencial con otros actores que intervenían usualmente durante el parto. Y de igual modo, el control disciplinar sobre este acto se escapaba de las manos de los médicos por las costumbres de la población, de convocar el servicio de las comadronas, parteras y enfermeras.

La disputa de este espacio quedaba expresada en la *RMQ* en 1887 “Las irrigaciones de sublimado debe hacerlas el médico y no la comadre o enfermera”⁸⁹, y la estrategia implementada para tender la balanza a su favor fue la misma. Establecer límites y excluir mediante la incorporación de un marco legal que garantice la exclusividad de la Medicina en este ejercicio. “La experiencia nos ha demostrado que es necesario cuanto antes que el Departamento Nacional de Higiene introduzca en la Ley vigente sobre el ejercicio de la Medicina y demás ramos del arte de curar algunas disposiciones reglamentarias de suma utilidad para la práctica obstétrica.”⁹⁰. El contenido de la propuesta normativa establecía que:

El ejercicio del ramo de parteras queda sujeto a las reservas siguientes: 1° Las parteras no podrán prestar sino cuidados sencillos itinerantes al trabajo de parto; 2° Siempre que el parto presente dificultad, las parteras pedirán el concurso de un médico habilitado, con excepción (sic) de aquellos casos urgentes y de alta gravedad que requieran su inmediata intervención, por no encontrarse el médico.⁹¹

De este modo se desplazaba el accionar de las parteras durante el parto a un papel secundario y quedaba limitado a intervenciones menores.

⁸⁸ Barbieri P. 1905, El ejercicio de la Medicina en la República Argentina y el charlatanismo. Por el Dr. Pedro Barbieri. Profesor Sustituto de Medicina Legal. Capítulo II, Semana Médica, 4 de Mayo, Vol. XII, N° 18, Pp. 419-422

⁸⁹ *RMQ*. 1887^b, Empleo de sublimado en las irrigaciones vaginales e intrauterinas, Año24, N°2, p. 25-26

⁹⁰ *RMQ*. 1886^c, Las parteras y la práctica obstétrica, Año 23, N°8, p. 116.

⁹¹ *RMQ*. 1886^c, Las parteras y la... *Óp. Cit.* p. 116.

Al igual que otros asuntos considerados importantes, este movimiento a favor del encausamiento legal de los alcances de la práctica médica sobre el asunto en disputa tuvo su origen en los modelos europeos.

El reglamento sobre sanidad pública de Italia en su artículo establece: “Es prohibido a las parteras emplear instrumentos quirúrgicos, prácticas de operaciones manuales en los casos de presentación anormal y de utilizar sustancias medicinales de acción enérgica” [...] Los tribunales franceses en muchas ocasiones han resuelto que la partera no tiene el derecho de prescribir medicamentos activos y tampoco el de tenerlos en su domicilio en las localidades donde no hay farmacéuticos; la prescripción del cornezuelo de centeno le está prohibida a título de medicamento activo. Otra cuestión de sumo interés es la que se refiere a la desinfección de las parteras para evitar en lo posible la fiebre puerperal.⁹²

El argumento para incorporar una regulación de la práctica de las parteras en la Ley de Ejercicio de la Medicina y demás ramas auxiliares, se afirmó sobre una representación de peligro para la sociedad. Y que esta amenaza se combatiría mediante la legitimación de la competencia médica sobre el parto.

Relaciones, disputas y conflictos entre los actores de los espacios del *curar* y del *cuidar*

Cecilia Grierson, fue la primera mujer que logró graduarse en Medicina en Argentina, esto la ubicó como una de las representantes de la lucha de la mujer por acceder a la educación superior. Su figura no se encontró limitada a la Medicina, dado que por su obra pionera sobre la instrucción de la enfermería argentina, fue también un referente de este espacio.

[...] El pobre enfermo sin más asistencia que la mala e incompetente del mozo del hotel, se decidió, por consejo de sus médicos, a tomar un enfermero diplomado de los de la escuela que fundó y dirige con tanto acierto, nuestro colega, la Dra. Cecilia Grierson, la Magdalena Brés⁹³, de Buenos Aires. [...] Está demás decir, que la Dra. Grierson, cuando supo lo que se acaba de leer, tomó medidas contra el enfermero que le habían crecido las alas hasta creerse poco menos que médico. Está demás decir igualmente, que todo eso no quita nada en mérito de la institución y que su directora <<está haciendo obra de varón>>.⁹⁴

El modo de expresar la relación entre los espacios del *curar* y del *cuidar* es elocuente en las revistas y refiere a una relación entre géneros dentro de los espacios. Otorgar características de género femenino a la Enfermería permitía a su vez proyectar una posición jerárquica masculina (atribuida a la Medicina) dentro del *campo de la salud*. Esta asignación de posiciones basadas en el género se reflejaba en las características de un contexto social de orden patriarcal. Puede verse reflejado ello en la consideración que

⁹² RMQ. 1886^c, Las parteras y la...*Óp. Cit.* Pp. 116-117

⁹³ Magdalena Bres (Madeleine Gebelin de Bres) fue la primera mujer francesa en obtener el grado de Doctor en Medicina en su país. Se graduó en 1875.

⁹⁴ Semana Médica. 1896^b, Variedades, Mayo 21, Año 1, p. CCCXXIV.

se hace de Cecilia Grierson como una “no mujer”, o como una mujer que se destaca por realizar actividades propias del género opuesto.

Freidson (2001) señala que la Medicina, se desarrolla y ubica dentro del campo intelectual entre las *profesiones educadas originales*: como un espacio reservado para los hombres. Y aun cuando la Revista hace referencia a la persona de más prestigio en el campo de la enfermería, que era mujer, lo hace atribuyéndole virtudes masculinas.

Huellas de este tipo de atribuciones se identifican en un artículo de la *SM* de 1905 donde el Dr. Anchutz, inspector del Departamento de Higiene, manifestaba que:

[...] en el fondo de todo hombre existe siempre el sentimiento de atracción por ese ser débil que la naturaleza colocó a su lado por compañera, que fuera del sagrado deber de la maternidad, existe innato en ella el de prodigar todos los cuidados que requiera en la vida, los que se sacrifican y enferman. Ese don natural, nacido seguramente del mismo carácter de bondad y dulzura, ha hecho, que siempre que existe un enfermo, sea la madre, la esposa, la hermana o la hija, las que consuelan con su presencia y su ayuda.⁹⁵

De este modo, el médico del Departamento Nacional de Higiene argumentaba en favor las cualidades identificadas en la mujer para el desempeño en el *espacio del cuidar*, cualidades “que han venido cultivándose desde los tiempos más remotos y puede decirse desde que existe la mujer”.⁹⁶

En un extenso relato el Dr. Anchutz, dio cuenta de la imagen que percibió de la enfermería europea en sus viajes por Europa y Norteamérica, en comisión por su función en el Departamento Nacional de Higiene.

Ya empezaba a vislumbrarse el papel de la enfermera, que tanta importancia tiene en la actualidad. [...] hasta que en el año 1845, apareció en la escena la Sta. Florencia Nightingale, [...] fundara el primer instituto de enfermeras profesionales, el que fue instalado en el St. Thomas Hospital en Londres, [...] Alemania, tan adelantada en otras ramas de la medicina, no ha seguido los progresos que en esta materia siguieron sus vecinos los ingleses [...]⁹⁷

El perfil atribuido a este ideal de enfermería presenta predominantemente rasgos femeninos. Lo que daría lugar a la idea que el proceso de feminización de la enfermería en el país resultaría de una idea importada a la que se le fue dando forma por medio de este tipo de discursos.

En este mismo sentido se expresó el Dr. Demaría en el discurso inaugural del curso sobre cuidados destinados a la mujer en 1915, a cargo de la Dirección de Asistencia Pública:

[...] Esta escuela de enfermeras que tantos beneficios ha producido ya, formando en buena cantidad esas simpáticas cuidadoras que con su cofia y delantal blanco, llevan la tranquilidad al seno

⁹⁵ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* Pp. 532-542

⁹⁶ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* Pp. 532-542

⁹⁷ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* Pp. 532-542

de los hogares afligidos por la enfermedad de alguno de sus miembros, quiere ensanchar su acción ofreciendo a las familias los conocimientos indispensables para que las madres, las hijas y las hermanas sepan cooperar con los médicos al alivio y curación más rápida de sus deudos enfermos [...] Este curso que por primera vez va a dictarse llena un sentido vacío y es una obra magnífica de vulgarización social que ya tardaba en implementarse entre nosotros. Veo entre la audiencia a numerosas señoras y señoritas deseosas de instruirse, de completar su educación y que se han dado cuenta de la importancia de la llamada economía doméstica, hoy tan importante, tan estudiada y en frente a tan variados y complejos problemas que bien puede hablarse de una ciencia doméstica. Ya veis la alta consideración e importancia que le asigno.

Ciencia doméstica por cierto bien noble, tiende a levantar el nivel humano y tiene por principal objetivo el bienestar de la familia; constituye esta ciencia que desde luego debemos reconocer como ciencia auxiliar de la medicina, una obra grandiosa de solidaridad humana. Uno de sus primeros objetivos es la asistencia del enfermo, el cuidado también de las familias y los primeros auxilios en caso de accidentes [...] ⁹⁸

Desde la *SM*, el Dr. Demaría, encargado de dictar el curso, a la vez que reconocía el valor y el aporte de la Escuela de Enfermeras de Cecilia Grierson, reiteraba la vinculación de la enfermería con las “ciencias domésticas”. Al ser doméstica, por carácter asociativo, era femenina, y, en tanto femenina, era por consecuencia una ciencia auxiliar e inferior a la Medicina.

Este proceso que acabó otorgando a la Enfermería una representación de ocupación femenina resultó esencial para sellar su relación asimétrica respecto de la ocupación médica dentro del *campo de la salud*.

En relación a las disputas entre los actores de estos espacios del *campo de la salud* reconocimos, en la *SM*, que se mantenía vigente la disputa por el campo entre la Medicina y la Iglesia⁹⁹. Esta última representada en la figura de las órdenes religiosas que se ocupaban del cuidado de los enfermos. Por ejemplo, al momento de referirse a la realidad alemana, el Dr. Anchutz manifestaba: “Sin embargo prima en ellas la idea religiosa y se ha probado actualmente que las enfermeras deben poseer otra clase de instrucción; pero a pesar de esto, prestan importantes servicios”¹⁰⁰. De este modo quedaba expuesta la posición del Departamento Nacional de Higiene en desmedro del cuidado que ofrecían las órdenes religiosas, como atrasado y que debía ser reemplazado por “otra instrucción”.

En el marco de esta disputa las noticias que presentaban el modelo profesional de cuidados, incorporado a partir de la obra de Nigthingale, gozó rápidamente de aceptación

⁹⁸ Ovejero E, Demaría E. 1915, Medicina Social. Inauguración de un curso sobre asistencia de enfermos y primeros auxilios. *Semana Médica*, 9 de diciembre, Vol. XXII, N° 49, Pp. 698-705

⁹⁹ Al avance sobre la guarda de los desvalidos y desamparados con la creación en 1883 de la Asistencia Pública bajo la dirección del Dr. José María Ramos Mejía, se le adicionan la Ley en 1884 de Educación Común, donde la participación del Ministro Eduardo Wilde, agnóstico declarado, tuvo participación influyente durante los debates sobre la enseñanza de la religión. Poco después se trató la ley de Registro Civil, que fue percibida por algunos dignatarios eclesiásticos como un recorte más a las atribuciones de la Iglesia. El Nuncio Apostólico Monseñor Mattera tuvo conceptos inadmisibles y el Ministro Wilde pidió al Presidente su expulsión, asunto que terminó con una ruptura de relaciones con el Vaticano, en octubre de 1884 (Veronelli y Veronelli Correch 2004^a Pp. 234-235).

¹⁰⁰ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* Pp. 532-542

por parte de un amplio grupo de médicos que consideraban atrasados los cuidados vocacionales ofrecidos por las Hermanas. En este sentido desde el Departamento Nacional de Higiene, Anchutz también idealizaba que en los países sajones las mujeres jóvenes “ingresan a la noble carrera de enfermeras, ya sea por un desengaño o por que no han encontrado marido y en vez de encerrarse en un convento, prefieren ser útiles a la humanidad”¹⁰¹. Resulta pertinente destacar en esta idea proyectada de utilidad de la mujer, que se representa a las enfermeras como mujeres incompletas. En consecuencia a la Enfermería como un espacio donde se ubican las mujeres que no han alcanzado el rol culturalmente definido de formar una familia y ocuparse de los cuidados domésticos. Espacio que, según Anchutz, resultaba más “útil para la humanidad” que ingresar a un convento.

En cuanto a la situación de los hospitales la Ciudad de Buenos Aires el inspector del Departamento Nacional de Higiene referenciaba la presencia de congregaciones de religiosas, y se refería a ellas como personal “sin estudios” “ni prácticos ni teóricos”, para desempeñarse en el puesto de enfermeras. Concluía que esta condición comprometía el desempeño de sus funciones¹⁰². Continuaba señalando de las Hermanas que:

[...] en las salas desempeñan un rol administrativo, son las encargadas de la distribución de la alimentación y de vigilar que a sus respectivas horas los enfermos tomen sus medicamentos. Tienen bajo su dependencia las llaves de los cajones de medicamentos, de la ropería de cada sala y, muchas veces, de los instrumentos de cirugía.¹⁰³

Sobre esta responsabilidad les atribuía atrasos y dificultades en la atención médica de los enfermos, y refería que “la disculpa es fácil y pronta a salir de sus labios: estaban rezando y no se les puede interrumpir cuando están cumpliendo con sus preceptos religiosos”¹⁰⁴. Además, como la Hermanas no podían asistir en las salas de prostitutas Anchutz afirmaba que “su función demuestra poca homogeneidad en un servicio de hospital Policlínico”¹⁰⁵.

Claramente, desde el Departamento Nacional de Higiene se emitían comentarios desfavorables a la labor de las Hermanas dentro del *campo de la salud*. Las representaban como atrasadas e inútiles. Estrategia que guarda similitudes con lo ocurrido con otros

¹⁰¹ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

¹⁰² Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

¹⁰³ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

¹⁰⁴ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

¹⁰⁵ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

actores en disputa, y que resultó apropiada a los intereses de su desplazamiento y desjerarquización dentro del *campo de la salud*.

Pero las referencias a las congregaciones de los hospitales no se circunscribieron a la mera exposición de sus limitaciones. En distintas ocasiones se expusieron en las Revistas situaciones que involucraban a las Hermanas de la Caridad como obstáculo al funcionamiento de los hospitales:

[...] Cuantas veces no ha tenido que retardarse la curación de un herido grave, a la espera de que llegara la hermana de caridad que guardaba los instrumentos, algún medicamento, o la llave de alguna salita especial de curaciones [...]¹⁰⁶

[...] El practicante de guardia, medio dormido, se aparece, ve al herido y ordena preparar los instrumentos para una laparatomía, o para la amputación de los dedos, etc. Después de media hora de espera, pregunta si están listos los instrumentos. La respuesta es como para desesperarse, los instrumentos están bajo llave y la hermana de la sala está durmiendo [...]¹⁰⁷

Puede apreciarse que el aspecto que simboliza la disputa con las Hermanas podría circunscribirse a la posesión de la llave que da acceso a los recursos. La administración, con la capacidad de racionar o restringir los recursos representaba un poder, en manos de un actor idealizado como inferior y limitado; que en apariencia costaba reconocer o admitir. Ello representaba un verdadero conflicto dentro del espacio operativo de los hospitales.

A través de una publicación de la *SM* de 1894 identificamos niveles elevados de conflictividad en un incidente con una Hermana, que trascendió desde el hospital hacia la Facultad de Medicina e incluso tuvo repercusiones en la prensa pública (*Diario Los Principios*). Desplazada de sus funciones por este incidente, la Comisión de médicos administradores del hospital reclamaba en su defensa: “disciplínese mejor a la hermana de la caridad, hágasele entender su verdadera misión, para que en adelante no siga siendo lo que es hoy, es decir la obstruccionista de todo progreso en el hospital; la altanera insubordinada de los médicos y de los practicantes; la absolutista despótica de los enfermos”¹⁰⁸. Para apoyar su argumento citaron las sesiones llevadas a cabo en la Facultad de Ciencias Médicas donde se denunció que en el hospital:

[...] no hay Administración, que la hermana de la caridad pone obstáculos para que una operación sea hecha, que la hermana de la caridad no administra a los enfermos las medicinas prescritas por el médico, que la hermana de la caridad indispone a los enfermos con los practicantes y médicos a fin de que se nieguen al examen; en fin, que la hermana de la caridad, se toma la atribución de dar de alta a los enfermos, atribución que sólo está conferida a los médicos de sala¹⁰⁹.

¹⁰⁶ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* Pp. 532-542

¹⁰⁷ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* Pp. 532-542

¹⁰⁸ *Semana Médica*. 1894^b, Variedades. *Semana Médica*, Junio 28, Año 1, N°24, Pp. CLII, CLVII

¹⁰⁹ *Semana Médica*. 1894^b, Variedades... *Óp. Cit.*

Puede apreciarse que además de las conductas calificadas como obstructivas, las decisiones de las Hermanas eran consideradas una intromisión en las incumbencias médicas. Lo que iba en sentido contrario con el movimiento legitimador del ejercicio de la medicina. En los últimos comentarios de defensa que realizó la Comisión notamos el tratamiento que se le otorgó a esta “insubordinación”, como una actitud de “una gravedad indiscutible, y la corrección del mal se impone de una manera pronta y enérgica para evitar en lo posible su propagación.”¹¹⁰.

