



Dossier Bioética después de la COVID-19

¿Qué hace a la enfermería especial? La imagen de la profesión en tiempos de pandemia

What makes nursing special? The image of the profession in times of pandemic

LUCÍA FEDERICO¹

LEANDRO ARIEL GIRI²

SILVIA GABRIELA PÉREZ³

Resumen: En el presente trabajo nos proponemos rastrear los causales históricos y epistemológicos de la construcción social de la imagen de la enfermería en pandemia por el COVID-19 donde los atributos heroicos y vocacionales de su praxis ocultan los científicos y tecnológicos. Para ello, comenzaremos por mostrar cómo históricamente se contrapuso el conocimiento “empírico” frente al teórico biomédico, la praxis tecnológica médica frente al “arte del cuidar”, bajo una jerarquización de las profesiones sobre los tradicionales roles de género. Luego demostraremos los modos en que la imagen romantizada de la enfermería se manifestó en lo que va de la pandemia, no sólo consolidando el *statu quo* de la profesión sino profundizándolo, al enfatizar una actitud heroica de quienes “están en la primera línea de batalla” en contraposición a los médicos que tomaban las decisiones. Finalmente analizaremos epistemológicamente lo que las teóricas de la enfermería entienden por “praxis enfermera” para elucidar qué se visibiliza y qué no de ella en la imagen constituida de la profesión.

Palabras Clave: enfermería; imagen pública; patrones; pandemia; COVID-19.

Abstract: In this paper we propose to trace the historical and epistemological causes of the social construction of the image of nursing in pandemics by COVID-19, where the heroic and vocational attributes of its praxis hide the scientific and technological ones. To do so, we will begin by showing how “empirical” knowledge was historically contrasted with biomedical theoretical knowledge, medical technological praxis with the “art of caring”, under a hierarchization of the professions on traditional gender roles. We will then demonstrate the ways in which the romanticized image of nursing manifested itself so far during the pandemic, not only consolidating the *statu quo* of the profession but also

1 Universidad Nacional de Quilmes (Quilmes, Buenos Aires, Argentina) || Universidad Nacional de Tres de Febrero (Sáenz Peña, Buenos Aires, Argentina).

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3656-0096>. luciafed@hotmail.com

2 Universidad Nacional de Tres de Febrero (Sáenz Peña, Buenos Aires, Argentina) || CONICET.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7068-9750>. leandrogiri@gmail.com

3 Universidad Nacional de Tres de Febrero (Sáenz Peña, Buenos Aires, Argentina) || Escuela Superior de Enfermería “Cecilia Grierson” (Villa Gobernador Gálvez, Santa Fe, Argentina).

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5405-8772>. sgperez@untref.edu.ar

deepening it, by emphasizing a heroic attitude of those "on the front line of battle" as opposed to the physicians who made the decisions. Finally, we will analyze epistemologically what nursing theorists understand by "nursing praxis" in order to elucidate what is and is not visible in the constituted image of the profession.

Key Words: nursing; public image; patterns; pandemic; COVID-19.

Cómo citar: Federico, L. Giri, L.A., & Pérez, S.G. (2021). ¿Qué hace a la enfermería especial? La imagen de la profesión en tiempos de pandemia. *Cuadernos Filosóficos*, 18. <https://doi.org/10.35305/cf2.vi18.138>

Publicado bajo licencia Creative Commons Atribución-SinDerivadas 4.0 Internacional [CC BY-ND 4.0]



Fecha de recepción: 18/10/2021

Fecha de aprobación: 20/12/2021

I. Introducción⁴

El año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó el año internacional de la enfermería y la partería, paradójicamente, será el año recordado por la crisis sanitaria por el COVID-19. El rol de la enfermería en el control de la pandemia ha sido sin dudas central:

Las competencias desarrolladas a lo largo de su historia y propias de su quehacer, permiten que las enfermeras *respondan mejor que otros profesionales* a las exigencias clínicas y comunitarias, pues cuentan con conocimiento y habilidades para *brindar cuidados durante toda la trayectoria de una enfermedad*, proporcionando además, tranquilidad, información y apoyo a pacientes y sus familias. (Campillay-Campillay et al., 2021, s/p; el resaltado es nuestro)

Mientras que muchos esperaban que la pandemia pusiera al descubierto la relevancia de la profesión para el sistema de salud y la sociedad, el devenir del control de la pandemia trazó otro camino. Desnudó la invisibilidad de los profesionales de la enfermería en el plano de lo social. Los profesionales de enfermería, desde el comienzo hasta ahora, no formaron parte del comité de expertos del país para enfrentar la crisis, comité saturado por médicos infectólogos (Ramacciotti & Rayes, 2020), pese a las recomendaciones de los organismos internacionales (OMS, 2020). Se reveló un déficit de voluntad política por integrar a la enfermería al rol central en la toma de decisiones, aunque se resaltó, como veremos, su lugar como quienes ponen el cuerpo o están "en el frente de batalla" en la metáfora bélica tantas veces utilizada en los