Como se mencionó esta discusión no se limitó al ámbito hospitalario-académico, y se extendió hacia la prensa pública.

[...] Los Principios, diario de la misma localidad, comenta los párrafos precedentes de este modo: Ante todo, sorprende la desfachatez y la insolencia de los mocitos. Eso de llamar a la hermana de la caridad, puesta al servicio de nuestros enfermos <<la obstruccionista de todo progreso en el hospital, la altanera insubordinada de los médicos y de los practicantes, la absolutista despótica de los enfermos,>> solo cabe en niños mal educados, en corazones destituidos de todo sentimiento de gentileza e hidalguía; porque todo aquel que posee siquiera un barniz de caballero, guarda consideraciones en todas las circunstancias al sexo débil, á la mujer, y respeta hasta las chinitas que viajan en los tranways. [...]

¡Disciplínese mejor a la hermana de la caridad!... ¿Habrased visto mayor audacia? A los que disciplinarse es a los que quisieran convertirlo todo en un vasto mercado humano. [...]¹¹¹

Como se evidencia en la transcripción del tratamiento que la prensa pública ofreció al incidente, esta no se mostraba en sintonía con el reclamo de los médicos y reprochaba las expresiones y calificativos emitidos hacia la hermana. Posición que a su vez fue objeto de reproches por parte de los editores de la *SM*, para concluir con el asunto en la publicación.

Sin embargo, no todas las voces en la *SM* se mostraban con opiniones desfavorables en relación a la labor de las Hermanas de la Caridad. En 1909 la Dirección de Salubridad de la provincia de Buenos Aires, dentro de las mejoras que debían hacerse en el hospital Melchor Romero de La Plata¹¹², comunicaba la opinión de su director: “[...] del personal de enfermeros, que es escaso, y que el doctor Garat piensa que debe ser sustituido por Hermanas de la Caridad, que reúnen condiciones especiales para estos servicios”¹¹³. La

¹¹⁰ *Semana Médica*. 1894^b, Variedades... *Óp. Cit.*

¹¹¹ *Semana Médica*. 1894^b, Variedades... *Óp. Cit.*

¹¹² Ubicado en la localidad de Melchor Romero, fue el primer Hospital General del Partido de La Plata.

Progresivamente y en virtud de estar colmados los hospitales especializados de la Capital Federal, el hospital fue adquiriendo las características de los hospicios psiquiátricos de la época, con colonias de internados donde se practica como terapéutica el sistema de “Open door”. Giacomantone O, Suarez I, Vitale A. 2010, Sociedad Médica de La Plata 1910-2010 Su historia, *Educación Médica Permanente* – II (1), Pp. 4-49

¹¹³ *Semana Médica*. 1909, Hospital Melchor Romero, *Semana Médica*, 25 de marzo, Vol. XVI, N°12, p. 434

opinión del doctor Garat¹¹⁴ desde Dirección de Salubridad de la provincia de Buenos Aires es bien elocuente respecto de su preferencia hacia las Hermanas para el desempeño de las tareas de cuidado en estos servicios.

En el intento por identificar relaciones entre los actores de los espacios *del curar y del cuidar* que involucraban directamente a la Enfermería retomamos los conceptos abordados inicialmente donde concluimos en que las relaciones asimétricas se apoyaron en su representación como una ocupación femenina, aun cuando los antecedentes señalaban que la ocupación en sus inicios era preponderantemente desempeñada por varones, aspecto que pudimos corroborar en las fuentes analizadas con amplias referencias a la presencia de hombres en la tarea de cuidar. Pudo reconocerse también que esta tarea desempeñada por enfermeros varones correspondió con la etapa de los cuidados vocacionales. Cuando las tareas se realizaban sin instrucción ni preparación previa. El relato del Dr. Anchutz, desde el Departamento Nacional de Higiene, da cuenta de ello:

Veamos donde reclutamos nosotros nuestro famoso personal de enfermeras. La España fecunda, es la que hace venir la corriente de sus hijos, a esta tierra pródiga y floreciente donde el grano crece con sólo ser arrojado en el surco, pero cuyos hijos de algunas provincias no han nacido para tener entre sus manos la mansera del arado y por sus caracteres, costumbres y en fin por su modo de ser, prefieren entrar de mucamos o sirvientes donde el esfuerzo mental es poco y el muscular menos, y si no encuentran una vacante ingresan al primer puesto de Hospital que se les ofrece, y si este no es rentado esperan hasta que se produzca, ganando mientras tanto la alimentación y el albergue.¹¹⁵

Este fragmento permite identificar también que los puestos en los hospitales eran ocupados por inmigrantes. Según expuso Anchutz en su mayoría eran españoles empujados a tomar puestos de trabajo no remunerados debido a las escasas oportunidades y pésimas condiciones que encontraron los inmigrantes a su arribo al país.

Los primeros puestos que van apareciendo, son generalmente los de sirviente de patio, de anfiteatro, ayudante de cocina y después el de enfermero. Una vez con su título estos individuos de una instrucción limitadísima, siendo muchos analfabetos se enorgullecen y faltos de sociabilidad, de cultura, de Savoir Faire, de paciencia, con pocas nociones de higiene en sí mismos y en su vestir, se desempeñan al modo que les parece y según el poco fondo moral, que han adquirido en su terruño lejano.¹¹⁶

La presentación que hace el inspector del Departamento de los enfermeros los muestra como un personal con instrucción limitada y en muchos casos analfabetos.

En este puesto, después de haber sido corregidos un sin número de veces por el interno o por el médico de sala, consiguen, poco a poco, adquirir nociones [...] Todos los conocimientos adquiridos son puramente prácticos, no han asistido jamás a un curso teórico, ni han leído absolutamente nada, ni el más pequeño manual. No leen, no se les enseña, ni se les indica nada.

¹¹⁴ Julio Garat. Fue médico de Policía y director de la Asistencia Pública. Director general de Higiene de la provincia de Buenos Aires. Giacomantone O, Suarez I, Vitale A. 2010, Sociedad Médica... *Op. Cit.*

¹¹⁵ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

¹¹⁶ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

Algunos hospitales han salido ya de esta rutina, y así vemos que en el Hospicio de las Mercedes y en la Casa de Aislamiento, funcionan desde algún tiempo, sus escuelas de enfermeros, bajo la competente dirección de médicos y practicantes. [...]¹¹⁷

En este contexto carente de conocimientos que presenta el Dr. Anschutz, la relación que se podría dar entre los médicos y los enfermeros era la de enseñanza en terreno, así como también en las escuelas que funcionaban en dos de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires.

En sus ideas críticas respecto de la realidad de los enfermeros, el médico inspector afirmaba que “para subsanar todos estos defectos, que repercuten en el público, bastaría la creación de escuelas de enfermeros en los diversos hospitales, a semejanza de los que sucede en Inglaterra, Norte América, Cuba y Francia.”¹¹⁸. Por ello propuso incorporar una educación organizada, en el marco de las instituciones médicas, y con una instrucción brindada por médicos. Pero además:

[...] existe una cantidad de titulados enfermeros que no han cursado estudios en ninguna escuela y que ejercen clandestinamente la profesión en el público de una manera desastrosa, desempeñando un papel al que no están habituados, por falta de conocimientos teóricos y prácticos. Para ello sería muy conveniente citar a todos los que titulan enfermeros o enfermeras, que no hayan recibido su diploma en la escuela existente en el país, revisar sus diplomas y hacer revalidación de ellos en caso de duda sobre su propiedad personal. En una palabra, considerar la escuela de enfermeras de la doctora Grierson, como escuela libre, única encargada de expedir y revalidar diplomas de enfermeras y masajistas, todo esto bajo la dependencia del Departamento Nacional de Higiene [...]¹¹⁹

Inferimos que no es casual que un miembro del Departamento Nacional de Higiene proponga el control sobre los títulos. Si bien no se perciben tensiones o disputas por los espacios con la Enfermería, esta proposición es similar a lo ocurrido con otros actores en disputa, como los charlatanes y los titulados en el exterior.

Si bien Anschutz mencionaba a los titulados que no habían cursado estudios, esta proposición también podría estar dirigida también al personal de Enfermería de los hospitales de las colectividades de extranjeros, los que contaban con escuelas donde formaban a su propio personal. Como por ejemplo la escuela del hospital Británico.

La escuela creada por Cecilia Grierson gozaba del pleno reconocimiento de sus pares, y por ello resultaría propuesta como el ente que controlaría los títulos bajo la supervisión del Departamento Nacional de Higiene.

¹¹⁷ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* p. 532-542

¹¹⁸ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* p. 532-542

¹¹⁹ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* p. 532-542

Este modo de intervenir sobre la Enfermería, tanto en la definición de los contenidos que debían enseñarse, en el dictado de las clases, así como en las evaluaciones y certificaciones permitió a los médicos, encargados desde el Estado de la administración de la salud pública, posicionarse sobre la Enfermería. Afianzando gradualmente la definición que colocaba a esta disciplina en posición inferior y auxiliar, resultaría finalmente “indispensable formar enfermeros instruidos, cultos y afectuosos que fueran colaboradores eficaces del médico”¹²⁰.

La burla o la desacreditación de los actores relacionados con el cuidado fue también uno de los modos implementados para manifestar las críticas a la Enfermería y marcar posiciones.

[...] Efectivamente, pocas horas después, se presentó en el hotel, el enfermero diplomado, con teoría y con práctica. Alto, grande, español, y bien vestido, había sido antiguo portero en una casa de la aristocracia, con grandes bigotes naturales, en fin, era irreprochable. Los médicos, después de examinar por cuarta o quinta vez al enfermo, le llamaron aparte y le dejaron sus instrucciones.

Hemos ordenado enteroclismas fríos y oxígeno, lo que V. ha de administrar como le voy a explicar...

-Basta! Basta! Dijo el enfermero. Yo sé todas esas cosas; para eso soy diplomado, y he practicado mucho tiempo, como reza en el reglamento.

-Bien, hasta mañana, dijeron los médicos y se fueron.

Al día siguiente, el diplomado no había hecho ni una cosa ni la otra. Interpelado, se disculpó manifestando que no había hecho <<las lavativas porque no le habían precisado si eran vaginales o rectales>>; y que en cuanto a la administración del oxígeno, no lo había hecho igualmente, porque él había visto siempre que el oxígeno se daba solamente in articulis mortis, y que ese enfermo no estaba en tal condición. El pobre enfermo murió 24 horas después [...] ¹²¹

Probablemente no hubo razones para haber traído esta situación tan peculiar a las páginas de la *SM* más que la intención de desacreditar los intentos de jerarquización profesional que pudiera haber pretendido esbozar la Enfermería. La ridiculización de los errores cometidos por el “el enfermero que le habían crecido las alas hasta creerse poco menos que médico” sería funcional a los fines de colocar a la Enfermería como una ciencia inferior.

De este modo, las críticas emitidas al comportamiento de los enfermeros, se dirigían también a su formación, a su conocimiento y a su especificidad disciplinar y profesional. Ese acto reiterado de denostación era en sí mismo un acto de legitimación de la inferioridad que se le atribuía a la Enfermería.

¹²⁰ Semana Médica. 1902, Escuela de enfermeros de alienados. *Óp. Cit.* p. 22

¹²¹ Semana Médica. 1896^b, Variedades... *Óp. Cit.* p. CCCXXIV

Relaciones entre los actores, conflictos y disputas en el *espacio del cuidar*

El *espacio del cuidar* se encuentra compuesto por diversos actores que tenían por objeto el cuidado de sujetos enfermos y vulnerables. Uno de estos actores eran las Hermanas de la Caridad; su relación con la Enfermería también tuvo lugar en las fuentes analizadas. Sobre ellas se observan posiciones inicialmente contradictorias. Por un lado, se las descalifica para las funciones de cuidado; pero se les reconoce autoridad en cuestiones administrativas y desde ese lugar pueden ejercer el control de otros actores a cargo de las prácticas de cuidado.

[...] Generalmente en los hospitales existen congregaciones religiosas compuestas de hermanas de San Vicente de Paul, etc. [...] sin estudios preparativos de ningún género, ni prácticos ni teóricos, para desempeñar el delicado puesto de enfermeras; tienen forzosamente que fracasar en el desempeño de sus funciones.¹²²

Como ya fue referido anteriormente las congregaciones de hermanas se encontraban en los hospitales sin más herramientas que la vocación y el conocimiento empírico. Lo que era motivo de críticas de quienes anhelaban un cuidado profesionalizado.

La descripción que realiza el Dr, Anschutz permite apreciar que la organización hospitalaria se basaba en una estructura subordinada de los roles administrativos ocupados por las Hermanas, donde la Superiora representaba la máxima autoridad. Tenían a su cargo la administración de recursos inferiores como guardianes de las llaves. Como mantenían responsabilidad sobre el cuidado que se brindaba a los hospitalizados, tuvieron a su cargo al personal que cumplía tareas de enfermería.

[...] Cuantas veces no ha tenido que retardarse la curación de un herido grave, a la espera de que llegara la hermana de caridad [...] ínterin no son reemplazadas por otras, quedando la sala a merced del personal laico, las aquí llamadas enfermeras, las que oprimidas y vigiladas en exceso por el oído fanático de la religiosa, acechan y esperan esos momentos para entregarse a reposar o a pensar en otras cosas, que no son por cierto las de un trabajo penoso¹²³.

Logramos reconocer en este fragmento del relato de Anschutz que la relación entre las Hermanas y la Enfermería, se basaba en la jerarquía de las primeras sobre la segunda. Según refiere del autor, a partir de la autoridad conferida, las Hermanas sometían a las enfermeras a una supervisión opresiva.

Ambos actores realizaban las tareas de cuidar sin formación teórica ni práctica, y sus conocimientos estaban totalmente alejados de la nueva ciencia del cuidado. Sin

¹²² Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

¹²³ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

embargo, en los comentarios del autor se presume que quien se dedicaba a la Enfermería, “el personal laico” carecía incluso de la vocación que movilizaba a las Hermanas.

Inferimos que esta posición de supremacía respecto de la Enfermería se fue desdibujando a medida que la hegemonía médica se afianzaba y la Enfermería se profesionalizaba. Esto pudo verse en las revistas analizadas donde la presencia de las Hermanas tuvo un papel menos protagónico, casi ausente en el resto del periodo analizado.

La relación que mantuvo la Enfermería con las parteras es otra de las que identificamos entre actores del *espacio del cuidar*. Esta relación no presentó gran desarrollo en las revistas analizadas, sin embargo pudimos identificar que se basaba en una actuación auxiliar de la Enfermería respecto de la actuación de la partera. Lo que pudimos reconocer en el reglamento publicado de la *RMQ*, en 1886:

[...] Cuando una partera acepta partos después de haber dejado en manos de una enfermera, una mujer atacada de fiebre puerperal, deberá tener presente las siguientes disposiciones: I Cuando una parturienta sea atacada de fiebre puerperal, la partera deberá inmediatamente hacer llamar a un médico, de conformidad con los artículos del reglamento pertinente. [...] Cuando la parturienta haya muerto o bien después de que la enferma haya sido dejado en manos de otra persona, la partera deberá bañarse, mudarse de ropa y hacer lavar las que llevaba.¹²⁴

En el ámbito del parto, que en el periodo que analizamos se realizaba en el domicilio, las enfermeras cumplían un rol de asistentes de la partera. Esta relación se hizo visible cuando se hizo efectiva la reglamentación del ejercicio de las parteras.

En el análisis del corpus logramos también reconocer posiciones de jerarquía dentro de la organización de la Enfermería. Relevamos constantes menciones a los “cabos” de Enfermería como responsables o encargados de los cuidados en la sala: “En este puesto, [...] consiguen, poco a poco, adquirir nociones y a falta de otros mejores, se eligen entre ellos los cabos enfermeros, que es un peldaño más elevado que el primero”¹²⁵.

Las menciones del Dr. Anschutz permiten identificar su equivalencia con las posiciones jerárquicas de los hospitales europeos.

[...] En Inglaterra una enfermera o Staffnurse, llega a ganar hasta 30 libras por año, sister (cabo enfermera) 50 libras, la Matron o Jefe de Enfermeras, 100 libras. En Francia una enfermera gana hasta 492 francos anuales, una cabo enfermera de 600 a 900 francos anuales. Aquí las enfermeras ganan 35 pesos papel mensuales, los cabos 45 pesos. [...]¹²⁶

Independientemente de las equivalencias salariales podemos identificar que en Francia también se utilizaba la denominación de “cabo”. Así como también, en esta

¹²⁴ Coni E. 1886, Reglamento de desinfección en caso de fiebre puerperal, *RMQ*, Año23 N°8, Pp. 118-119

¹²⁵ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

¹²⁶ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* Pp. 532-542

descripción pudimos reconocer que esta posición era inferior a la Jefa de Enfermeras o *matron* como se denomina en el modelo británico.

En esta organización vertical de las funciones y responsabilidades para el cuidado de enfermería, el reglamento de una sala permite completar la estructura identificando las posiciones inferiores al cabo.

[...] Del Primer cabo:

1º Es el encargado del servicio de las sala de operaciones

2º Esta bajo la inmediata dirección del Jefe de la Sección de Operaciones

3º Dirige al segundo cabo y a todo el personal de asistentes

4º Es el responsable de la limpieza, orden y funcionamiento del servicio y de la faltas en el personal subalterno

5º Debe acudir al llamado de los distintos jefes de sección y en caso necesario prestarles ayuda

Del segundo cabo:

1º Es el encargado de las sal de enfermos

2º Esta subordinado al Primer cabo quien dirige todo el personal de asistentes

3º Tomará las temperaturas y el número de pulsaciones anotándolas en su block para transmitir las al practicante mayor

4º Es responsable de que las ordenes transmitidas por el jefe de clínica o practicantes sean cumplidas

5º Dirige la limpieza que hace el personal subalterno

6º Vigila el buen funcionamiento del calorífico y servicio de agua caliente. [...]¹²⁷

De este modo hemos podido identificar la existencia de una relación vertical, la que permitió organizar los cuidados ofrecidos por la Enfermería en los hospitales públicos.

En los intentos por responder al objetivo de identificar las relaciones, los conflictos y las disputas entre actores del *campo* en los discursos relacionados con la Enfermería hemos logrado identificar, siguiendo los conceptos de Bourdieu, al *campo de la salud*. Reconocimos que este se encuentra conformado por diferentes actores cuyos servicios se encontraban dirigidos a la salud de la población, y a su vez perseguían el control de la profesión y la hegemonía de su arte. El listado se compone de médicos, odontólogos, farmacéuticos, veterinarios, flebotomistas, parteras, comadronas, curanderos, charlatanes, hermanas de la caridad, masajistas y enfermeros.

En el interés por identificar en los discursos relacionados con la enfermería relaciones que mantuvieron los actores en el *campo de la salud* reconocimos diferentes tipos de relaciones. Como la que sostuvieron los médicos con el Estado conformando una compleja red de interacciones con la finalidad de establecer posiciones de jerarquía en este campo mediante el control sobre el ejercicio legal de la Medicina, farmacia y demás

¹²⁷ Semana Médica. 1899^a, Facultad de Medicina – Reglamento interno del servicio de vías urinarias del profesor Texo. Semana Médica, Mayo 18, Vol. VI, N° 279 p. CCCXIV.

ramas consideradas auxiliares al arte de curar. Para ello, la estrategia privilegiada fue la escritura de proyectos de Ley y otras normas. Esto permitió dejar planteadas garantías para que el ejercicio de la Medicina fuera atribución exclusiva de médicos titulados en el país, y limitaba a los demás actores del *campo de la salud* al ejercicio de roles subordinados. El análisis de las relaciones permitió también reconocer la existencia de disputas en el *campo de la salud* por la administración de los espacios de la práctica entre los médicos de la Administración de la Asistencia Pública y la Sociedad de Beneficencia compuesta por damas de familias acomodadas.

En el análisis de las dinámicas del *campo de la salud* identificamos la existencia de dos espacios resultantes de complejas relaciones sociales y laborales, en pugna por un capital simbólico, económico y social. Uno de estos espacios se encontraba compuesto por actores cuyo cuerpo de conocimientos tenían por objeto tratar al enfermo con fines de sanar o restablecer su salud como *espacio del curar*. El otro espacio identificado se encuentra ocupado por actores que tenían por objeto cuidar de individuos enfermos y vulnerables, y hemos denominado *espacio del cuidar*.

En función del objetivo establecido identificamos en el *espacio del curar* una serie de dispositivos que perseguían el control del ejercicio de la Medicina, el desplazamiento a roles subalternos de los demás actores del *espacio*, pero por sobre todo la prohibición del curanderismo y la charlatanería. Esto último daba cuenta de las disputas presentes en este espacio entre los médicos y los otros considerados “ilegales”. Lo que se hacía extensivo hacia la población que recurría a personas no tituladas y por sobre todo a los jueces que no consideraban la ilegalidad del acto de curar en personas sin títulos de idoneidad. Lo que constituía el principal conflicto por el que resultaba imprescindible la incorporación de enmiendas en la Ley del ejercicio de la Medicina.

Otra disputa identificada en este *espacio* surgió sobre el acto de parir. En este caso el control que pretendían los médicos se les escapaba por las costumbres de la población de recurrir a los servicios de comadronas, parteras y enfermeras. De igual modo, el punto de control se apoyó sobre la incorporación de una legislación que asegurara el ejercicio legítimo de los médicos y desplazara a un papel auxiliar y secundario a las parteras.

El análisis de las dinámicas entre los *espacios del curar* y *del cuidar* permite reconocer que las características de género femenino que se le fue dando a la Enfermería permitieron proyectar las mismas relaciones asimétricas que había entre varones y mujeres en un contexto social de orden patriarcal; colocando a la Enfermería en un papel secundario y auxiliar del médico.

En este análisis identificamos también la presencia de disputa entre los médicos y la Iglesia, representada por las órdenes religiosas que administraban los recursos en los hospitales. A las que se denostaban por considerarse atrasadas en relación a la nueva corriente de cuidados especializados; y obstaculizadoras de la tarea del médico.

Pero no sólo la figura de las Hermanas fue denostada, el modo de referirse a los enfermeros también recibió similar tratamiento en las revistas. Con críticas a su instrucción limitada y a sus comportamientos.

El análisis de las relaciones en el *espacio del cuidar* pudimos identificar posiciones jerarquizadas de las Hermanas de la Caridad sobre las personas que se dedicaban al cuidado. Los enfermeros y enfermeras de los hospitales, quienes ejercían sin formación teórica ni práctica. Esta relación fue descrita como de una “supervisión opresiva” de las Hermanas sobre las enfermeras. Estas últimas se fueron desprendiendo a medida que la hegemonía médica avanzaba sobre el *campo* y la Enfermería se profesionalizaba.

La relación que mantuvo la Enfermería con las parteras es otra de las relaciones identificadas en el análisis del *espacio del cuidar*, donde las enfermeras desempeñaron un papel auxiliar de las parteras durante el parto.

Finalmente, identificamos la presencia de una relación vertical en la organización de los cuidados de Enfermería con la presencia de “cabos de enfermería” como los encargados de organizar la tarea y hacer de nexo con el médico.

Universidad de
San Andrés

CAPÍTULO 5

CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y VIRTUDES VINCULADAS A LA ENFERMERÍA

Este capítulo se propone presentar los hallazgos que han permitido responder al tercer objetivo específico de esta tesis. Si bien, en él nos propusimos describir los conocimientos y las prácticas vinculadas a la Enfermería en los discursos médicos, hemos decidido incorporar también entre los hallazgos presentados las referencias a las virtudes relacionadas a la Enfermería. Es pertinente reiterar que analizamos los discursos médicos a partir de reconocer a estos actores como uno de los campos de construcción de donde deviene el *discurso pedagógico* (Bernstein, 1997) en la formación de la enfermería.

Para ello hemos organizado los resultados relacionados a las prácticas y los conocimientos en función del espacio del cuidado al que estaba dirigido el discurso. Inicialmente nos ocuparemos de describir los discursos portadores de estas definiciones dirigidos al espacio del cuidado doméstico. Continuando con el cuidado en el espacio hospitalario, nos ocupamos por describir dos modos de citar a los actores destinatarios de las definiciones de prácticas y conocimientos en este espacio. En primer lugar, como actores no mencionados, invisibles en el relato, para luego organizar los hallazgos en los que se hicieron clara mención al actor al que estaba dirigido el mensaje, la Enfermería.

Conocimientos y prácticas de cuidado del espacio doméstico

Si bien los destinatarios de la mayoría de las recomendaciones eran los pares lectores del órgano de difusión médico, por elevación identificamos otros destinatarios del discurso vinculados al ejercicio del cuidado. En ese sentido, pudimos identificar que en un primer momento, el mensaje inicialmente fue dirigido con fines domésticos.

El Dr. Guyon indica las siguientes reglas del tratamiento: 1ª evitar todas las causas de enfriamiento general o local; 2ª prohibir los excesos en la alimentación y bebidas alcohólicas, y hasta el abuso de bebidas inofensivas en otras circunstancias; [...] 4ª las relaciones sexuales deben prohibirse casi en absoluto; 5ª el decúbito horizontal y la inmovilidad son perjudiciales, así que es necesario evitar la permanencia prolongada en el lecho y los hábitos sedentarios. Si hay estreñimiento se le combate, pero no con purgantes drásticos, sino con enemas emolientes; 6ª para evitar las funciones de la piel, se recurre a las fricciones y el amasamiento. Los baños no deben prolongarse más de quince minutos.¹²⁸

¹²⁸ RMQ. 1886ª, Tratamiento de los infartos prostáticos, *RMQ*, Año22 N°21 p. 331

Las recomendaciones emitidas describen prácticas de higiene corporal, de alimentación y otros cuidados sobre el cuerpo, que los médicos debían indicar a las mujeres del hogar cuando concurrieran a la consulta privada.

El mensaje con fines domésticos, en ocasiones, también fue enfocado hacia la población en general. Sus aplicaciones solían estar centradas en medidas con foco en el control de las epidemias.

[...] No siendo el cólera ya de naturaleza esporádica, sino de epidemia declarada, creo que es un deber del médico dirigir (sic) al público por intermedio de sus acreditadas columnas unas cuantas explicaciones prácticas. [...] Habiendo sido probado (dice el informe) que el ácido sulfúrico posee el poder de destruir la materia infecciosa del cólera en todo caso que haya la más mínima sospecha de que el agua bebida es o podría estar en mal estado para su uso, debe usarse una cucharada grande de la diluta de ácido sulfúrico, es decir, una en diez de la Farmacopea, presumo a cada galón de agua para beber.

Esta cantidad no dará mal gusto al agua y aun si así fuese se puede añadir un poco de azúcar; en caso de diarrea la mezcla ácida debe ser tomada 4 o 5 y hasta 6 veces más fuerte, repitiéndola en pequeñas dosis muy a menudo hasta que el médico llega, quien debe ser llamado inmediatamente si la epidemia es de carácter reinante, el enfermo debiendo quedar mientras tanto acostado.

El ácido sulfúrico es más común y barato que los otros y muy efectivo en la proporción de una onza para cada galón de agua para desinfectar las materias coléricas (evacuaciones). De ser empleado en la misma proporción para las ropas sucias y a la mitad de fuerza para bañar los cuerpos y las manos de los enfermos, como también el piso o alfombra en caso de ser manchados por casualidad. [...]¹²⁹

Surge de este artículo, relacionado con la última epidemia de cólera que azotó Buenos Aires, la responsabilidad que se le atribuía al médico sobre el proceder de la población en casos sospechosos de esta enfermedad. Y cómo este debía ofrecer conocimientos prácticos a la población para que actúen como primera respuesta cuidando al enfermo hasta la llegada del profesional. Sus recomendaciones no se limitaron al cuidado directo del enfermo, sino que también ofrecieron instrucciones de cuidado sobre el ambiente de exposición.

Esta lógica de intervenir sobre las conductas de la población, y su participación activa como auxiliar de los esfuerzos que realizaban los médicos para combatir las enfermedades, también se proyectaron por medio de la Higiene Pública hacia la educación.

[...] Día 28 – Sección primera [...] Medios de practicar la desinfección. [...] El doctor Richard se mostró partidario de la desinfección obligatoria en todos los casos de enfermedades infecciosas (entre las cuales incluyó la tuberculosis); pidió la creación de un personal con los conocimientos necesarios para que la desinfección pudiera practicarse con garantías de éxito; dijo que los gobiernos y los médicos debían estimular a la industria privada para la instalación de establecimientos públicos de desinfección; [...]

Sección segunda. Enseñanza de la higiene en las escuelas elementales y secundarias, de artes y oficios, escuelas de niñas, seminarios laicos, y eclesiásticos; su oportunidad y sus límites. [...] Se aceptaron las conclusiones propuestas con algunas enmiendas. Estas conclusiones son las siguientes:

¹²⁹ Peacan L. 1887, El cólera y su tratamiento, *RMQ*, Año23 N°19 Pp. 294 – 296

I. El Estado tiene el deber de preparar a las poblaciones para que cooperen a la higiene pública, interesándolas en el conocimiento de las reglas fundamentales de la higiene, atendido a que las naciones están muy interesadas en mirar por la salud y el valor productivo de los habitantes.

II. Es necesario introducir en las escuelas primarias de ambos sexos una enseñanza elemental de la estructura y de las funciones del cuerpo humano, así como de las condiciones esenciales de la conservación de la salud. Esta enseñanza indispensable, sobre todo para las niñas, influirá notablemente en las condiciones de salubridad de la habitación y en los cuidados que reclaman la alimentación y la limpieza corporal.

III. Debe establecerse una enseñanza especial de higiene en las escuelas profesionales e industriales.

IV. Sería conveniente que se fuera poco a poco agregando en los colegios la enseñanza de la higiene a las de las ciencias naturales, basándose en el estudio que se hubiera dado en las escuelas primarias y evitando siempre el recargo de trabajo intelectual de los alumnos. Esta enseñanza es indispensable en las escuelas superiores de niñas.

VI. Debe introducirse en las escuelas normales una enseñanza más completa y elevada de la higiene, y de la higiene escolar en particular, dada por médicos higienistas y basados en nociones indispensables de Biología. [...] ¹³⁰

La definición de las actividades relacionadas con la práctica de desinfección fueron portadoras de las primeras enunciaciones de conocimientos y habilidades requeridas para el personal auxiliar identificadas en el corpus. Siendo estos los años en que las epidemias diezmaban las poblaciones y producían importantes pérdidas, fundamentalmente en aquellos países con economías basadas en el comercio internacional, el Congreso de Higiene recomendaba la creación de un personal con los conocimientos necesarios para que la desinfección pudiera practicarse adecuadamente. Hemos relatado en el tercer capítulo de esta tesis como los médicos argentinos se hicieron eco de estas recomendaciones, trasladándolas al Estado. Y como también ha sido expuesto en el mencionado capítulo, este actuó en consecuencia.

También en la transcripción de las secciones del Congreso de Higiene llevado a cabo en Viena identificamos influencias de la Higiene Pública como corriente internacional, sobre las recomendaciones que emitieron los médicos al Estado. Desde estos espacios de intercambio y difusión de nuevas ideas y conocimientos de la profesión médica, también se definieron conocimientos considerados necesarios y complementarios a la labor de estos, preparando a las poblaciones para cooperar con la higiene pública, “interesándolas en el conocimiento de los fundamentos de la higiene”. De este modo, se proyectaba sobre un amplio espectro del campo del cuidado una serie de conocimientos esenciales para desempeñar las tareas relacionadas al cuidado, los que se inculcaban desde la educación primaria.

A su vez, mediante estas recomendaciones se allanaban los espacios educativos en todos sus niveles, haciendo foco en el lugar que debía ocupar la mujer en el campo de la

¹³⁰ RMQ. 1887^d, Congreso Internacional de Higiene y Demografía. De Viena, Año24 N°20 Pp. 311-314

salud, su educación “influirá notablemente en las condiciones de salubridad de la habitación y en los cuidados que reclaman la alimentación y la limpieza corporal”.

Conocimientos, prácticas y virtudes de cuidado del espacio hospitalario

Hemos decidido presentar los resultados relacionados con los conocimientos, prácticas y virtudes vinculados a los actores del *espacio del cuidar* en el ámbito hospitalario en función de las formas de referenciarlos que identificamos en el *corpus*. Estas han sido ausentes o presentes en el relato.

El espacio hospitalario y la invisibilidad de los actores del cuidado

Con foco en el cuidado hospitalario, en ocasiones el mensaje estuvo destinado a actores no referenciados, invisibles en el relato. Como se mencionó anteriormente, la prescripción de prácticas en las revistas médicas estaba dirigida a otros actores, que no estaban visibilizados en algunas publicaciones como la del Dr. Eliseo Segura¹³¹ en la *SM* en 1894:

[...] La aplicación del método de Brandt se hace en la Casa de Aislamiento, siguiendo con la mayor exactitud las indicaciones del inventor, las que descritas a grandes rasgos por Segura, son estas:

Colocar una bañera cerca del lecho del enfermo, para que su acceso al baño no sea difícil, porque el conducirlos a distancia puede tener sus inconvenientes; tomar con regularidad y cada tres horas, la temperatura neta a los enfermos, y siempre que esta sea igual o mayor de 39°, administrar un baño a 20° y de diez a quince minutos de duración, según las necesidades de cada caso. Debe procurarse que la bañera esté suficientemente llena, para que la inmersión del enfermo sea completa. La cabeza y parte de la frente, se cubren con una compresa mojada a menor temperatura que el baño, para que la impresión no sea muy violenta.

Durante el baño se harán infusiones frías en la cabeza y en el pecho, al mismo tiempo que un ayudante friccionará con las manos el tórax y los miembros inferiores del enfermo, al que se le hará beber un poco de agua fría, y si antes del baño presentara tendencia a lipotimias o síncope, se le administrará una bebida alcohólica.

Llega un momento durante el baño, en que el enfermo no defiende más su fiebre, experimentando un intenso escalofrío, el cual indica la terminación de aquel en los casos ordinarios, pero en casos especiales, cuando la hipertermia es considerable, puede prolongárselo un poco más para aumentar sus efectos.