⁴ Este trabajo ha sido posible gracias al financiamiento de los proyectos: PUNQ 0990/19 (Universidad Nacional de Quilmes), PICT 2018-3a454 (ANPCyT, Argentina), UNTREF 32/19 80120190100115TF y 80120190200069TF (Universidad Nacional de Tres de Febrero).

discursos referenciados al contexto sanitario del coronavirus. Más aún, en Argentina parece que hay una intencionalidad política concreta de invisibilización de la enfermería, que se explicita en la ausencia de un Registro Nacional de Decesos de Profesionales de Enfermería, en la pérdida de los aplausos simbólicos al personal de salud del inicio de la pandemia, en los medios de comunicación que hablan ahora de ellos como “héroes y heroínas”, pero que pocas veces lo hacen acompañados de un reconocimiento de las condiciones laborales del sector (Ramacciotti, 2020).

Al respecto, el historiador de la salud Armus señala:

No debe sorprender que la crisis general traída por el COVID-19 alimente vaticinios donde ya nada será igual. Pero otras post-pandemias en el pasado trajeron solo cambios modestos y acotados. Por ahora tenemos las pandemias, que además de traer colosales desbarajustes económicos, solo logran desnudar aberrantes desigualdades sociales (2020, septiembre 16, s/p).

El cimbronazo de la pandemia, en lugar de resaltar las cualidades de la enfermería —la alta preparación en el control de infecciones intrahospitalarias, el manejo de pacientes críticos, el manejo de brotes, la gestión hospitalaria frente a dificultades logísticas, como falta de espacio y déficit de recursos, etc.—, o la transversalidad de los profesionales en el sistema, capaces de cuidar al paciente crítico con la mayor tecnología disponible, así como a los pacientes de cuidados paliativos (Fuentes-Bermúdez, 2020), deja al descubierto la escasez de profesionales a nivel mundial (Campillay-Campillay et al., 2021), mientras poco hizo por mejorar el nivel de vida, laboral y la jerarquía de los trabajadores del sector.

Faltan profesionales a causa de las condiciones de desigualdad en el sistema de salud, donde, pese a la pandemia, aún predomina la hegemonía médica, lo que genera un desconocimiento social sobre el estatus científico y tecnológico del cuidado y retroalimenta el desinterés social por una profesión poco valorada, cuya titulación, sin embargo, actualmente requiere varios años de estudio (Federico et al., 2021).

Sin embargo, hay algo que sí intensificó la pandemia en el imaginario colectivo, como destaca Ramacciotti (2020) en los (ya largamente olvidados) aplausos simbólicos: su humanidad, su empatía, su compromiso, su compasión y su profundo sentido de vocación:

(E)nfermeras que ofrecen su mano para acompañar en su última travesía a los aislados moribundos, enfermeras que se buscan los medios para que sus pacientes puedan comunicarse con sus familiares a través de un iPad, enfermeras, en definitiva, que

orgullosas y alegres aplauden haciendo un pasillo de honor a todos aquellos que van logrando salir del acoso mortal del COVID-19. (Siles, 2020, s/p)

Incluso, “en muchos casos, llevándolas a asumir riesgos personales y familiares en el desempeño de sus funciones” (Campillay-Campillay et al., 2021, s/p).

El deber moral y profesional ligado a “un sentir el llamado” (Aspiazu, 2017) es el nudo gordiano en la enfermería, pues enmascara las cualidades científicas y tecnológicas del quehacer enfermero, incluso en el propio colectivo. Las dimensiones que romantizan la profesión, si bien son innegables y la enaltecen, al mismo tiempo contribuyen a su invisibilización profesional y a la negación de su autonomía y de su estatus epistemológico, tanto a nivel de la sociedad en general, de los *policy makers* e incluso desde dentro del propio colectivo enfermero.

En este trabajo nos proponemos rastrear los causales históricos y epistemológicos de la construcción social de la imagen actual de la enfermería. Para ello, comenzaremos con mostrar cómo históricamente se contrapuso el conocimiento “empírico” (es decir, manual, de sentido común) frente al teórico, la praxis tecnológica frente al “arte del cuidar”, y aparecieron normativas que intentaron conseguir la independencia profesional, pero que todavía no se cristalizan. Luego vamos a revisar, a partir de distintos testimonios y fuentes, diferentes modos en que la imagen romantizada de la enfermería se manifestó en lo que va de la pandemia por el COVID-19, no sólo consolidando aún más el *statu quo* de la profesión sino profundizándolo, al enfatizar una actitud heroica de quienes “están en la primera línea de batalla” en contraposición a los médicos que tomaban las decisiones difíciles y lideraban la batalla contra el coronavirus (para continuar con la metáfora militar, algunos serían generales y otros meros soldados de vanguardia). Finalmente vamos a analizar epistemológicamente la naturaleza del conocimiento enfermero para intentar elucidar qué se visibiliza y qué no del mismo en la imagen constituida de la profesión.