Terminado el baño, se saca rápidamente al individuo y se le conduce a su lecho, en donde permanecerá lijemente (sic) abrigado sobre las extremidades inferiores, las que deberán ser

¹³¹ Eliseo Segura: Médico argentino, pionero de la otorrinolaringología latinoamericana. En 1893 tras graduarse en la Facultad de Medicina de Córdoba, se radicó en la ciudad de Buenos Aires, donde ingresó en el laboratorio central de la Asistencia Pública. Fue médico interno y subdirector de la Casa de Aislamiento (actual Hospital Muñiz), donde comenzó a especializarse en otorrinolaringología. En 1895 fundó un servicio de otorrinolaringología en el Hospital Rawson. En 1899 se trasladó como profesor suplente y jefe de servicio al Hospital San Roque. Visitó las mejores clínicas europeas. En 1919 fue nombrado profesor titular y logró la creación del Instituto de Otorrinolaringología en el Hospital de Clínicas. En 1944 fue el relator oficial del Segundo Congreso Sudamericano de la especialidad. <https://www.anc-argentina.org.ar/es/institucional/academicos/todos-nuestros-academicos/eliseo-victor-segura/> Fue declarado miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina en julio de 1946 <https://www.anc-argentina.org.ar/wp-content/uploads/sites/36/2018/06/ACD19460717.pdf>

calentadas; pasada media hora, se toma la temperatura para poder apreciar el efecto del tratamiento y se alimenta al enfermo, dejándolo después en completo reposo.¹³²

Este artículo ejemplifica la relación, descrita en el capítulo anterior, entre los *espacios del curar* y del *cuidar*. La historiografía de la enfermería argentina nos permite interpretar que los actores no mencionados por Segura podrían ser los enfermeros, enfermeras o las Hermanas de la Caridad, quienes se ocupaban del cuidado en el espacio hospitalario al momento en que se emitieron esas indicaciones.

De las indicaciones publicadas por Segura en 1894 podemos deducir que se requerían habilidades para la práctica de baños térmicos y aplicación de medios físicos para controlar la hipertermia, masajes y fricciones, abrigo, calentamiento y confort para los pacientes afectados de fiebre tifoidea.

Respecto del conocimiento vinculado a la práctica de medición de la temperatura corporal reconocemos que el artículo también está detallando una práctica indicada a la Enfermería, y por consiguiente un conocimiento requerido. Si bien, en un artículo de 1887, se lee que en los hospitales de Viena “se toma la temperatura por la enfermera cada 2 horas, colocando un termómetro sin máxima en la axila por espacio de 5 minutos (y que) la temperatura se registra en diagramas colocados a la cabecera del enfermo [...]”¹³³, que en ese momento este procedimiento no era realizado por la Enfermería local. Además, en otro artículo del año 1899 identificamos entre las funciones del segundo cabo de enfermería en el reglamento de la sala, que este “tomará las temperaturas y el número de pulsaciones anotándolas en su block para transmitir las al practicante mayor”¹³⁴.

Otro ejemplo, puede verse en una publicación del mismo año donde también se omite la mención del destinatario de las prescripciones:

[...] En presencia de este conjunto clínico [...] prescribí el siguiente tratamiento: baños fríos a 20° cada tres horas siempre que la temperatura rectal alcanzara a 39° según el método Brand, un purgante de calomel al vapor, una solución boricada para lavar frecuentemente el ojo enfermo; además, ordené una desinfección prolija de la boca, garganta, nariz y oídos, y con el fin de promover deyecciones para observarlas, se practicó enseguida un enema con agua esterilizada fría.¹³⁵

¹³² Segura E. 1894, Medicina práctica: El método de Brandt en la Casa de Aislamiento, Semana Médica, Vol1 N°1 Pp. 37-38.

¹³³ RMQ. 1887°, Notas sobre la práctica hospitalaria en Viena, Año24, N°7, p. 104

¹³⁴ Semana Médica. 1899,^a Facultad de Medicina – Reglamento interno del servicio de vías urinarias del profesor Texo. Semana Médica. Mayo 18, Vol. VI N° p. CCCXIV

¹³⁵ Penna JM. 1894, Lecciones Clínicas sobre Enfermedades Infecciosas a los alumnos de 5° año. Por el Dr. José Penna. Cuarta lección, Semana Médica Vol1 N°1 Pp. 417-418

En este caso, el profesor Penna¹³⁶ relataba a sus alumnos que ordenó una serie de intervenciones de cuidado entre las que se debía bañar al enfermo, desinfectar la boca, la garganta, la nariz y los oídos. De igual modo, en este caso también inferimos que se trataría del cabo de enfermería, y que estas prácticas específicas de desinfección sobre áreas sensibles del cuerpo demandan a su vez un saber concreto que fue acompañando el desarrollo especializado del *espacio del cuidado*.

La escasa o nula importancia que se atribuía a los otros, considerados auxiliares, es otra inferencia que surge del análisis de estos artículos que omiten a los actores del *espacio del cuidar*. Invisibilizar sería equivalente a negar la existencia. Concluimos, a partir de trabajos como el de González Leandri (2000^a), que se trataría de una de las estrategias que la corporación médica implementó para monopolizar el *campo de la salud*. Y es algo que encontramos en varios pasajes de las Revistas analizadas.

Las instrucciones ofrecidas al personal denominado auxiliar incluyeron prácticas como el aseo, la higiene, la alimentación; pero sobre todo la desinfección frente al flagelo de las infecciones: “[...] toda la ropa y trapos manchados por el enfermo serán recibidas en vasijas [...] Cuando un varioloso haya abandonado el cuarto, se frotará con solución de sublimado las paredes, muebles y utensillos (sic) [...]”¹³⁷.

Se les indicaba el tratamiento que debía ofrecerse a las prendas, los elementos de uso personal, al espacio físico y a los líquidos corporales en casos diagnosticados con enfermedades infecciosas:

[...] 10° Las habitaciones o salas de diftéricos deben ser ventiladas; 11° Los materiales mojados por el vómito o la tos deben ser neutralizados o destruidos por una disolución concentrada de benzoato de sodio, 50 gramos por 200 de agua, o bien por el cloruro de zinc en la proporción de 50 gramos por litro de agua; 12° Todos los objetos de uso del enfermo que no puedan ser destruidos serán sometidos a la estufa seca, lavados por las disoluciones anteriormente indicadas y puestos a laja durante dos horas por lo menos [...] 14° Las habitaciones en que hubiese habido enfermos de difteria deben ser desinfectadas, pero lo que es conveniente el desprendimiento de ácido sulfuroso por la combustión del azufre, en la proporción de dos gramos de azufre por metro cúbico, regando antes el suelo de la habitación y cerrando esta durante diez y seis horas [...]¹³⁸

Como hemos mencionado anteriormente, estas indicaciones de intervenciones representaron un conocimiento práctico, que debía poseer quien se desempeñara en el *espacio del cuidar*.

¹³⁶ José M. Penna nació en 1855. Se graduó de médico en 1879. Fue director de la Casa de Aislamiento. Como miembro de la Academia de Medicina llegó a ocupar la presidencia. En la Facultad de Medicina fue profesor de Patología y la Catedra de Enfermedades infecciosas. Tuvo una participación destacada durante las epidemias que afectaron a Buenos Aires. Fue Director de la Asistencia Pública en 1906 y del Departamento Nacional de Higiene en 1910. Fue diputado nacional entre 1910 y 1914. <http://www.laprensa.com.ar/455671-Jose-Maria-Penna-el-incansable-infectologo-y-sanitarista.note.aspx>

¹³⁷ RMQ. 1886^b, Instrucciones acerca de la práctica de desinfección, Año23 N°5 p. 80.

¹³⁸ RMQ. 1887^a, Medidas profilácticas para la difteria, Año23 N°21 Pp. 325-326.

Describir quién era el depositario de este conocimiento práctico se muestra irrelevante y resulta una característica identificada en las primeras publicaciones del periodo analizado. Se percibe al *espacio del cuidar* como un espacio con actores invisibles, ocupados de una práctica desvalorizada.

Tal era la desvalorización por la actividad de cuidar que, incluso, se los ubicaba en una misma categoría con los pacientes. Como fuera desarrollado en el capítulo relacionado con el primero de los objetivos específicos de esta tesis, notamos en más de una oportunidad, particularmente en establecimientos de salud mental, que los pacientes en estado avanzado de recuperación se los colocaba en posición de cuidado de los demás enfermos^{139, 140, 141}.

La Enfermería en las prácticas del cuidado en el espacio hospitalario

La forma común de referirse a la Enfermería en las revistas era como personal inferior o auxiliar. No obstante, identificamos posiciones diferentes en las referencias a la Enfermería. La primera ubicaba a la Enfermería en idéntica categoría, clase o nivel que los peones, cocineros, lavanderas y otros, denominados sirvientes. La otra forma de referirse a la enfermería la ubicaba en primer plano, diferenciada de las otras ramas auxiliares.

Respecto de la primera, como personal inferior, ubicaba a la Enfermería en mismo nivel que otros auxiliares. Estos se observa en la redacción de un reglamento donde refiere que “cuando los enfermeros, guardianes o sirvientes por negligencia o inobservancia del reglamento interno del asilo comprometiesen la salud o la vida de un alienado confiado a sus cuidados, serán castigados con multas de \$10 a \$100 moneda nacional, con absoluta separación de sus puestos”¹⁴². Puede observarse en él el agrupamiento de los auxiliares en la descripción de las penalidades. Algo similar logramos identificar en la composición salarial de un establecimiento sanitario:

[...] 1 Médico director: \$800 m/n al mes; 1 Farmacéutico: \$300 m/n al mes; 1 Practicante interno: \$150 m/n al mes; 1 Contador: \$400 m/n al mes; 1 Enfermero principal: \$80 m/n al mes; 6 Enfermeros a \$60 m/n, \$360 m/n al mes; 5 Hermanas de la Caridad \$25 m/n, \$125 m/n al mes; 1 Enfermera principal: \$80 m/n al mes; 6 Enfermeras a \$60 m/n, \$360 m/n al mes; 1 Cocinero jefe \$100 m/n al mes; 1 Cocinero de 2º: \$80 m/n al mes; 2 Peones de cocina: \$50 m/n \$100 m/n al mes;

¹³⁹ Meléndez L. 1886, Melancolía con... *Óp. Cit.* Pp. 69-70.

¹⁴⁰ Meléndez L. 1887^b, Locura paralítica... *Óp. Cit.* Pp. 326-328.

¹⁴¹ de Veyga F. 1900, Medicina Pública – Proyección de creación de un servicio policial para asistencia de los alcoholistas detenidos. Comunicación remitida al Jefe de Policía de la Capital por el Doctor Francisco Veyga. Profesor de Medicina Legal, médico ad honorem del Depós. De Contravent. “24 de Noviembre”, *Semana Médica*, 15 Noviembre Vol. VII N°46 Pp. 591 – 596

¹⁴² *Semana Médica*. 1894^a, Psiquiatría – Proyecto de Ley sobre alienados. De los alienados, *Semana Médica*, Vol1 N°1 Pp. 274-277.

2 Mucamos de cocina: \$60 m/n, \$120 m/n al mes; 1 Quintero: \$80 m/n al mes; 1 Jardinero: \$80 m/n al mes; 2 Peones: \$50 m/n \$100 al mes; 1 Encargado de lavadero: \$80 m/n al mes; 2 Peones de lavadero: \$50 m/n, \$100 m/n al mes.¹⁴³

Puede observarse que los enfermeros principales (que en otros artículos son referidos como cabos) perciben idéntico salario que el quintero, el jardinero y el encargado del lavadero. Y menos que el jefe de cocina. Respecto de esta tarea, tenía equivalencia salarial con el cocinero de segunda. En cuanto a la diferencia del puesto más elevado de la organización, el encargado de enfermería percibía tan solo el 10 por ciento del salario del médico director. El personal de enfermería a su cargo se hallaba en equivalencia con las mucamas de cocina.

La otra forma empleada que identificamos en el corpus para referirse a la Enfermería era en su representación plena y aislada de las otras ramas auxiliares. La figura de la Enfermería como destinataria del discurso pedagógico fue surgiendo a medida que fuimos avanzando en la periodización. Relacionamos esto con el avance que comenzaba a mostrar la organización de la disciplina, sustentadas en la obra de Grierson y de otras escuelas locales, pero sobre todo en los progresos que alcanzaba la profesión enfermera en los países referentes del modelo médico, los que se percibían a través del intercambio con las revistas extranjeras o las crónicas de los médicos que visitaban estos países.

Notamos anteriormente que los médicos reconocían que los enfermeros del país tenía un conocimiento deficitario y señalaban la necesidad de incorporar escuelas de Enfermería a partir de la representación que se ofrecía de la Enfermería de otros países en textos o en revistas extranjeras, o lo que veían cuando visitaban otros países. Comúnmente se trataba de países europeos o norteamericanos, considerados referentes del modelo científico que se pretendía.

Al respecto de la necesidad de incorporar una educación institucionalizada relevamos que en 1904 en el 2º Congreso Médico Latinoamericano se votaba lo siguiente:

Dr. Moisés Amaral (Chile): La profesión de enfermeras. Necesidad de difundir su enseñanza: El autor hace resaltar la importancia que tiene la creación de escuelas de enfermeras, implantadas por primera vez en la América Latina, en Buenos Aires. En Chile existe ya una escuela perfectamente organizada, con sus programas completos de estudios y ejercicios prácticos continuados. Es en vista de la utilidad práctica que ellas tienen, que el autor somete a la aprobación del Congreso el siguiente acuerdo: Se recomienda a los gobiernos latino-americanos, la creación de escuelas de enfermeras. El Dr. Amaral formula su voto y es aprobado.¹⁴⁴

¹⁴³ Semana Médica. 1911, Habilitación del Sanatorio Santa María de Córdoba y nombramiento del personal, 2 de febrero. Vol. XVIII N°5 Pp. 219-220.

¹⁴⁴ Semana Médica. 1904, Actas del 2º Congreso Médico Latino Americano.- 4º Sección. Semana Médica, 14 de Julio Vol. XI N° 28 p. 772

Entendemos que las noticias que llegaban desde países donde la educación de enfermería constituía un modelo afianzado, y que exhibía los beneficios de esta formación, tuvieron influencia sobre los médicos latinoamericanos. El reconocimiento del tópico “La profesión de enfermeras. Necesidad de difundir su enseñanza” en el marco de este 2º Congreso Médico acabó reforzando esta hipótesis.

Asimismo, como ya lo hemos mencionado anteriormente, quienes tuvieron oportunidad de visitar los hospitales y escuelas referentes del modelo profesional de la enfermería – generalmente el modelo británico – realizaron extensas publicaciones en las revistas analizadas. Lo que se interpretaría como proporcional al impacto del viajero.

Al decir de las escuelas de enfermería exponemos fragmentos de la publicación del Dr. Anchutz, relacionados con los modelos europeos de instrucción:

[...] Renunciando a todos los atractivos de la vida social y al bienestar de una inmensa fortuna la señorita Nightingale se ofreció y el gobierno inglés le confió la dirección del personal femenino enviado para atender los enfermos y heridos en la guerra de Crimea en el año 1856 [...] Como compensación a tantos sacrificios y como ofrenda de reconocimiento, Inglaterra hizo una suscripción popular, la que alcanzó la suma de 50000 libras esterlinas para que miss Nightingale fundara el primer instituto de enfermeras profesionales, el que fue instalado en el St. Thomas Hospital en Londres, a orillas del Támesis, con 570 camas, donde empezó a funcionar la escuela matriz con regularidad el año 1860. Desde entonces a esta fecha se han multiplicado de una manera asombrosa estas escuelas, pudiéndose asegurar que en Inglaterra existen más de 500. [...] ¹⁴⁵

[...] Alemania, tan adelantada en otras ramas de la medicina, no ha seguido los progresos que en esta materia siguieron sus vecinos los ingleses. Su primera idea de enfermeras idóneas fue lanzada hace ya más de 58 años por la emperatriz Augusta Victoria, fundando la Diakonissenhaus Bethanien, compuesta de hermanas religiosas protestantes; fundaron su hospital y han conseguido extender sus beneficios y acción en las principales ciudades de Alemania y Suiza. Sin embargo prima en ellas la idea religiosa y se ha probado actualmente que las enfermeras deben poseer otra clase de instrucción; pero a pesar de esto, prestan importantes servicios, como lo demuestran en el hospital Alemán de nuestra capital. La misma Emperatriz Augusta fundó en el Augusta Hospital de Berlín, una escuela de enfermeras laicas, la que prepara alumnas para el servicio de enfermeras a domicilio y para el hospital de Caridad de esa Capital. Usan uniformes, son prolijas, cultas y en el confort y savoir faire se asemejan a las enfermeras inglesas, pero no así en lo que se refiere a la instrucción y práctica, que es mucho más vasta en estas últimas. Además de esto, cada hospital prepara sus enfermeras a su modo y aunque a muchas de ellas no se les puede dar ese título por la falta de preparación, en cambio como son de un país donde reina el orden, aseo, prolijidad y economía, desempeñan su papel de una manera bastante aceptable. [...] ¹⁴⁶

[...] En Inglaterra, y en especial en Irlanda, la revolución en el régimen y educación de las enfermeras laicas que encabezó la célebre e inolvidable Florence Nightingale, se ha extendido a las enfermeras religiosas, que han adoptado un traje que no está, como el actual, reñido con los progresos de la asepsia, atienden también a toda clase de enfermos y afecciones y han establecido en los noviciados verdaderas escuelas de enfermeras, de las que salen perfectamente preparadas. En Francia y otros países sucede otro tanto. No veo por qué no ha de suceder otro tanto entre nosotros y es una obra de transformación a la cual todos debemos propender. [...] ¹⁴⁷

¹⁴⁵ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* p. 533

¹⁴⁶ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* Pp. 533-534

¹⁴⁷ Ovejero E, Demaría E. 1915, Medicina... *Óp. Cit.* p 704

Logramos reconocer en los relatos de los médicos que recorrieron establecimientos extranjeros la existencia de escuelas de enfermería, las que como característica principal, se encontraban anexadas a un hospital. Se observa que el avance de la instrucción no habría sido similar en las naciones europeas. Los países como Francia, Alemania y Austria, a la vanguardia en el desarrollo del conocimiento médico, no reflejaban crecimiento equivalente en el campo del cuidado especializado. Claramente se distingue en la vanguardia de esta tendencia al modelo acuñado por Florence Nigthingale, que desde Londres impartió su influencia hacia las otras naciones. También surge del análisis que su influencia, aun cuando se trató de un modelo laico, fue igualmente aceptada por las órdenes religiosas.