En todo esto, debemos aclarar que no buscamos negar las dimensiones estéticas y emocionales de la enfermería, constitutivas en buena parte de su esencia y que se han manifestado enormemente durante la pandemia:

El resultado de esta contienda estética y emocional va a repercutir, a pesar del sufrimiento, en su optimización humana y personal, pues el recuerdo imborrable de aquellos momentos “sublimes” (donde se “anudan” el dolor y el amor) en los que “anudaron” su mano con la del paciente en sus últimos instantes (Siles, 2020, s/p).

Esto es algo que a todas luces caracteriza la profesión y la enriquece pero que, creemos, termina alimentando los mecanismos históricos de dominación. En definitiva, nuestro objetivo es hacer (un poco de) justicia epistémica (Fricker, 2006) con una profesión socialmente invaluable, señalando la importancia de su conocimiento para el sostenimiento del sistema de salud y su complementariedad (que no sumisión) frente al conocimiento biomédico. Como señala Faccia (2015), la enfermería es un factor decisivo para la transformación de los paradigmas de los procesos de atención y organización socio-sanitaria.

Comenzamos entonces con la indagación histórica sobre la construcción de la profesión de la enfermería en Argentina.

2. El conocimiento empírico vs. el conocimiento científico, el arte vs. la tecnología.

Historia de una profesión

Uno de los motivos por los que la literatura sobre enfermería explica la negación de su estatus epistemológico es su caracterización como una profesión maternal y feminizada. Tanto Martín (2015) como Ramacciotti y Valobra (2015, 2017) señalan que la feminización de la enfermería en el país fue temprana, contando con datos de la primera década del XX. Este proceso se dio simultáneamente en el resto de Sudamérica. Las hipótesis historiográficas que se dirimen al respecto son dos: aquella que propone que es efecto de una estabilización de los roles de género y de las tareas entendidas como femeninas/masculinas y aquella que lo adjudica a las características de las economías regionales, que necesitaban excluir al varón del trabajo de la enfermería para ocuparlos en otras áreas productivas (Martín, 2015). Ramacciotti y Valobra (2015) se vuelcan por la primera, denotando además lo difícil que les resultó a las mujeres ingresar a la medicina. Como ejemplo de las expresiones sociales de la época, pueden verse expresiones como las del médico español Marañón sobre “el exceso de trabajo intelectual” en las mujeres: “aunque alcance límites avanzados de claridad y de penetración, le falta originalidad. Por eso, en la ciencia, las mujeres son buenas técnicas, pero no inventoras”, (1920, p. 18). O aquellas del médico argentino Balbiña: “consolar, aliviar, enjuagar lágrimas, ser médicos del alma, de la parte más sublime que anima y rige al organismo [...] sin que las miasmas de los cadáveres descompuestos ni los gérmenes de mil plagas se mezclen al perfume de vuestros sabrosos besos de madre y esposas” (1903-1904, p. 5). La inclusión femenina en ciertas profesiones estaba justificada por las diferencias sexuales.

Por lo que fuera, en el proceso de feminización del mercado laboral “la enfermería fue considerada una extensión de lo doméstico y maternal y se convirtió en una “profesión atajo” para conciliar el mundo femenino y el mundo laboral” (Martin, 2015, p. 259). Así, su ingreso al mercado laboral se vinculó con tareas asociadas a la caridad y a lo asistencial, al cuidado de la mujer por el otro y al amor, “supuestos dotes con las que la naturaleza las había dotado” (Ramacciotti & Valobra, 2015, p. 290).

Por esa misma lógica de sacrificio, señalan las autoras, su función en el ámbito de la salud iba acompañada por sueldos magros y trabajos *ad honorem*, desvalorización de la tarea del cuidado, falta de derechos laborales y menosprecio a su capacitación. Todo lo dicho constituye “el dilema Nightingale” en la consolidación de la enfermería:

no se las consideraba trabajadoras dignas de más renta ni, a su vez, se les reconocía jerarquía suficiente como para declarar su autonomía profesional; pero las enfermeras no lograban capacitarse mejor puesto que recibían bajos salarios, especialmente por ser mujeres e insertarse en un servicio de baja calificación y, por ello, las enfermeras que llegaban al sistema tenían escasa educación o eran empíricas [e.e. del sentido común de lo doméstico] (Ramacciotti & Valobra, 2015, p. 387).

Pues, lamentablemente, este círculo vicioso “encontró un lugar de realización privilegiado en el sistema creado por Florence Nightingale, en 1860, en el Hospital Saint Thomas de Londres [...]. No obstante, Nightingale sumó a las cualidades vinculadas al trato y al cuidado aspectos relacionados con la capacitación profesional, para así quebrar la larga tradición ligada al empirismo” (Ramacciotti & Valobra, 2015, pp. 291-292). Sin embargo, esto último, como el profundo desarrollo científico y profesional de la enfermería, no modificó ni antes ni en la actualidad su imagen en el mundo en general ni en la Argentina en particular (Federico et al., 2021).

Retomaremos aquí la historia de la enfermería en Argentina centrándonos en las distinciones de su carácter empírico/técnico frente al supuesto carácter científico de los médicos, pues “Las ideas respecto de la naturaleza femenina y masculina apoyaron la división del trabajo sanitario” (Martin, 2015, p. 257).