Anchutz acentuaba su admiración por la instrucción organizada de la Enfermería al momento de referirse a lo observado en los países norteamericanos.

[...] Los EU de N. América y el Canadá, son los países que han continuado con las tradiciones inglesas y en ellos se ha visto implantar mayor número de escuelas aún, con impulsos e iniciativas de laudable propósito. El que visita los hospitales, tanto los grandes como los pequeños, se sorprende agradablemente de los Nurses School que cada en uno de esos establecimientos funcionan bajo la dirección de las Matrons. [...] Son pocos los hospitales que no tienen anexada su escuela de enfermeras, donde preparan su propio personal y los que servirán para el público. [...] ¹⁴⁸

[...] En Norte América hay alrededor de 2000 escuelas de enfermeras (las hay para negras, pues como sabemos hay completa separación de clases en ese país); el sistema que las dirige es liberal y no hay la tendencia como en otros países de tener escuelas centrales, por el contrario, lo mismo que en Inglaterra, la mayoría de los hospitales tiene su escuela propia, lo que resulta de utilidad para la práctica de las enfermeras. El número de diplomadas es muy grande, [...] pero estos miles de diplomadas nunca son un obstáculo, al contrario, se facilitan los estudios teniendo en cuenta lo beneficioso y útil de la enseñanza en la economía doméstica y para el país [...] ¹⁴⁹

[...] Cada hospital tiene instalada su escuela en un pabellón especial, donde a menudo habitan también las enfermeras ya en ejercicio; en general son verdaderos modelos de buen gusto, confort, estando admirablemente repartidos para el objeto al que se les destina, en realidad son un verdadero Home del que son tan afectos en ese país. He visitado varias, algunas grandiosas [...] ¹⁵⁰

De las escuelas de enfermería norteamericanas refiere que eran abundantes, igualmente asociadas a los hospitales; y que en los EEUU tenían la particularidad de contar con escuelas para enfermeras de raza negra, como consecuencia de la segregación racial de ese país. Esta amplitud de ofertas ofrecía a su vez la posibilidad de contar con un número bastante considerable de enfermeras diplomadas. Lo que representaba el gran anhelo de los médicos argentinos que apostaban por la educación del personal que se desempeñaba en el *campo del cuidar*.

¹⁴⁸ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* p. 533

¹⁴⁹ Ovejero E, Demaría E. 1915, Medicina Social... *Óp. Cit.* Pp. 702-703

¹⁵⁰ Ovejero E, Demaría E. 1915, Medicina Social... *Óp. Cit.* p. 703

[...], en algunos estados americanos, las Universidades ejercen cierto control en los exámenes y otorgan los diplomas. Quizás conviniera entre nosotros anexar también la escuela a algún hospital y cuando su número se multiplique con el tiempo, es de suponer que eso suceda. Es tal la importancia de las enfermeras en este país, que a su vez se han asociado para formar asociaciones profesionales con reuniones y congresos periódicos, asistencia a las ancianas, sociedades mutualistas, etc. [...]¹⁵¹

Los Estados Unidos poseen Universidades notables por la extensión y variedad de la enseñanza, [...] La Escuela de Medicina de la Universidad de Pensylvania, es la más antigua de los Estados Unidos. Fue fundada en 1765 por el Dr. John Morgan, que desempeñó la primera cátedra médica creada en Norte América. Se han adoptada en ella los mismos procedimientos que en la afamada Universidad de Edimburgo. [...] La Escuela de enfermeras fue organizada en 1896. [...]¹⁵²

El detalle más resonante, en cuanto a una oferta educativa; sería que en los Estados Unidos la formación de enfermería había alcanzado el nivel universitario. Lo que resultaba único y muy excepcional a las realidades del resto de los países que habían iniciado una instrucción organizada e institucionalizada de la enfermería, incluso para los países de vanguardia.

En estos relatos también hubo un espacio para la situación de Latinoamérica:

[...] En la América Latina le corresponde a la República Argentina el honor de haber creado su primera escuela de Enfermeras, extendiéndose dicha satisfacción a nuestra compañera la doctora Cecilia Grierson, la que fundó su escuela en el año 1885, [...] Cuba fundó su primera escuela en el año 1900, pero recién puede decirse que quedó reglamentada en el año 1902. La República de Chile imitó el sano ejemplo en mayo de 1902, debido a la iniciativa de distinguido médico de Santiago, doctor Eduardo Moore, quedando establecida en un departamento del hospital de San Borja. Por ahora es de externos, cursando clases teóricas y practicando en diversos servicios hospitalarios. [...]¹⁵³

El relato en las fuentes analizadas permite asimismo apreciar que la realidad de América Latina distaba mucho en las comparaciones con las otras realidades. Por lo que refieren las fuentes, pocos países habían incorporado escuelas para la instrucción de la enfermería.

La presencia de médicos al frente de esta instrucción es otra característica que resalta de las observaciones realizadas por el médico argentino. Mientras que en los modelos anteriores se destaca la figura de una *matron*, que es la enfermera de mayor jerarquía; en los modelos latinoamericanos surgen las figuras de Grierson y Moore al frente de la iniciativa.

En comparación con los países de la región, Argentina marca el hito de haber creado la primera escuela de Latinoamérica. No obstante, los otros países mencionados contaban con escuelas anexadas a un hospital. Lo que Anchutz se encargó de presentar con valoración positiva en varios pasajes de su relato. “Para subsanar todos estos defectos,

¹⁵¹ Ovejero E, Demaría E. 1915, Medicina Social.... *Óp. Cit.* p 703

¹⁵² Semana Médica. 1900^b, Universidad de Pensylvania, Semana Médica, Marzo 1º Vol. VII N°9 Pp. 118 –119.

¹⁵³ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* p. 534

que repercuten en el público, bastaría la creación de escuelas de enfermeros en los diversos hospitales, a semejanza de los que sucede en Inglaterra, Norte América, Cuba y Francia”¹⁵⁴.

[...] Pero mientras se implantan estas, cuyas clases podrían estar fácilmente a cargo de los médicos internos y practicantes, el problema arduo a resolver, y que es obtener un personal de enfermeras prácticas, sería dar amplias facultades a la escuela de enfermeras dirigida por la doctora Cecilia Grierson, fundada en el año 1886, única institución existente en la república, para que expidiera los diplomas correspondientes a las personas que hayan seguido su curso, considerándola como una escuela libre, a semejanza de las de E.U de América, y cuyos exámenes podrían ser controlados o tomados por los profesores de la escuela y los médicos que para dicho objeto nombra el Departamento Nacional de Higiene. [...] ¹⁵⁵

[...] Sería conveniente hacer indicaciones al respecto a los señores directores de los hospitales a fin de que creasen escuelas de enfermeras en sus respectivos establecimientos. Reconociéndose como escuela libre a la de la doctora Grierson bajo la dependencia del Departamento Nacional de Higiene, el que nombrará del cuerpo de sus médicos los que deberán examinar los alumnos, y el que expedirá los diplomas firmados por el Presidente del Departamento, los que serán reconocidos y válidos en toda la República y tenidos por tales. Citar a todos los que se titulan enfermeros, enfermeras, masajistas, formar un registro especial, examinar detalladamente sus aptitudes y conceder el diploma a los que realmente tengan la preparación necesaria, y en caso contrario, repetir un examen especial, los que no los que no se encuentren en esas condiciones. [...] ¹⁵⁶

Reiteradamente Anchutz propuso que se declarara a la escuela de enfermeras de Grierson como escuela libre y que funcionara como contralor de los enfermeros diplomados bajo dependencia del Departamento Nacional de Higiene.

Así mismo describió a la escuela de Grierson como “única institución existente en la república”. No obstante identificamos en el corpus la existencia de otros establecimientos.

El domingo 29 de diciembre tuvo lugar en el Hospicio de las Mercedes la distribución de diplomas a veinte y ocho alumnos de la escuela de enfermeros, fundada en ese establecimiento por el Dr. Cabred. Esa nueva institución ha venido a llenar una necesidad sentida, pues era indispensable formar enfermeros instruidos, cultos y afectuosos que fueran colaboradores eficaces del médico, en la difícil tarea de la asistencia al insano. ¹⁵⁷

Diploma a los enfermeros.- Han sido distribuido en el Hospicio de las Mercedes los diplomas de enfermero a los exalumnos que funciones en ese establecimiento desde 1900. Esta escuela, única en su clase en el país prepara personal, para que pueda desempeñar sus funciones en el cuidado de alienados. ¹⁵⁸

Como queda claramente expresado la Escuela de Enfermería del Hospicio de las Mercedes, orientada al cuidado de alienados, funcionaba en este establecimiento de salud mental desde el año 1900.

¹⁵⁴ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* p. 541

¹⁵⁵ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* p. 541

¹⁵⁶ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* p. 542

¹⁵⁷ Semana Médica. 1902, Escuela de enfermeros... *Óp. Cit.* p. 22

¹⁵⁸ Semana Médica. 1911^o, Hospicio de las Mercedes. Diploma a los enfermeros. *Semana Médica*, 20 de abril. Vol. XVIII N^o16, p. 716

La visión proyectada de una Enfermería argentina instruida, equiparable con lo que ocurría en otros países, incluía la presencia de un cuerpo de médicos a cargo de la instrucción teórica y práctica. Así como también de la evaluación y certificación de las aptitudes de los aspirantes al *espacio del cuidar*.

[...] En mi carácter de inspector del ejercicio de la profesión, a fines del mes de diciembre del año ppdo. Tuve ocasión de conocer dicha escuela que funciona en un local, si bien es cierto, poco moderno, en la calle San José, cedido gratuitamente por la Municipalidad, en cambio bastante amplio y espacioso, donde se dictan los cursos teóricos dos veces por semana, por un personal de profesores competentes. He interrogado a varias alumnas sobre el tópico del programa y sobre temas prácticos y me he sorprendido del gran caudal de conocimientos adquiridos en corto espacio de tiempo. [...] ¹⁵⁹

En la valoración que realiza el médico inspector del Departamento de Nacional de Higiene, en su extensa descripción sobre la Enfermería, queda en claro que los conocimientos del *espacio del cuidar* fueron definidos, impartidos y validados por el *espacio del curar*.

En estas definiciones, resulta interesante observar los criterios establecidos para la admisión a las escuelas de Enfermería. Dirigir la mirada hacia los criterios de admisión permite introducirse en los valores sobre los que se construía la imagen de la enfermería. Respecto de los criterios de admisión británicos Anschutz decía:

[...] Entre las candidatas, generalmente se elige a las solteras, no porque se crea que puedan ser éstas más morales, sino porque para desempeñar estos puestos es necesario despreocuparse de toda otra cosa y luego como tienen que hacer el internado, difícil sería hacer esto para las casadas que no podrán traer a sus maridos e hijos [...] ¹⁶⁰

Según lo expuso Anschutz el británico era un modelo de instrucción que se erigía sobre una idea de Enfermería femenina. Se aprecia también que los criterios de selección se basaban en las condiciones que favorecieran la adaptación a la intensa instrucción que recibían las aspirantes a enfermeras durante el internado. Ello condicionaba a las mujeres casadas con hijos.

La intensidad de la instrucción y la vida que soportaba una enfermera puede verse en el siguiente párrafo del relato de Anschutz.

[...] Una vez llenado este formulario la Matron, que es la jefe de enfermeras de un hospital, cita a la candidata y con palabra insinuadora, le explica la vida de la enfermera, los peligros que la rodean, los sacrificios que hay que soportar. Una vez dadas estas explicaciones y constatar su grado de instrucción general, ésta pasa a hacerse examinar por uno de los médicos del hospital, a efecto de constatar su buen estado de salud y sufrir la vacunación [...] ¹⁶¹

¹⁵⁹ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* p. 541

¹⁶⁰ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* p. 533

¹⁶¹ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Op. Cit.* p. 533

Los sacrificios que debe soportar y los peligros que debe afrontar una enfermera son explicaciones que ofrecía la *matron* a las candidatas según lo relatado por el Dr. Anschutz. Inferimos que esto buscaba persuadir a quién no tuviera las condiciones consideradas necesarias para dedicarse a la Enfermería.

[...] La edad del ingreso es generalmente de 23 años y antes de internarse deben responder a una serie de preguntas, que se les dirige en un formulario especial, con respecto a sus antecedentes familiares, personales, pecuniarios, su estado, su posición anterior, trabajos o empleos que ha desempeñado anteriormente, etc; acompañado de su diversas obligaciones, horas de trabajo y un complemento de sus cualidades principales que más o menos se resumen: ser sobria, honrada, leal, discreta, puntual, calmosa, ordenada, limpia, paciente, alegre y suave [...] ¹⁶²

En la determinación del perfil y la evaluación de los antecedentes correspondientes al modelo británico, identificamos un esfuerzo por alejarse de la representación que había de la Enfermería antes de la intervención de Florence Nigthingale.

Para observar y comparar los requisitos de admisión a una escuela norteamericana presentamos a continuación un fragmento del discurso del Dr. Demaría.

[...] Las señoritas estudiantes son admitidas, en general, entre los 18 y 22 años, deben presentar los certificados habituales de salud, buena conducta, etc., y deben también haber hecho los estudios primarios completos; las escuelas son naturalmente laicas, pero cada cual debe manifestar la religión a la que pertenece y asistir a los servicios religiosos respectivos, se les da la comida y la casa; ropa interna limpia en cantidad suficiente, y hasta un pequeño sueldo, que aumenta naturalmente cuando se diploman. [...] ¹⁶³

Lo destacable de las escuelas norteamericanas era que a las aspirantes se les otorgaba un sueldo. En cuanto a los demás requisitos podría afirmarse que eran idénticos a lo expuesto por Anschutz respecto del modelo británico.

De igual manera, identificamos semejanzas a estos modelos de instrucción en la admisión a la escuela de enfermeras y masajistas creada por Cecilia Grierson.

[...] Para ingresar a dicha escuela son requisitos tener por lo menos 18 años de edad, saber leer y escribir, cuentas y conocimientos elementales, los que complementarán en la institución, debiendo poseer dos idiomas las que desean seguir el curso de masajistas, certificado de buena constitución y salud, de vacunación y revacunación, lo que es fundamental, sin lo cual no se podrían soportar las fatigas de la carrera; certificado de honradez, firmados por dos personas respetables [...] ¹⁶⁴

Constituían requisitos trascendentales en el modelo argentino de Grierson las solicitudes de certificaciones de “honradez” y de “buena conducta”, así como también, que éstas estuvieran refrendadas por “personas respetables”. Inferimos que ello

¹⁶² Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* p. 533

¹⁶³ Ovejero E, Demaría E. 1915, Medicina Social... *Óp. Cit.* p 703

¹⁶⁴ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* p. 541

representaría un limitante significativo para las aspirantes a ingresar a una educación institucionalizada.

En el análisis de estos fragmentos que exponen los criterios de admisibilidad a las escuelas de enfermería de tres países – Inglaterra, Estados Unidos y Argentina – logramos identificar similitudes. Los elementos identificados sobre los que se apoya el criterio para el ingreso a estas escuelas eran los siguientes: se admitían mujeres, jóvenes, solteras, sanas, laicas y educadas, honradas, limpias, ordenadas y discretas. Inferimos en consecuencia que estos tres ejemplos derivan del modelo acuñado por Florence Nigthingale.

A juzgar por los elementos expuestos para el caso de la Escuela de Grierson en cuanto a la condición admisión limitada a la mujer, y por el carácter expresado en ambas publicaciones, al que ya hemos hecho referencia en el capítulo anterior, asumimos que cargan con el sesgo de la mirada femenina que los autores le atribuían a la enfermería. Sin embargo, en el análisis de la *RQM* y la *SM* identificamos varones diplomados de esta escuela¹⁶⁵, así como también que los hospitales dejaron de mandar a sus enfermeros por decisión de la Dirección de Asistencia Pública en 1912¹⁶⁶.

Analizar las descripciones que hicieron los médicos en la *SM* nos permitió identificar los valores expresados en los discursos relacionados con la formación de la Enfermería.

El Dr. Anschutz, inspector del Departamento Nacional de Higiene, se refería a las aspirantes a diplomarse en enfermería de la siguiente manera:

[...] en medio de las conversaciones sobre temas comunes, se habla y se inculcan principios morales, que poco a poco van adquiriendo las nuevas discípulas, lo mismo el trato suave y alegre que debe dársele al enfermo y las atenciones para con ellos y el obediencia absoluta a todo lo que se le mande. [...] Tanto aquí, como en los hospitales, las enfermeras son más respetadas y altamente consideradas y como ya dije en párrafos anteriores, esta carrera es mejor considerada que la de maestra. El trato fino, la seriedad, la cultura, hacen rodear a cada una de estas mujeres de una aureola de pureza y respeto, lo que hace que en todas partes se les reciba con las consideraciones que se merece una persona abnegada, estudiosa y que se dedica a hacer el bien a la humanidad [...]¹⁶⁷

El Dr. Cabred, director de la escuela de enfermeros del Hospicio de las Mercedes se refería a la misión del enfermero como se expone a continuación:

[...] El director del establecimiento explicó la misión del enfermero, que debe ser una verdadera ayuda del médico y que ha de tratar con cariño y paciencia a los enfermos confinados a su cuidado [...]¹⁶⁸

¹⁶⁵ Semana Médica. 1896^b, Variedades... *Óp. Cit.* p. CCCXXIV

¹⁶⁶ Torres FR. 1912, Hospitales europeos... *Óp. Cit.* p. 209

¹⁶⁷ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* p. 541

¹⁶⁸ Semana Médica. 1911^c, Hospicio de las Mercedes. Diploma... *Óp. Cit.* p. 716

El Dr. Demaría, decía lo mismo de las aspirantes de las escuelas norteamericanas.