La creación, en 1889 en Buenos Aires, de la Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas (EEEYM) por la primera graduada en medicina de la Universidad de Buenos Aires, Cecilia Grierson, marcó un hito en la formación profesional de enfermería (Martin, 2015). El perfil de enfermera “moderna” a la Nightingale pensado por la médica, y contextualizado a su época, era el de una mujer de buena familia, abundantes en los magisterios, que quisiera dedicarse a

tareas “casi” altruistas, con compromiso social, pero de rigor profesional. “Eran de alma filántropas y sus conocimientos variadisimos ... de una perfecta mujer del hogar y de las ciencias y artes domésticas, especialmente con las que la medicina se relaciona” (Grierson, 1902, p. 31). Mientras que las tareas que ejercían las mujeres en el ámbito hospitalario hasta ese momento eran consideradas “empíricas”, Grierson buscaba dotar el trabajo de la enfermera de una “instrucción técnica” que de todos modos no llegaba a equipararlo con la práctica médica:

La idea de lo técnico se diferenciaba de lo teórico y científico, por un lado, y, por el otro, se distinguía de una noción frecuente que describe las tareas del cuidado como extensión de los roles domésticos [...] las labores domésticas como los cuidados expertos, ameritan conocimientos precisos pero no eran los mismos [...] las enfermeras debían adquirir una calificación específica [...] que cuidara muy bien en no exagerar en los fundamentos “científicos”, que debían conocer pero sin olvidar que su tarea tenía “más de arte que de ciencia” y lo que había que desarrollar era el adecuado uso de los procedimientos relativos a la higiene y al cuidado. [...]. Se sumaba así a los saberes domésticos debidamente fundamentados, la técnica profesional adecuada. (Martin, 2015, pp. 261-262)

Grierson, señala Martin (2015), proponía una feminización de la profesión, bajo un sistema de internado con prácticas en hospitales dirigido por enfermeras o matronas. Distintos elementos confabularon contra su deseo. Las mujeres del perfil deseado no se veían atraídas por dicha labor, las alumnas eran personas en ejercicio en los hospitales que por disposición de la Asistencia Pública tomaban clase en horario de trabajo, lo que generó una tensión con el sistema de salud donde escaseaba el personal.

Después de Grierson, la mayoría de las escuelas creadas fueron exclusivas para mujeres y el modelo de Nightingale se resignificó, señala Martin (2015), como un paradigma ético, moral y de comportamiento, centrándose en la vocación, la obediencia y la abnegación: “a la joven inglesa se le adjudicó lograr el justo equilibrio entre “la ciencia y la bondad”, síntesis perfecta entre los conocimientos adquiridos y las condiciones morales y espirituales que harían de la enfermería la más noble de las tareas” (2015, p. 266). Este discurso se consolidó en Argentina entre 1920 y 1940. En la década del treinta, en Buenos Aires y en las principales ciudades del país funcionaban las “salas escuelas”, un mecanismo que compensaba los internados y que, mientras por un lado proveía a los hospitales de personal en formación, por el otro generaba las templanzas morales deseadas en las jóvenes estudiantes (recato, discreción y obediencia). Así, cada escuela debía tener un hospital para su práctica. El sistema permitía también la

asimilación de las jerarquías del ámbito de la salud, “un modelo estable y perdurable que sería capaz de sobrevivir a las modificaciones sufridas en la educación de las *nurses* y en el sistema sanitario en su conjunto” (2015, p. 267).

Los informes posteriores a 1940, como los de la enfermera norteamericana Pullen (directora de la Escuela de enfermería de la Universidad Federal de Río de Janeiro), y los de White, (regente de la Escuela de la Universidad Nacional del Litoral, patrocinada por la Fundación Rockefeller), señalaron el atraso de la enfermería en la Argentina “en condiciones similares a la enfermería de sus pares británicas y norteamericanas antes de la segunda mitad del siglo XIX” (Pullen, 1940, p. 49). Mostraron también la convivencia en el sistema de salud de enfermeras diplomadas con enfermeras “empíricas”. Como ya había señalado Grierson 30 años antes, buena parte del personal denominado “enfermera” eran solo sirvientas de hospitales, a causa de las tareas que desempeñaban y por su falta de preparación. Los informes denotaban que los hospitales contrataban enfermeras “empíricas”, que aceptaban condiciones de trabajo más desfavorables y una mayor carga laboral por la misma remuneración. Denuncian además una falta de legislación al respecto, como una ausencia de comunicación, coordinación y criterios de unificación de contenidos entre las escuelas. En 1947, Elena Ramos Mejía, directora por aquel entonces del EEEYM, presenta el proyecto “Plan de Unificación de Todas las Escuelas de Enfermería” a la Comisión de Cultura Sanitaria creada por Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud Pública de la República Argentina. Este proyecto, en gran parte, había sido presentado en el Primer Congreso Panamericano de Enfermería, celebrado en Chile en 1942. Ambas presentaciones coinciden, señala Martín (2015), en que la enseñanza quedaría en manos de las enfermeras, igual que la dirección de las escuelas y las prácticas hospitalarias, empero con recomendación de que los conocimientos especializados fueran impartidos por médicos.

Las tensiones y disputas por el poder en el ámbito sanitario no se hicieron esperar. Señalaba el oncólogo Roffo: “no hay que formar eruditas. Cuando la enfermera sabe más de lo que necesita, es un peligro, pues ya tiende a invadir el terreno médico. [...]. [Deben] Aprender bien una sola cosa, y es saber aplicar con exactitud las indicaciones del médico” (1942, pp. 8-9). El aspecto técnico de la formación ya no significaba “obedecer órdenes ciegamente” sino “acatar órdenes con inteligencia y con razón” (Martín, 2015, p. 278).

Los proyectos del 1942 y 1947 plantean que las instituciones impartan nuevo contenido teórico-práctico para alcanzar un título de enfermera diplomada: bacteriología e higiene general. Dicho contenido perseguía lograr un correcto mantenimiento de la higiene y orden

dentro de las salas y habitaciones del nosocomio, para el correcto aseo de los cuartos, de la ropa de cama y de los elementos que tomaban contacto con el paciente. Ello resulta necesario para garantizar la asepsia y realizar curaciones: fisiología, anatomía, patología y enfermedades infecciosas, como parte de la medicina preventiva y curativa. Se esperaba así que las enfermeras pudieran reconocer señales y signos de alarma en los pacientes “a fin de anticipar complicaciones y, de este modo, facilitar la tarea del médico” (2015, p. 279). Se mantuvieron materias como ginecología, clínica médica y cirugía, con la necesaria capacitación para ejecutar procedimientos de distinto nivel de complejidad desde la sala de cirugía hasta cuidados generales. Se agregaron asignaturas de salud mental e higiene pública con prácticas fuera del hospital, para atender a problemas de prevención y salud pública (protección del niño, enfermedades venéreas, enfermedades profesionales y legislación laboral). La enfermera sanitaria, en este caso (como en muchos otros), debía ser acompañada por un médico. En definitiva “Los proyectos de reforma aspiraban a una enfermería que, según afirmaban, era dominante en los países del mundo que habían desarrollado un sistema de salud pública con criterios preventivos y no sólo curativos” (2015, p. 282).

En la década siguiente, la expansión de puestos de enfermería generó la expansión del sistema hospitalario, con un incremento de campañas sanitarias y de modernización de las técnicas médicas. El terremoto de San Juan de 1944 y la propaganda oficial también ofició en este proceso expansivo para la enfermería. Sin embargo, el proceso no fue acompañado por políticas del Estado para mejorar su situación laboral. Por el contrario, entendía la enfermería como mano de obra barata. Se suma además que, durante el peronismo, la profesión, al contrario de lo que pretendían sus creadoras, estaba asociada con mujeres de bajos recursos y de vida licenciosa (Ramacciotti & Valobra, 2015).

Se dirimían también los roles profesionales entre médicos y enfermeras, entre curar y cuidar, manteniendo la “subalternidad” del cuidar, pues en el pensamiento médico de la época aún existía resistencia a delegar conocimientos y técnicas de curación en manos de “auxiliares” (de la medicina). Durante el peronismo se trató de regularizar la situación del personal en salud. En 1945 entró en vigencia el Decreto N° 6.216 que reglamentó el ejercicio de médicos y auxiliares y se desarrolló un programa más contundente de profesionalización para estos últimos. En 1947 se crea la escuela de enfermería impulsada por la Secretaría de Salud Pública y, en 1948, la vinculada con la Fundación Eva Perón, las cuales “iluminan las relaciones entre la profesión y el diseño de las políticas públicas” (2015, p. 287). La intención era, frente a las necesidades crecientes del ámbito sanitario, más amplio y tecnológico, “formar personal

auxiliar de la medicina, técnica y moralmente capacitado” (2015, p. 300). El perfil seleccionado ahora era otro: muchachas jóvenes de condición humilde. Basado en el modelo binario, se profundizó la feminización de la profesión con un ingreso restrictivo y se enfatizó la idea de que ciertas características femeninas eran propias para ejercer la enfermería. Esto se dio a tal punto que la Escuela patrocinada por la Fundación restringía el ingreso por edad, pues

toda mujer “normal” en su etapa de fertilidad poseía un “instinto maternal”. Al no canalizarlo en la gestación y en la crianza de sus propios hijos, estaría capacitada “naturalmente” para trasladar esas dotes de cuidado hacia la atención de los enfermos. De este modo, se suponía que las que fueran madres no podían cumplir con las tareas socialmente asignadas a la domesticidad. (2015, p. 295)

Las mujeres también eran “buenas administradoras” de los recursos económicos y grupos humanos a los que imprimían pautas de orden y de moral. Lo interesante y novedoso, era que en estas escuelas se agregaba conocimiento para ejercer actividades sanitarias (campañas de vacunación, educación en escuelas, talleres de prevención, etc), bajo el enfoque de salud social de Carrillo. Este perfil permitió a la profesión cierta autonomía frente al saber médico: “El rol asignado a la familia y el acento en la prevención dejaron huella en la imagen existente de los servicios, hasta entonces confinados a la cura. Se propuso, en cambio, una construcción basada en los principios de justicia social” (Serdarevich, 2017, p. 84). Dejamos de lado, por motivos de espacio, los procesos de politización en ambas escuelas, que le otorgaban a la profesión un perfil y un rol particular como “heroínas del orden y la salud del cuerpo social” (Ramacciotti & Valobra, 2015, p. 303).