[...] Os parecerá quizás fácil ser enfermera a juzgar por lo expuesto. Grande error de vuestra parte. En ninguna profesión se necesita poseer un conjunto mayor de condiciones morales y sería copiar el diccionario en la sección respectiva el pretender mencionarlas todas, intentaré deciros algunas. La enfermera debe así ante todo ser muy aseada, virtuosa, cortés, inteligente, observadora, tranquila, suave, dulce física y moralmente, moral, decir siempre la verdad, puntual, ordenada, bondadosa, activa, responsable, consciente, madrugadora, obediente, previsor, etc., etc.; en especial conviene que sea tolerante, sobre todo en materia religiosa y con las debilidades humanas y que sea poco o nada curiosa. No sé si las tendréis todas, en cuyo caso seríais perfecta, pero, por lo menos, es indispensable que poseáis la mayoría. [...] ¹⁶⁹

Los valores que identificamos entre los criterios de admisión a las escuelas fueron: espiritualidad, educación, honradez, pulcritud, orden, y discreción. En las descripciones de los rasgos requeridos para la instrucción de Enfermería identificamos moralidad, suavidad, delicadeza, alegría, obediencia, seriedad, ternura, paciencia, tranquilidad, responsabilidad, previsibilidad.

Sobre esta misma línea de análisis resultó enriquecedor reconocer el reglamento de la escuela que creó Florence Nigthingale, en la descripción del médico del Departamento Nacional de Higiene.

[...] El reglamento del Saint Thomas Hospital, dice lo siguiente: [...] He aquí ahora la nota de deberes a que se obligan las futuras discípulas enfermeras del Hospital Saint Thomas:

Se os pide ser: sobria, honesta, fiel, digna de confianza, puntual, paciente, ordenada, limpia, bien vestida, alegre, suave.

Deberéis cumplir con las siguientes obligaciones: Curar las quemaduras, ampollas, heridas. Aplicar fomentos. Colocar cataplasmas, sanguijuelas y curaciones de cirugía menor. Hacer inyecciones sub-cutáneas. Dar enemas a los hombres y mujeres. Sondar a las mujeres. Aplicar vendajes y diversas medicaciones empleadas en ginecología. Friccionar el cuerpo y los miembros. Colocar vendajes, arreglar goteras, etc. Cambiar de posición a los enfermos que no pueden moverse, a cambiarles las sábanas, hacerles la limpieza, alimentarlos, prevenir o curar sus escaras. Hacerles la cama y cambiarles de sábanas sin hacerlos levantar. Prepararles los cocimientos de sémola, mandioca, huevos con leche (candial), las dietas y bebidas para enfermos. Asistiréis a las operaciones y ayudaréis en caso de necesidad.

Deberéis saber aerear una sala y mantenerla fresca durante el día y la noche. Cuidaréis de tener perfectamente limpios los diversos recipientes y los utensillos de cocina.

Deberéis saber o observar en vuestros enfermos. El estado de las secreciones y excreciones, el pulso, la piel, el apetito, el delirio o el coma, el estado moral, la respiración, el sueño, el estado local de las heridas, las erupciones, los efectos de los regímenes o de las medicaciones. Sabréis tomar y anotar el pulso, la temperatura, y la respiración. Aprenderéis también a cuidar los convalecientes. [...] ¹⁷⁰

En el análisis de este Reglamento identificamos la presencia de la mayoría de los valores que constituían los modelos citados. Lo que confirmaría la hipótesis que aquellos estaban apoyados sobre el modelo de enfermería de Florence Nigthingale.

¹⁶⁹ Ovejero E, Demaría E. 1915, Medicina Social... *Óp. Cit.* p 703

¹⁷⁰ Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* Pp. 537-539

En su conjunto, los valores proyectados en la constitución del perfil de la Enfermería, estaban centralmente constituidos sobre la base de aquello que se proyectaba para la mujer.

Por otro lado, comenzamos a identificar los conocimientos y las prácticas relacionados con la formación de la Enfermería: la curación, la administración de medicamentos y otros tratamientos, la higiene y los cuidados del cuerpo, el confort, la alimentación y la asistencia al médico, la valoración del estado de los pacientes y de sus signos vitales, entre otros.

[...] Hoy la enfermera posee una serie tal de conocimientos que solo con estudio y contracción puede adquirirlos; es una ayudante del médico, pero no como antes, a ciegas, sino con una base de estudios y experiencia; en especial en las salas de operaciones, en la preparación del enfermo y de las operaciones quirúrgicas, en preparar asépticamente el instrumental necesita una completa preparación técnica; debe estar familiarizada con las dosis de los medicamentos y conocer la acción medicamentosa, debe saber hacer algunas curaciones y conocer los primeros auxilios en caso de accidentes, tan útiles e indispensables en la actualidad. Debe también la enfermera tratar de completar la educación moral del enfermo y practicar un tratamiento psicológico, complemento a menudo indispensable del aconsejado por el médico, ambos tienen por objeto cumplir la vieja doctrina hipocrática, de curar a veces, consolar siempre [...]¹⁷¹

[...] El ejercicio práctico lo efectúan las alumnas en los diferentes servicios de los diferentes hospitales de la capital, los cuales semanalmente en libretas ad-hoc, presentan la historia de los trabajos que han efectuado y los resultados personales a que cada uno llega con sus conclusiones. [...] Los cursos teóricos-prácticos de la Escuela duran tres años, de diez meses cada uno, el curso preparatorio se hace en un año; el de asistente de enfermera o enfermera en dos y superior de masajista en tres. [...] Anexa a dicha escuela funciona una de cocina bajo la competente dirección de un chef de cuisine, se enseña a preparar toda clase de alimentos, tanto para sanos a cuyos cursos asisten niñas de nuestra mejor sociedad, como para enfermas, las como se sabe son sujetadas siempre a dietas especiales, y que debe saber preparar toda buena enfermera. [...]¹⁷²

[...] La Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania [...] La Escuela de enfermeras fue organizada en 1896. La instrucción se recibe en tres años, sobre Higiene, Anatomía, Fisiología, Enfermería Médica y Quirúrgica, Materia Médica, Análisis de orina, Vendajes, Electroterapéutica, Masaje, Contagio, Nutrición, Cocina para enfermos, y además los cuidados especiales para cada clase de clínica. [...]¹⁷³

En el análisis de los conocimientos que debía tener la Enfermería, según la mirada de la Medicina, reconocemos que el proceso de contar con personal auxiliar se fue moldeando hasta concluir en una serie de tópicos necesarios para el desempeño de esa tarea. A partir de virtudes, muchas veces femeninas, su formación consistía en dotarla de conocimientos que le dieran fundamento a las tareas que se les indicaban y en adquirir las destrezas necesarias para cumplirlas.

Entre las referencias a los conocimientos y las habilidades, que al lente de los médicos debía tener aquel que se dedicara a la enfermería, hallamos con frecuencia la

¹⁷¹ Ovejero E, Demaría E. 1915, Medicina Social... *Óp. Cit.* p 703

¹⁷² Anschutz G. 1905, Escuela de enfermeras... *Óp. Cit.* Pp. 537-539

¹⁷³ Semana Médica. 1900, Universidad de Pennsylvania... *Óp. Cit.* p. 119.

expresión “buen/a enfermero/a”. Una expresión muy particular que se utilizaba como estandarte de lo que se pretendía resaltar. Como un ariete, las expresiones “todo buen enfermero debe...”, “una buena enfermera tiene que...”, “aquel que se jacte de ser buen enfermero...” las encontramos acompañando al cuerpo de contenidos que formaría parte de la formación.

Acaba de aparecer en el Rosario el Manual del Enfermero, un volumen de 250 páginas, bien impresas e ilustradas con 90 figuras intercaladas, la mayor parte de ellas reproducciones fotográficas.

Ha querido el Dr. Álvarez, trabajador infatigable e inteligente médico, facilitar en esta forma el estudio a los aspirantes, que siguen los cursos de la Escuela de Enfermeros del Rosario, de la que es uno de los fundadores y organizadores.

La obra está dividida en dos partes, refiriéndose la primera a la observación del enfermo, y la segunda a la asistencia propiamente dicha, y, en su conjunto, constituye la síntesis de los conocimientos indispensables que debe tener todo buen enfermero, para el ejercicio de su profesión, con exclusión de las nociones de anatomía y fisiología humanas, que pueden estudiarse en cualquiera de los textos que se refieren a esas materias. Es pues, el libro del Dr. Álvarez, un libro útil, un libro perfectamente adaptado a nuestro ambiente, a nuestras costumbres, a nuestra organización hospitalaria, puesto que en realidad es el resumen de las observaciones metódicamente realizadas por el autor, en lo que se refiere a la tarea de la asistencia y el cuidado del enfermo, y que ha tenido oportunidad de apuntar en su larga y proficua labor de médico, de profesor, de director de hospital, y de jefe de un servicio hospitalario. El Manual del Enfermero es un libro de vulgarización de conocimientos útiles, que debe estar y que está bien en todas las manos. Dr. E. F. Solari.¹⁷⁴

En este proceso de moldeado que los médicos irían haciendo de los auxiliares, a través de los programas de instrucción de la Enfermería, se logra identificar que la autoridad para enseñar el arte del cuidado se fundamentó en la jerarquía que el médico logró al interior del *campo de la salud*. A su vez, en la que pudiera haber logrado dentro de su propia disciplina. Y que la experiencia práctica le agregaba valor a ello.

En palabras de su promotor, esta obra constituía “la síntesis de los conocimientos indispensables que debía tener todo buen enfermero para el ejercicio de su profesión”. Representaba la vulgarización de los conocimientos útiles adaptado a nuestra realidad. Esto permite apreciar al final de la periodización que abarca esta tesis, que en esta valorización de la Enfermería en la SM, los conocimientos para desempeñar aceptablemente el ejercicio del cuidado en los hospitales devenían de las necesidades y elaboración que hacían los médicos a partir de su práctica cotidiana en dichas instituciones.

Esta perspectiva médica de la realidad de los hospitales aplicada a los conocimientos necesarios para desempeñarse en el campo del cuidado, además de plasmarse en los textos para los aspirantes a enfermeros, figuró en reglamentos internos

¹⁷⁴ Solari EF. 1916, Bibliografía. Manual del Enfermero, por el Dr. Clemente Álvarez. Ex Director del hospital Rosario, Rosario de Santa Fe. Semana Médica, 16 de noviembre. Vol. XXIII N° 46 p. 509

y otro tipo de comunicaciones. Como el caso de la publicación titulada *Diez mandamientos hospitalarios*, en el que se reservaba el décimo de estos a las prácticas de los enfermeros:

[...] Para los enfermeros: 10°

1° No sacudir.- 2° No barrer en seco (sino lavar con un lienzo mojado).- 3° No comer jamás sin lavarse antes las manos.- 4° No quitarse, sine en el umbral de la puerta, la blusa antiséptica.- 5° Desinfectar todas las materias fecales sin distinción.- 6° Destruir los esputos y lavar con soluciones antisépticas las escupideras.- 7° No fumar en las horas de servicio.- 8° No alcoholizarse.- 9° Ser afable y muy cuidadoso para los enfermos.

Sin duda que dichos preceptos figurarán en todos los hospitales, y, tanto los enfermos, como los enfermeros cumplirán con escrupulosidad lo que en ellos se ordenan, con toda probabilidad que se evitarán muchos contagios y otras muchas complicaciones y por consecuencia algunas defunciones. [...]¹⁷⁵

Es interesante notar que, en un contexto donde se buscaba reemplazar la práctica del cuidado a cargo de las órdenes de las Hermanas en los ámbitos hospitalarios, bajo el argumento de que representaban un conocimiento atrasado, algunos aspectos reglamentarios contenían elementos de la tradición católica

Puede reconocerse que en su mayoría, los incisos del mandamiento reservado para los enfermeros, tratan sobre prácticas relacionadas con el cuidado, sin embargo una cantidad considerable apuntan a eliminar lo que se reconoce como hábitos indeseables de los enfermeros.

La representación de la Enfermería que se apreció en las fuentes analizadas da cuenta de dos imágenes contrapuestas. La de la Enfermería de las mujeres y la de los hombres, en donde a la mujer se le atribuyó valores nobles e ideales, a la vez que a los hombres se los asoció con hábitos y conductas que era necesario erradicar para alcanzar los ideales que se exhibían de los modelos profesionalizados de Enfermería.

En los esfuerzos por responder con el tercer objetivo específico de esta tesis en el que nos propusimos identificar en las prácticas y los conocimientos que debía tener quién se desempeñara en el *espacio del cuidar*, hemos logrado reconocer que durante todo el periodo analizado los discursos que portaban prácticas y conocimientos se ocuparon principalmente de construir un papel auxiliar de la tarea del médico. También que estos saberes requerían de virtudes. Había que ser y parecer enfermero.

Los mensajes que portaban prescripciones de prácticas estuvieron dirigidos inicialmente al espacio doméstico y a la población en general. Estas prácticas, no se limitaron al cuidado directo de un individuo enfermo, sino que también incluyeron una serie de prácticas de cuidado sobre el espacio físico, el ambiente y los elementos que

¹⁷⁵ Semana Médica. 1911^a, Diez mandamientos hospitalarios. Semana Médica, 19 de enero Vol. XVIII N° 3 p. 129

estuvieran en contacto con este. Esta serie de medidas que involucraron a la población apuntaron a la colaboración de la comunidad sobre la tarea que realizaban los médicos para controlar las epidemias, pero que también permitieron difundir la Higiene Pública. Este paquete de conocimientos y habilidades de cuidado doméstico contenidos dentro de lo que se denominó Higiene Pública se transmitirían a través de intervenir desde la educación.

Los discursos que portaban conocimientos, habilidades y prácticas requeridos para desempeñarse en el *espacio del cuidar* en el ámbito hospitalario presentaron dos características principales. La primera de ellas fue la invisibilidad de los actores destinatarios del mensaje. Reconocimos que en ocasiones el mensaje estuvo destinado a actores a cargo del cuidado, no referenciados, invisibles en el relato. Incluso encontramos referencias en donde los pacientes en estado avanzado de recuperación se los ponía en posición de cuidar de otros pacientes. Interpretamos ello, como un acto de desvalorización de la práctica del cuidado, que resultaría funcional a los esfuerzos por relegar el *espacio del cuidar*. De definir para este un papel auxiliar al *espacio del curar*, y así poder monopolizar el *campo de la salud*.

Sin embargo, gradualmente comienza a materializarse la Enfermería como destinataria del mensaje en el relato de los médicos que trataba sobre el cuidado en el espacio hospitalario. Esta figura comienza a hacerse visible en idéntica jerarquía que los demás actores considerados “personal inferior” o auxiliares. Tales como peones, cocineros, lavanderas y otros denominados en ocasiones como “sirvientes”. Notamos también que esta visibilización de la Enfermería en el relato que mencionaba las prácticas, los conocimientos y demás características consideradas esenciales para desempeñarse en el *espacio del cuidar*, comienza a hacerse cada vez mayor. Junto con el progreso que comenzaba a evidenciar la disciplina organizada, sustentada en los relatos de los médicos que visitaron establecimientos extranjeros, y en la obra de Cecilia Grierson, el discurso médico señala la necesidad de incorporar una educación organizada para contar con una Enfermería argentina instruida, a semejanza de lo que estaba ocurriendo en otros países. De este modo la institucionalización de la formación se proyectó con la figura del médico al frente de la iniciativa, a cargo de la instrucción teórica y práctica, de la evaluación y certificación de las aptitudes de los aspirantes al *espacio del cuidar*.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

En el propósito de identificar, siguiendo a Bernstein (1997), a los actores que se manifestaron en el discurso en relación a la Enfermería en las publicaciones periódicas relevadas, *hemos* reconocido que el denominador común es el discurso médico. Pese a la obviedad que ello representa por encontrarse el *corpus* conformado por revistas médicas, es sustancial haber reconocido que este actor se manifestaba desde diferentes espacios.

También hemos identificado al Estado como un actor social con peso en la constitución de la Enfermería, que se manifestaba a través de sus reglamentaciones (leyes, decretos y ordenanzas) y de los médicos que habían logrado acceder al espacio político como funcionarios.

Reconocimos, a partir de las ideas de Freidson (2001) y en coincidencia con los antecedentes formulados por González Leandri (1999), que estas reglamentaciones sobre el campo de la salud resultaron de una relación estrecha del Estado con la Medicina. El Estado no ocupaba solamente el rol de impartir recomendaciones o realizar propuestas de políticas en salud; también era destinatario de las recomendaciones emitidas por los médicos. Merece destacarse que el Estado respondió en varias ocasiones haciéndose eco del tema y dando curso a los proyectos o asuntos por los que era interpelado por los médicos. Incluso en ese rol de “indicar las reformas indispensables en materia sanitaria” los médicos usaron como plataforma las revistas para presentar proyectos de ordenanzas sobre temas considerados “de interés general”. La regulación del ejercicio de la Medicina y demás ramos auxiliares y la necesidad de formar al personal considerado inferior fueron algunas de las reglamentaciones identificadas en las revistas.

En ejercicio de funciones de médicos-políticos identificamos en las revistas las voces del Intendente y del Concejal de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

De igual manera reconocimos que se manifestaron en el *corpus* las instituciones que conformaban el insipiente sistema nacional y municipal de salud (Dirección de Asistencia Pública, Departamento Nacional de Higiene, Cuerpo de Sanidad del Ejército). Los médicos que ejercían en estas organizaciones fueron actores en este proceso. Esa misma lógica permitió también reconocer a la Facultad de Medicina y a los hospitales en las publicaciones médicas analizadas.

El Departamento Nacional de Higiene, organismo asesor del Poder Ejecutivo, tuvo influencia directa mediante en la conformación de la Enfermería a través de la redacción de leyes que reglamentaban el ejercicio de todos los actores del campo de la salud.

Como describimos inicialmente el médico fue el actor discursivo común en la mayoría de las unidades analizadas, y como también referimos, este actor se manifestaba en las revistas desde los diferentes espacios alcanzados por la medicina. Sus discursos e intervenciones solían representar intereses comunes y posiciones en sintonía, sin embargo algunas de ellas dejaban en evidencia puntos de vista alternativos en asuntos que se vinculaban con el *campo del cuidado*.

Entre las falencias detectadas en los hospitales dependientes de la Municipalidad de Buenos Aires, la Dirección de Asistencia Pública se ocupó de denunciar y solicitar la intervención de las autoridades frente a la escasez de enfermeros y sus bajas como consecuencia de los peligros a los que estaban expuestos. También identificamos, en coincidencia con Wainerman y Binstock (1993) y Martín (2014; 2015; 2018), referencias a que esta Dirección fue la responsable de la restricción del acceso de los enfermeros que se desempeñaban en los hospitales de la Municipalidad, a la escuela creada por Grierson en 1912. Esto representó una de las primeras intervenciones políticas que favorecieron la feminización de la Enfermería.

La Facultad de Medicina también se hizo presente en la voz de los médicos que estaban al frente de sus cátedras. Como se encontraban académicamente adheridas a las salas de los hospitales, controlaban su funcionamiento mediante la redacción de sus reglamentos internos, y desde allí se definieron las funciones de los enfermeros.

Entre los médicos que se expresaron influyendo sobre el *espacio del cuidar* reconocimos a Emilio Coni, Antonio Crespo, Lucio Meléndez, Domingo Cabred y Francisco de Veyga como sujetos relevantes por su actuación en el *campo de la salud*. Sin embargo han sido el Dr. Germán Anchutz, inspector del ejercicio de la profesión y médico del Departamento Nacional de Higiene, y el Dr. E. Demaría, orador durante el discurso de apertura de un curso de “Asistencia a enfermos y Primeros Auxilios”, quienes le dedicaron mayor desarrollo a la Enfermería en las fuentes analizadas. En su carácter de médicos que visitaron establecimientos europeos y norteamericanos realizaron descripciones detalladas del ejercicio y de la enseñanza de la Enfermería, comparando aquellos modelos con el contexto local.

La participación de Meléndez en aspectos relacionados con la Enfermería estuvo vinculada a la descripción de prácticas de cuidado en los establecimientos para dementes.

A través de la exposición de casos de pacientes institucionalizados en el Hospicio de las Mercedes, Meléndez visibilizó que en el hospital para enfermos psiquiátricos las prácticas de cuidado eran realizadas tanto por los enfermeros como por los pacientes. Por la reiteración y la naturalización con que el director del Hospicio lo manifestaba, inferimos que la condición de que pacientes estuvieran a cargo del cuidado era algo frecuente. Sin embargo, a partir de otras publicaciones reconocimos que esta situación era distinta en el Manicomio General de Mujeres, bajo dependencia de la Sociedad de Beneficencia; allí el campo del cuidado se encontraba a cargo de las Hermanas de la Caridad.

La actividad de Cabred (sucesor de Meléndez en el cargo de Director del Hospicio de las Mercedes) en las revistas estuvo vinculada a la instrucción de los enfermeros del Hospicio. Este cambio se caracterizó por la definición de un perfil y de un cuerpo de conocimientos especializados, necesarios para desempeñarse en el cuidado de una población especial de pacientes como eran los que se recluían en los hospitales psiquiátricos. Ello se instrumentó mediante la incorporación de una escuela para formar a los enfermeros del Hospicio.

Reiteramos que si bien el *corpus* se encuentra conformado por artículos de publicaciones periódicas médicas, dado que la Enfermería no conformaba aun una profesión institucionalizada con su campo propio de saber y no contaba con publicaciones específicas a tomar como fuentes, fue posible reconocer entre los actores la voz de la enfermera en la redacción de un reglamento interno para las aspirantes a enfermeras. Tratándose del Reglamento de la Escuela de Enfermeras del Hospital Santo Tomás de Londres, la icónica escuela creada por Florence Nightingale; inferimos que sería su voz la que leímos detrás del reglamento.

En alusión al concepto de *campo* de Bourdieu (2002), fue posible identificar discursos provenientes de ámbitos con actores y tipos de capitales específicos y diferentes. Fruto de la lectura del *corpus* identificamos en él al *campo de la salud*: formado por los actores (médicos, odontólogos, farmacéuticos, veterinarios, flebotomistas, parteras, comadronas, curanderos, charlatanes, hermanas de la caridad, masajistas y enfermeros) cuyos servicios ponían el foco sobre la salud de la comunidad y perseguían el control de la profesión y la hegemonía de su “arte”.

En el análisis de las dinámicas del *campo de la salud* identificamos la existencia de espacios resultantes de complejas relaciones sociales y laborales, en pugna por un capital simbólico, económico y social. Siguiendo las ideas de Freidson (2001), reconocimos que uno de estos espacios, al que hemos denominado *espacio del curar*, se encontraba

ocupado por actores cuyo cuerpo de conocimientos tenían por objeto tratar al enfermo con fines de sanar o restablecer la salud. En cambio, otro espacio, que denominamos *espacio del cuidar*, se encontraba ocupado por diversos actores, con características diferentes a los anteriores y aún entre sí, y cuyas tareas tenían por objeto cuidar de sujetos enfermos y vulnerables.

En la búsqueda de relaciones que tenían por objeto definir y sostener posiciones respecto de la profesionalización de las prácticas de cuidado, es decir de la especialización y formalización del segundo de los ámbitos mencionados, pudimos identificar que este *espacio* se encontraba bajo influencia directa del primero, y lo componían todos los actores relacionados con estas prácticas de cuidado.

El modo de expresar la relación entre los *espacios del curar y del cuidar* era elocuente en las revistas y refería a una relación entre géneros. Otorgarle características de género femenino a la Enfermería permitió proyectar una posición jerárquica masculina (atribuida a la Medicina) dentro del *campo de la salud*. Recuperando los conceptos de Ramacciotti y Valobra (2015) reconocemos que esta asignación de posiciones basadas en el género se reflejaba en las características de un contexto social de orden patriarcal. Puede verse reflejado ello en la consideración que se hace de Cecilia Grierson como una mujer que se destaca por realizar actividades propias del género opuesto.

La vinculación de la enfermería con las “ciencias domésticas”, por carácter asociativo le otorgaba características femeninas y, en tanto femeninas, era por consecuencia una ciencia auxiliar e inferior a la Medicina. Ello resultó esencial para sellar su relación asimétrica respecto de la ciencia médica dentro del *campo de la salud*.

Respecto de las prácticas de cuidado y el rol de los enfermeros, las fuentes son explícitas; distinguimos la presencia de una conciencia de carencia en términos cuantitativos y cualitativos. El modo de representar a la Enfermería permite identificar que los puestos en los hospitales eran ocupados por inmigrantes con instrucción limitada, en muchos casos analfabetos. En su mayoría eran españoles empujados a tomar puestos de trabajo no remunerados debido a las escasas oportunidades y pésimas condiciones que encontraron los inmigrantes a su arribo al país. En este contexto carente de conocimientos, surge una relación de enseñanza e instrucción en terreno que podría haber motivado la posición de los médicos al frente de los programas de formación de la Enfermería.

El análisis permitió también identificar tensiones entre los actores por el control y por alcanzar una posición privilegiada en el *campo de la salud*. En este aspecto reconocimos a los médicos en disputa con los demás actores del campo. En este mismo

sentido también identificamos, en coincidencia con los aportes de González Leandri (1999) acerca del proceso de profesionalización médica, cómo estos intentaron definir y configurar los lugares y roles de los actores del *espacio del cuidar*.

En el interés por identificar en los discursos relacionados con la enfermería las relaciones que mantuvieron los actores en el *campo de la salud* reconocimos diferentes tipos de relaciones. Por ejemplo la que sostuvieron los médicos con el Estado. Que conformaban una compleja red de interacciones que permitieron establecer posiciones de jerarquía en el *campo de la salud* mediante el control sobre el ejercicio legal de la Medicina, Farmacia y demás ramas consideradas auxiliares al arte de curar. Para ello, la estrategia privilegiada fue la escritura de proyectos de ley y otras normas. Tomar la iniciativa en la redacción de la ley permitió dejar planteadas garantías para que el ejercicio de la Medicina fuera atribución exclusiva de médicos titulados en el país, a la vez que limitaba a los demás actores del *campo de la salud* al ejercicio de roles subordinados, para combatir la charlatanería y el curanderismo. Fue posible identificar también que el problema no solo estaba en la población que recurría a personas no tituladas sino también en los jueces que no consideraban la ilegalidad del acto de curar en manos de personas sin títulos de idoneidad. Esta ausencia de sanciones y limitaciones por parte de las autoridades hacia los actores en pugna por el ejercicio dentro del *espacio del curar* representaba el verdadero conflicto.

La idea de amenaza no se limitaba a los curanderos y médicos sin títulos o con certificaciones dudosas, sino que se extendía a los farmacéuticos, los enfermeros y todo aquel que tuviera alguna “cultura médica”; a los que se descalificó denominándolos “pseudo-médicos”.

Al igual que con los curanderos, la Medicina también disputó la práctica asistencial con otros actores que intervenían usualmente durante el parto. Y de igual modo, el control sobre este acto se escapaba de las manos de los médicos por las costumbres de la población, que convocaba el servicio de las comadronas, parteras y enfermeras.

Analizar las relaciones del *campo de la salud* permitió identificar la disputa respecto de la administración de los espacios de la práctica entre la Administración de la Asistencia Pública (con alta presencia de médicos en su composición) y la Sociedad de Beneficencia (en cuyo seno actuaban damas vinculadas a las altas esferas del poder).

En los esfuerzos por identificar las prácticas y los conocimientos que debía tener quién se desempeñara en el *espacio del cuidar*, hemos logrado reconocer que durante todo el periodo analizado los discursos que portaban prácticas y conocimientos se

ocuparon principalmente de construir a la Enfermería con un papel auxiliar de la tarea del médico. En ese sentido hemos reconocido también la necesidad de incorporar los valores y las virtudes personales exhortadas en los discursos médicos vinculados a esta tarea.

Inicialmente los mensajes que portaban prescripciones de prácticas estuvieron dirigidos al espacio doméstico y a la población en general. Estas prácticas, no se limitaron al cuidado directo del individuo enfermo, sino que también incluyeron una serie de prácticas de cuidado sobre el espacio físico, el ambiente y los elementos que estuvieran en contacto con aquel. Esta serie de medidas que involucraron a la población apuntaron a solicitar la colaboración de la comunidad en la tarea que realizaban los médicos para controlar las epidemias; pero que también permitieron difundir la Higiene Pública como estrategia de control social.

Los discursos que portaban conocimientos, habilidades y prácticas requeridos para desempeñarse en el *espacio del cuidar* en el ámbito hospitalario presentaron dos características principales. La primera fue la invisibilidad de los actores destinatarios del mensaje. Reconocimos que en ocasiones el mensaje estuvo destinado a actores a cargo del cuidado, no especificados, invisibles en el relato. Incluso encontramos referencias a que pacientes en estado avanzado de recuperación asumían la posición de cuidar a otros pacientes. Este acto de desvalorización de la práctica del cuidado resultaría además funcional a los esfuerzos por relegar el *espacio del cuidar*, definir para este un papel auxiliar al *espacio del curar* y ejercer el control – por parte de los médicos- sobre el *campo de la salud*.

La segunda característica destacable fue la materialización gradual de la Enfermería como el actor al que se encontraría destinado el mensaje, puntualmente en el discurso de los médicos sobre el espacio del cuidado hospitalario. La Enfermería comienza a hacerse visible en idéntica jerarquía con los otros actores considerados “personal inferior” o auxiliares. Notamos que esta visibilización en el discurso que mencionaba prácticas, conocimientos y demás características consideradas esenciales para desempeñarse en el *espacio del cuidar*, comienza a hacerse cada vez mayor. Lo relacionamos con el progreso que comenzaba a evidenciar la disciplina organizada, sustentada en las narrativas de médicos que habían visitado establecimientos extranjeros, y en la obra de Cecilia Grierson. Ello parece haber dado lugar a la inclusión en el discurso médico de la necesidad de incorporar una educación organizada para contar con una Enfermería argentina instruida, a semejanza de lo que estaba ocurriendo en otros países. Esta se proyectó con la figura del médico al frente de la iniciativa, a cargo de la instrucción teórica

y práctica, de la evaluación y certificación de las aptitudes de los aspirantes al *espacio del cuidar*.

Para concluir, reconocemos que en el periodo analizado los discursos y las políticas relacionadas con la Enfermería operaron en favor de una construcción disciplinar inferior y auxiliar a la Medicina, y que a su vez la dotó de características y rasgos femeninos en dicho proceso. También, que la organización de la instrucción de la Enfermería se construyó sobre una base de conocimientos, prácticas, valores y virtudes definida por los médicos en función de su propia práctica. Es decir a partir de su interpretación y definición de los elementos necesarios para ser una “buena enfermera”.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bardin, L. 1996, *El Análisis de Contenido*, 2da Ed., Akal, Madrid.
- Bernstein, B. 1997, *La Construcción Social del Discurso Pedagógico*, en Bernstein, B. *La estructura del Discurso Pedagógico*, 3ra Ed., Morata, Madrid.
- Bourdieu, P. 2002, *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*, Ed. Montessor.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. 2005, *II. El propósito de la sociología reflexiva: La lógica de los campos*, en Bourdieu, P., Wacquant, L. *Una invitación a la sociología reflexiva*, Siglo XXI, Buenos Aires.
- Coelho de Souza Padilha, M., Salles Sobral, V., Ramalho Leite, L., et al. 1997, *Enfermeira- A construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século*, Revista Latino Am de Enfermagem, Vol. 5, Nº 4, p. 25-33 Ribeirão Preto.
- Coni, E. 1886, *Sumario. Aniversario de la revista*, Revista Médico Quirúrgica. Año 23, Nº1. Ed. Coni. Buenos Aires.
- de Titto, R., Ricci, M.T., de Titto, R. 2004, *Historia de la Enfermería. Formación y perspectivas*, El Ateneo, Buenos Aires.
- Di Liscia, M.S. 2005, *Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familia y medicalización. Argentina, 1870-1940*, Signos Históricos, 13, 94-119.
- Freidson, E. 1998, *Renascimento do Profissionalismo. Teoría, Profecía e Política*, Tradução Celso Mauro Paciornik. Editora da Universidad do Sao Paulo.
- Freidson, E. 2001, *La teoría de las profesiones. Estado del Arte*, Perfiles Educativos, vol. XXIII, núm. 93, pp. 28-43.
- Germani, G. 1987, *Estructura Social de la Argentina. Análisis estadísticos*, Ediciones Solar, Buenos Aires.
- González Leandri, R. 1999, *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1852-1886*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.
- González Leandri, R. 2000^a, *Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX*, en Soriano, J. (Comp). *La cuestión social en Argentina. 1870-1943*, Ed La Colmena.
- González Leandri, R. 2000^b, *Miradas médicas sobre la Cuestión Social. Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX*, Revista de Indias, vol. LX, núm. 219