En 1949, en La Plata, tiene lugar el Primer Congreso Argentino de Enfermería. En este se acordó que era necesario elevar el nivel de las aspirantes a enfermería, así como también el reglamentar las cuestiones remunerativas y, en el código sanitario, establecer a la enfermería como profesión liberal. Se aconseja además que cada escuela cuente con un espacio para “las demostraciones del arte de la enfermería y que se incorporarán al plan de estudios materias humanísticas” (2015, p. 307), como historia, ética y salud pública pero que también se incremente el conocimiento en fisiología humana. La jerarquización profesional montada en el binarismo biológico también estuvo presente: en su discurso el flamante Ministro de salud Carrillo señaló “junto con el dolor estarán el médico y la mujer” (1949, pp. 3-4), refiriéndose por “mujer” a la enfermera, y el médico Pereyra afirmó “(que la) enfermera sepa siempre ubicarse en la situación expectante, atenta a las prescripciones que el médico le formule: sólo debe actuarse de acuerdo a concretas instrucciones del médico (1949-1950, p. 279). En 1950,

el Decálogo de Ética Profesional de la Enfermería mantenía la misma lógica, empero borraba las reivindicaciones laborales del anterior encuentro.

Un punto interesante es la forma de “resistencia” que en este oscuro marco encontraron las enfermeras: la abnegación y la dedicación al paciente resultaron un modo de jerarquizar su profesión y su rol en el sistema. Los procesos de cuidado mantenían con vida al paciente, y por ello las enfermeras “exacerbaban aquellos caracteres que se creían naturales de la mujer/enfermera” (Ramacciotti & Valora, 2015, p. 309), pero esto en general no era tomado en cuenta por los médicos.

En 1952 el informe de la OMS ya sostenía que la enfermería era “El arte y la ciencia que considera al paciente en su totalidad, es decir, como un sistema de cuerpo, mente y espíritu” (p. 301) y amplía sus funciones al ámbito de lo social y psicológico, sobre el individuo y su familia. Esto llevó a profundizar aún más la formación profesional bajo estos aspectos humanísticos. Lentamente la enfermería gana conocimiento, técnicas y dominios de acción propios, aunque sin reconocimiento ni independencia profesional.

En las décadas siguientes el camino de la profesión fue marcado por los organismos internacionales, como ya se deja ver. Así, señala Faccia, las políticas económicas permearon en la organización del sistema de salud: “en este sentido la capacitación estaba orientada a proveer recursos humanos apropiados para la división técnica del trabajo” (Faccia, 2015, p. 316). Se modifica, a tal fin, la educación profesional (nuevamente) más vinculada con los saberes médicos, bajo la “preparación técnica y científica que los cambios de la tecnología médica demandaban” (2015, p. 317). Por tanto, los criterios en su formación no se encaminaban a una mayor autonomía o valorización profesional, sino a la perpetuación de la relación de subalternidad con la profesión de la medicina.

La epidemia en 1956 de poliomielitis y otras, llevó a que el Ministerio de Salud impulsara la creación de departamentos de enfermería hospitalarios, pues eran necesarias tareas de cuidado y de rehabilitación. Dichos departamentos se ocuparon además de las tareas vinculadas a la administración. Así, las asignaturas vinculadas con la administración y con la planificación irían ganando peso en la formación profesional. Se crearon, además, a partir de 1958, carreras universitarias en enfermería (en Santa Fe, Tucumán, Córdoba y Buenos Aires) lo que le devolvería, un tanto, el prestigio social a la profesión, pero sin acompañamiento de una independencia profesional o de un cambio en la remuneración. Este hecho se deja ver en la Ley N° 17.132 sobre “Normas para el ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración”, del gobierno de facto de 1967: “Art. 58. Entiéndase por ejercicio legal de la

enfermería profesional la ejecución habitual, como personal colaborador del médico u odontólogo [...]. Art. 59. [...] podrán actuar únicamente por indicación y bajo control médico” (en Serdarevich, 2017, p. 85).

Dado que la norma de 1967 limitaba la participación del enfermero a cuidados netamente técnicos, los supervisores de enfermería de los ámbitos sanitarios optaron por autorizar maniobras terapéuticas fuera de lo establecido por ley. Este gesto de “desobediencia” se asocia con el tiempo de acompañamiento al paciente por parte de los enfermeros, que resulta más prolongado que el de otros profesionales del equipo de salud. En su transcurso pueden ocurrir sucesos o situaciones que obligan a una respuesta rápida y adecuada (2017, p. 85).

Si bien en 1950 comenzaron a formarse las asociaciones de enfermería, recién en 1965 se fundó la Federación Argentina de Enfermería que nucleaba a las existentes. En 1969, dicha asociación se integra al Consejo Internacional de Enfermería. Las asociaciones, por fin, se ocupaban de los aspectos vinculados al desarrollo científico de la enfermería, focalizándose en la teorización y construcción de modelos conceptuales, en el problema deontológico, en lo educativo y en la labor profesional. Sin embargo, señala Faccia (2015), no había participación masiva ni activa en dichas organizaciones diseñadas, entre otras cosas, para discutir las temáticas de los derechos laborales.

Mientras tanto en la órbita de la salud había distintas titulaciones pululando. Según el Decreto 1.469 de 1968, que seguía las recomendaciones del informe final de la Reunión Oficial de Enfermería y el informe del IV Congreso Argentino de Enfermería, se distinguían:

Art 2°. Entiéndase por a) “Enfermera Profesional”: la persona que ha cumplido un programa de formación específica, [...] y está capacitada para ejercer, como colaboradora del médico, actividades relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos; b) “Auxiliar de Enfermería”: la persona que ha cumplido con un programa de formación específica, [...] y está capacitada para colaborar en el cuidado prestado por los enfermeros [...] bajo la supervisión de enfermeros profesionales o médicos (Serdarevich, 2017, pp. 85-86).

Se dejaba fuera de lo profesional así a muchísimos trabajadores de la salud que hacían tareas “empíricas” y no contaban con más que la escuela primaria completa: “Frente a esta situación, se decidió crear el curso técnico de Auxiliar de Enfermería, que para su matriculación solo exigía educación primaria. Su duración era menor y debería culminarse en no más de 12 meses” (2017, p. 86).

Entre distintos avatares, pero con participación de los diferentes gremios y asociaciones profesionales, la Ley Nacional N° 24.004, promulgada en 1991 (y reglamentada en 1993), reconoce a la profesión, por primera vez, como autónoma. La Ley desagregó al personal de enfermería como “colaborador” del médico derogando los artículos 58, 59 y 60 de la Ley 17.132 de 1967: “La Ley 24.004 marca un quiebre jurídico y simbólico en lo referente a las actividades profesionales. Incorpora el paradigma de atención holística en salud y permite a los enfermeros, que durante décadas se habían visto silenciados, tener voz” (2017, p. 87). Aunque en los papeles así fuere, este último punto no está tan claro en el sistema de salud. Si bien se trata de una condición necesaria, no es suficiente: “si se comprenden las características enunciadas de la práctica de la enfermería, entonces la discusión sobre la gestión del cuidado tiene que girar alrededor del saber enfermero” (Aspiazu 2017, p. 30), y no sobre el saber biomédico. Al respecto señala Serdarevich:

El interés por el desarrollo profesional y la investigación se deja a la iniciativa personal y, en algunos casos, institucional. Parece que las normas se orientan más a superar coyunturas que a legislar hacia el futuro. [...]. Estamos en deuda con la formación científica y académica. La Ley 24.004 no establece distinciones en las funciones profesionales de quienes han podido acceder a mayores oportunidades educativas (2017, p. 90).

La Ley también definió los niveles para el ejercicio auxiliar y profesional, frente a aquella de 1969, cuyo uso del término “profesional” era bastante ambiguo, y prohibió la práctica empírica como ejercicio legal.

Otro hito a mencionar es el proyecto de Ley de Emergencia de la Enfermería de 2008, donde (el artículo 43 de la Ley 24.521) señala que las carreras de enfermería debían ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) y alentaba a la profesionalización de los auxiliares: “A partir de la implementación del plan de desarrollo de la enfermería, las entidades formadoras tuvieron que realizar cambios curriculares, adaptar horarios de práctica y consensuar modalidades de evaluación” (Serdarevich 2017, p. 88). Punto que no es menor, pues en el marco de la Ley 26.058 (de Educación Técnico Profesional, en 2007), se permitió la creación de las “tecnicaturas en enfermería” para realizar tareas de nivel de complejidad intermedia, siempre a la par de la escasez profesional en el sistema de salud. Sin embargo, el título final seguía siendo “enfermero” lo que trae reminiscencias del Decreto-Ley 17.132 de 1967.

La historia hasta aquí contada muestra cómo la enfermería se va conformando desde una profesión ligada a lo femenino, lo doméstico y lo empírico, tortuosamente, un camino hacia lo profesional:

El desarrollo del conocimiento técnico/profesional pone de manifiesto las vicisitudes del recorrido histórico de una profesión que ha cambiado de un enfoque pietista, limitado a la atención del paciente, hacia la óptica de una disciplina de alto valor social [...], salud como derecho, construcción social y meta compartida. (2017, p. 91)

Sin embargo, aún falta un análisis profundo sobre las modificaciones de los componentes teóricos, desde el curar hasta el cuidar holista que se pregona con una autonomía en su praxis, aún caracterizada por “el arte de cuidar”. Este cuidar enfermero, aunque independiente en los papeles, aún se encuentra bajo la sombra de la hegemonía biomédica y los roles de género. “El colectivo profesional de enfermería oscila entre la técnica y la necesidad, el principio de autonomía y la colaboración, la diversificación de títulos y la unidad de funciones. De este modo, transitar hacia la identidad parece ser un combate con un gigante desorientado” (2017, p. 90).