- González Leandri, R. 2004, *El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una elite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900*, Anuario de Estudios Americanos, Tomo LXI, 2, Escuela de Estudios Hispano-Americanos/Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid.
- González Leandri, R. 2013, Internacionalidad, Higiene y Cuestión Social en Buenos Aires (1850-1910). Tres momentos históricos, *Revista de Índias*, vol. LXXIII, N° 257, Pp. 23-54. doi:10.3989/revindias.2013.002
- HCD. 1963, *Evolución institucional del Municipio de la Ciudad de Buenos Aires*, Ediciones del H. Consejo Deliberante, Buenos Aires.
- Krippendorff, K. 1990, *Metodología de Análisis de Contenido. Teoría y práctica*, Paidós, Barcelona.
- Lattes, A; Recchini de Lattes, Z. 1974, La población de Argentina, CICRED Series.
- Martin, A. L. 2014, *Parir, cuidar, asistir. El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires (1877-1955)*, (Tesis de doctorado), Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Martin, A.L. 2015, *Mujeres y Enfermería: Una asociación temprana y estable (1886-1940)*, en Biernat, C., Cerdá, J.M., Ramacciotti, K.I. (dir), *La Salud Pública y la Enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes Editorial, Bernal.
- Martin, A.L. 2018, *Partear y cuidar en Buenos Aires (1877-1920). Una aproximación comparativa*, Anuario del Instituto de Historia Argentina, 18 (1), e061.
<https://doi.org/10.24215/2314-257Xe061>
- Molina, M. T. 1973, *Historia de la Enfermería*, Ed. Intermédica, Buenos Aires.
- ONI. (s/f), *Olimpiadas Nacionales de Contenidos Educativos en Internet*. Instituto Nacional de Educación Tecnológica. [ON LINE] Visitado en noviembre de 2014: <http://www.oni.escuelas.edu.ar/olimpi98/conociendonuestraciencia/medicos%20argentinos.html>
- Páez de la Torre, C. 2014, *Un médico y periodista. Breve y fructífera vida de Tiburcio Padilla*, La Gaceta. Sociedad. 8 de diciembre. [ON LINE] Visitado en abril de 2019. Disponible en: <https://www.lagaceta.com.ar/nota/619219/sociedad/medico-periodista.html>
- Pina Queirós, P. J., de Almeida Filho, A. J., Almeida Monteiro, A. P., Franco Santos, T. C., de Almeida Peres M. A. 2017, *Debates Parlamentares em Portugal de 1821 a 1910: identificação de fontes para a História da Enfermagem*, Escola Anna Nery 21(1). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170006>
- Pina Queirós, P. J., de Almeida Filho, A. J., de Almeida, M. A., Franco Santos, T. C., et al. 2018, *O cuidado e bom serviço dos enfermeiros em 1821-1822*, *Revista de Enfermagem Referência- Série IV nº16 jan./fev./mar. pp. 95 - 106*
<https://doi.org/10.12707/RIV17064>

- Piñuel Raigada, J.L. 2002, *Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido*, Estudios de Sociolingüística, 3(1): 1-42
- Porta, L., Silva, M. 2003, *La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa*, Ponencia presentada en Mar del Plata. [ON LINE] visitado en mayo 2012. Disponible en <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>
- Ramacciotti, K.I., Valobra, A. 2015, *Feminización y Profesionalización de la Enfermería (1940-1955)*, En Biernat, C., Cerdá, J.M., Ramacciotti, K.I. (dir), *La Salud Pública y la Enfermería en la Argentina*, Universidad Nacional de Quilmes Editorial, Bernal.
- Ramacciotti, K.I., Valobra, A. 2017, *El Dilema Nigthingale: Controversias sobre la profesionalización de la enfermería argentina*, Dynamis, 37 (2): 367-387 <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362017000200006>
- Romero, L.A. 2017, *Breve historia contemporánea de la Argentina: 1916-2016*, 4ta. ed., Fondo de Cultura Económica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ruiz Silva, A. 2006, *Texto, Testimonio y Metatexto. El análisis de contenido en la Investigación en Educación*, en Jiménez Becerra, A., Torres Carrilo, A., *La Práctica Investigativa en Ciencias Sociales*, Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Pedagógica Nacional, Colombia. [ON LINE] visitado en enero de 2013. Disponible en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/dcsupn/practica.pdf>,
- Veronelli, J. C., Veronelli Correch, M. 2004^a, *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina, Tomo 1*, OMS/OPS, Argentina.
- Veronelli, J. C., Veronelli Correch, M. 2004^b, *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina, Tomo 2*, OMS/OPS, Argentina.
- Wainerman, C., Geldstein, R. 1990, *Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en la Argentina*, CENEP, Buenos Aires.
- Wainerman, C., Binstock, G. 1993, *Ocupación y género. Mujeres y varones en enfermería*, UNICEF/CENEP, Buenos Aires.
- Wainerman, C., Binstock, G. 1994, *Género y calificación en el sector enfermería*, Estudios del Trabajo. N° 7. Buenos Aires.
- Waneford-Thomson, H. 2001, *El Hospital Británico de Buenos Aires. Una historia 1844-2000*, Hospital Británico, Buenos Aires.

FUENTES CITADAS

Revista Médico Quirúrgica

- Coni E. 1886, *Reglamento de desinfección en caso de fiebre puerperal*, *RMQ*, Año23 N°8, Pp. 118-119
- Coni E. 1887^a, *Asistencia pública. Su organización*, *RMQ*, Año24 N°3 Pp. 40-41
- Coni E. 1887^b, *Las enfermedades infecciosas en Buenos Aires*, *RMQ*, Año24 N°4 Pp. 52-56
- Coni E. 1887^c. *Las enfermedades infecciosas en Buenos Aires*. *RMQ* Año24 N°5 Pp. 67-68
- Coni E. 1887^d, *Establecimientos públicos de desinfección*. *RMQ*, Año24 N°6 Pp. 84-85
- Crespo A. 1887, *Escuela de enfermeros y desinfectadores*, *RMQ*, Año 24 N°17 Pp. 258-259.
- Dupont B. 1886, *Al Honorable Concejo Deliberante: Hospital Mixto al Sud del Municipio*. *RMQ*, Año 23 N°7 Pp. 101-102
- Meléndez L. 1886, *Melancolía con estupor*, *RMQ*, Año23, N°5, Pp. 69-70
- Meléndez L. 1887^a, *Lipemania simple*, *RMQ*, Año23, N°23, Pp. 357-358
- Meléndez L. 1887^b, *Locura paralítica: periodo de remisión*, *RMQ*, Año24, N°21, Pp. 326-328.
- Peacan L. 1887, *El cólera y su tratamiento*, *RMQ*, Año23 N°19 Pp. 294-296
- *RMQ*. 1886^a, *Tratamiento de los infartos prostáticos*, *RMQ*, Año 22 N°21, p. 331
- *RMQ*. 1886^b, *Instrucciones acerca de la práctica de desinfección*, *RMQ*, Año23 N°5 p. 80.
- RMQ*. 1886^c, *Las parteras y la práctica obstétrica*, Año 23, N°8, Pp. 116 – 117
- RMQ*. 1887^a, *Medidas profilácticas para la difteria*, Año23, N°21, Pp. 325-326
- RMQ*. 1887^b, *Empleo de sublimado en las irrigaciones vaginales e intrauterinas*, Año24, N°2, Pp. 25-26
- RMQ*. 1887^c, *Notas sobre la práctica hospitalaria en Viena*, Año24, N°7, p. 104
- RMQ*. 1887^d, *Congreso Internacional de Higiene y Demografía, de Viena*, *RMQ*, Año24 N°20, Pp. 311-314

La Semana Médica

- Anschutz G. 1905, *Escuela de enfermeras. Por el Dr. Germán Anschutz. Médico del Departamento Nacional de Higiene.* Semana Médica, 1 de Junio Vol. XII N° 22 Pp. 532-542
- Barbieri P. 1903, *Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires – Cátedra de Medicina Legal – Segunda conferencia por el Doctor Pedro Barbieri. Profesor sustituto en ejercicio de Medicina Legal,* Semana Médica, 9 de julio Vol. X N° 28 Pp. 597
- Barbieri P. 1905^a, *El ejercicio de la Medicina en la República Argentina y el charlatanismo. Por el Dr. Pedro Barbieri. Profesor Sustituto de Medicina Legal. Capítulo I,* Semana Médica, 27 de Abril, Vol. XII N° 17 Pp. 395-397
- Barbieri P. 1905^b, *El ejercicio de la Medicina en la República Argentina y el charlatanismo. Por el Dr. Pedro Barbieri. Profesor Sustituto de Medicina Legal. Capítulo II,* Semana Médica, 4 de Mayo, Vol. XII N° 18 Pp. 419-422
- de Veyga F. 1894, *Medicina Militar – La escuela de Medicina Militar. Por el Dr. Francisco de Veyga – Cirujano de División del Ejército,* Semana Médica, Vol. 1, N°1, Pp. 397-401.
- de Veyga F. 1899, *Los Proyectos de Ley de Reorganización del Departamento de Higiene Profilaxia Pública de y Ejercicio de la Medicina.* Semana Médica, Mayo 25, Vol. VI, N° 21, Pp. 177 – 184.
- de Veyga F. 1900, *Medicina Pública – Proyección de creación de un servicio policial para asistencia de los alcoholistas detenidos. Comunicación remitida al Jefe de Policía de la Capital por el Doctor Francisco Veyga. Profesor de Medicina Legal, médico ad honorem del Depós. De Contravent. “24 de Noviembre”,* Semana Médica, 15 Noviembre Vol. VII, N°46, Pp. 591 – 596.
- de Veyga F. 1908, *En el Hospital Militar. La fiesta del domingo.* Semana Médica, 26 de noviembre, Vol. XV, N° 48, Pp. 1605-1609.
- Drago A, Puebla A, Fernández J. 1894, *Medicina Legal – Examen pericial.* Semana Médica, Vol1, N°1, Pp. 131-133.
- Ovejero E, Demaría E. 1915, *Medicina Social. Inauguración de un curso sobre asistencia de enfermos y primeros auxilios.* Semana Médica, 9 de diciembre Vol. XXII N° 49 Pp. 698-705
- Penna JM. 1894, *Lecciones Clínicas sobre Enfermedades Infecciosas a los alumnos de 5° año. Por el Dr. José Penna. Cuarta lección,* Semana Médica Vol1 N°1 Pp. 417-418
- Ramos Mejía JM, Agote L. 1894, *Actos oficiales. Nueva inscripción de médicos, farmacéuticos, etc., en todo el territorio de la República.* Semana Médica, Febrero 15, Año1 N°5 p. I

- Segura E. 1894, *Medicina práctica: El método de Brandt en la Casa de Aislamiento*, Semana Médica, Vol1 N°1 Pp. 37-38.
- Semana Médica. 1894^a, *Departamento Nacional de Higiene*, Semana Médica, Marzo 8, Año 1, N°8, p. I
- Semana Médica. 1894^b, *Variedades*. Semana Médica, Junio 28, Año1, N°24, p. CLII, CLVII
- Semana Médica. 1894^c, *Psiquiatría – Proyecto de Ley sobre alienados. De los alienados*, Semana Médica, Vol1 N°1 Pp. 274-277.
- Semana Médica. 1896^a, *Semana médica – Cuerpo de sanidad*. Semana Médica, 24 de marzo, Año1, N°13, p. CXCIII.
- Semana Médica. 1896^b, *Variedades*. Semana Médica. Mayo 21, Año1, p. CCCXXIV
- Semana Médica. 1896^c, *Hospital San Luis, 10 de diciembre*, Año 3, N°50, Pp. DCCLXXXV- DCCLXXXVI
- Semana Médica. 1896^d, *Primeros auxilios. Su instalación*. Semana Médica, 10 de diciembre, Año 3, N°50, p. DCCLXXXVII.
- Semana Médica. 1899^a, *Facultad de Medicina – Reglamento interno del servicio de vías urinarias del profesor Texo*. Semana Médica. Mayo 18, Vol. VI N° p. CCCXIV
- Semana Médica. 1899^b, *Asistencia Pública. Estado de los hospitales municipales. Informe presentado al Consejo Deliberante por su Comisión Investigadora*, Junio 29, Vol. VI, N° 26, Pp. 221 – 224.
- Semana Médica. 1899^c, *Asistencia Pública. Estado de los hospitales municipales. Versión taquigráfica de la sesión del Consejo Deliberante de 23 de junio próximo pasado en que tuvo lugar la interpelación al Intendente Municipal por el estado de los hospitales públicos*, Semana Médica, Junio 29, Vol. VI, N° 27, Pp. 229 – 234.
- Semana Médica. 1900^b, *Universidad de Pensylvania*, Semana Médica, Marzo 1° Vol. VII N°9 Pp. 118 –119.
- Semana Médica. 1900^c, *Ejercicio de la Medicina*. Semana Médica, Marzo 22 Vol. VII N°12 p. 155
- Semana Médica. 1902, *Escuela de enfermeros de alienados*. Semana Médica, 2 de enero, N°1 Vol. IX N° 402 p. 22
- Semana Médica. 1904, *Actas del 2° Congreso Medico Latino Americano.- 4° Sección*. Semana Médica, 14 de Julio Vol. XI N° 28 p. 772
- Semana Médica. 1905^a, *Manuel Quintana Rafael Castillo. Proyecto de ley sobre la reglamentación de la Medicina, obstetricia, odontología, etc.* 17 de Agosto Vol. XII N° 33 p. 843

-Semana Médica. 1909, Hospital Melchor Romero, *Semana Médica*, 25 de marzo, Vol. XVI, N°12, p. 434

-Semana Médica. 1911^a, Diez mandamientos hospitalarios. *Semana Médica*, 19 de enero Vol. XVIII N° 3 p. 129

-Semana Médica. 1911^b, Habilitación del Sanatorio Santa María de Córdoba y nombramiento del personal, 2 de febrero, Vol. XVIII N°5, Pp. 219-220.

-Semana Médica. 1911^c, Hospicio de las Mercedes. Diploma a los enfermeros. *Semana Médica*, 20 de abril. Vol. XVIII N°16 Pp. 716

-Semana Médica. 1913, *Clínica y cirugía militar. La higiene de las naves y cuarteles.* *Semana Médica*, 18 de septiembre. Vol. XX N° 33 p. 694

-Solari EF.1916, *Bibliografía. Manual del Enfermero, por el Dr. Clemente Álvarez. Ex Director del hospital Rosario, Rosario de Santa Fe.* *Semana Médica*, 16 de noviembre. Vol. XXIII N° 46 p. 509

-Torres FR. 1912, *Hospitales europeos y su comparación con los nuestros. Informe presentado a la superioridad por el Dr. Fernando R. Torres. Director del Hospital Alvear.* *Semana Médica*, 1 de agosto. Vol. XIX N° 31 Pp. 201-209

Otras fuentes citadas

-AGN. 1999, *Instituciones de la Sociedad de Beneficencia y Asistencia Social (1823-1952)*, Tomo I, Archivo General de La Nación. Departamento Documentos Escritos, Buenos Aires.

-Aguglino J. 2014, *La política social argentina: continuidad o ruptura durante los gobiernos de Perón. De la Sociedad de Beneficencia a la Fundación Eva Perón*, Universidad de San Andrés, Departamento de Ciencias Sociales, Licenciatura en Relaciones Internacionales, La Plata.

-Amil, AR, Reghitto, MA. 2011, *Francisco de Veyga y Horacio Piñero. Dos vertientes del positivismo en la Psicología argentina. Su presencia en la universidad de Buenos aires.* Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. [ON LINE] <https://www.academica.org/000-052/123> Acceso en julio 2019

-Dickens, C. 1997, *Martin Chuzzlewit*, Wordsworth Ed., London.

-Giacomantone O, Suarez I, Vitale A. 2010, *Sociedad Médica de La Plata 1910-2010, Su historia, Educación Médica Permanente – II (1)*, Pp. 4-49.

-Ley N° 24.004/91 del ejercicio autónomo de la Enfermería. <http://www.infoleg.gob.ar/> acceso junio 2019

-Pérgola F. 2016, Emilio Coni, *Rev. Argent Salud Pública*, Sep; 7(28):41-42.

-Semana Médica. 1931, *Obituarios. Dr. Benjamín Dupont*, Semana Médica, Vol. I, N° 13.

-Suriano, J. 2000, *Introducción: una aproximación a la definición de la cuestión social en Argentina*, en Suriano J. (Cdor). *La cuestión social en Argentina, 1870-1943*, Editorial La Colmena, Buenos Aires.

Sitios de internet citados

-ANC. Eliseo Segura [ON LINE] <https://www.anc-argentina.org.ar/es/institucional/academicos/todos-nuestros-academicos/eliseo-victor-segura/> acceso en septiembre de 2019

-BA. Hospital Fernández. Historia. Buenos Aires, Salud. [ON LINE] <https://www.buenosaires.gob.ar/hospitalfernandez/historia> acceso en julio 2019.

-BA. Hospital Ramos Mejía. Un recorrido histórico. Buenos Aires, Salud. [ON LINE] <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/hospital-ramos-mejia-un-recorrido-historico> acceso en junio 2019.

-Ciudad de Buenos Aires. Años 2003/2017. [ON LINE] <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=73810> acceso en junio de 2019.

-El arcón de la Historia. El Hospital Guillermo Rawson. [ON LINE] <http://elarcondelahistoria.com/el-hospital-guillermo-rawson-24051868/> acceso en julio de 2019.

-FMed. Facultad de Medicina. Historia. [ON LINE] <https://www.fmed.uba.ar/la-facultad/historia> acceso en agosto de 2019.

-Florence Nightingale [ON LINE] <http://www.florence-nightingale-avenging-angel.co.uk/scutari.htm> acceso en junio 2018

-Historia Hoy. El otro Ángel. [ON LINE] <https://www.historiahoy.com.ar/el-otro-angel-n971> acceso en noviembre de 2019

-HRG. Historia del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. [ON LINE] <https://guti.gob.ar/quienes-somos/historia.html> acceso en agosto 2019.

-La Prensa. José María Penna. El incansable infectólogo y sanitarista [ON LINE] <http://www.laprensa.com.ar/455671-Jose-Maria-Penna-el-incansable-infectologo-y-sanitarista.note.aspx> acceso en octubre de 2019

-MM. Aniversario del Hospital Pirovano. 110 años al servicio de la salud pública. Médicos Municipales. [ON LINE] <http://www.medicos-municipales.org.ar/titu20706.htm> acceso en julio 2019

-MS. GBA. Biografía del Dr. Pedro Mallo. [ON LINE] http://www.ms.gba.gov.ar/cosapro/publicaciones/biografias/4_Dr._Mallo.pdf acceso en noviembre 2019