De este análisis histórico podemos concluir que la trayectoria profesional institucional de la disciplina de la enfermería en Argentina ha redundado en la constitución de un escenario donde la imagen que se proyecta es la de una profesión feminizada, asociada al cuidado “maternal” pero sistematizado en prácticas técnicas protocolizadas, subsidiarias de la tarea de la curación médica. Esta última mantiene su imagen como la central del sistema de salud, y en tal sentido, corresponde a los médicos, históricamente, la hegemonía de las decisiones relacionadas a este ámbito. Los intentos de elevar el estatus epistemológico de la enfermería brindando bases científicas a la formación llevaron a la introducción en las currículas de conocimiento biomédico, lo cual no redundó en el aumento de la autonomía de la profesión, por el obvio motivo de que tal conocimiento es el constitutivo de la profesión de la medicina. Así, dicho conocimiento mejora la comunicación con los médicos y por ende contribuye a aceitar el proceso de acatamiento de órdenes, pero no es de ningún modo un conocimiento propio y complementario de la profesión enfermera. No es que no existan teorías y modelos propios en la disciplina (ver Alligood, 2014; Federico & Giri, en prensa), sino que, como lo señala nuestra indagación histórica, aparecen en la planificación de las currículas muy recientemente y de modo marginal. Éste es el escenario en el que el sistema de salud se encontraba en el momento en que se desató la pandemia por el COVID-19.

A continuación, procederemos a indagar en la imagen de la profesión de la enfermería que se formó durante el devenir de la pandemia por el COVID-19 en la Argentina.

3. La imagen de la enfermería en la actual pandemia

Antes de la pandemia, la imagen pública de la enfermería ya era paradójica, entre la imagen de una mujer sacrificada, samaritana, o una mujer de vida licenciosa. La no coincidencia entre la identidad profesional y la imagen pública es porque esta última

convive aún con la imagen de una profesión escasamente cualificada, de una actividad que por sus características está estrechamente ligada al género femenino, o con la imagen de la enfermera que ha condicionado determinado cine, sobre todo el cine porno y la publicidad, y que ha presentado a la enfermera cuanto menos como una mujer frívola, sexualmente atractiva y provocadora, en la que prevalece el escaso nivel intelectual, la nula capacidad de decisión y la subordinación a otros profesionales (Calvo Calvo, 2011, s/p).

Por el otro lado, señalan Girvin, Jackson y Hutchinson (2016), basados en una revisión sistemática de las narrativas que aparecen en artículos en inglés entre 2010 y 2015, que si bien los profesionales en enfermería gozan de una enorme confianza por parte del público, esta confianza está lejos de basarse en el conocimiento del impacto de dichos profesionales en la salud. Más bien se sostiene bajo “estereotipos tradicionales”, más sentimentales, sobre una mujer joven, desinteresada y trabajadora. Esto, veremos, no ha cambiado durante la pandemia.

Señala Dalmaso en su “Tercera carta a Florence Nightingale”, escrita al calor de pandemia que: “si nos quieren dar un cumplido somos seres etéreos y alados sin sexo, del otro lado de la moneda la maquinaria pornográfica erotiza, empaqueta y vende un estereotipo “caliente” (que deberíamos haber registrado para al menos reclamar regalías)” (2020, septiembre 15, s/p).

Por otro lado, los profesionales de la enfermería no tienen una fuerte presencia en los medios, e incluso, resultan ignorados:

tenemos que hacer todo lo posible para que esos medios que nos ignoran, conozcan la verdadera calidad profesional, científica y humana de las enfermeras y lo mucho que aportamos a la salud de las personas, y lo que es más importante, se lo transmitan fielmente a la sociedad y así esta no nos ignore. Si no estamos en los medios, no existimos” (Calvo Calvo, 2020, s/p).

La contracara, denotan los surveys del campo de la Comprensión Pública de la Ciencia y la Tecnología, es la imagen pública de la medicina, altamente valorada, dónde aún hoy la fórmula “mi hijo/a el/la doctor/a” refleja la distribución de los poderes en el entramado social, al menos en estas latitudes (Federico et al., 2021).

Aparece de esta manera sobre la profesión, una sensación de “carencia de competencias”. Los profesionales en enfermería siempre parecen estar en “déficit de conocimiento” frente a los médicos.

Quando digo que trabajo en enfermería habitualmente me miran con cara de simpatía, como que da ternura la profesión. Surge una admiración por la ya mencionada vocación, y el sacrificio. Sigue escuchándose un “¿no pensás seguir estudiando para ser médico?” (como si fuéramos profesionales incompletos a medio hacer) o incluso en ocasiones alguien te pregunta: “¿para ser enfermerx hay que estudiar algo?” Tienen la imagen de que somos algo así como ayudantes (acéfals) de lxs médicxs, no saben que parte de nuestro trabajo puede depender de las indicaciones médicas pero también tenemos tareas autónomas, y podemos desarrollarnos en espacios independientes. (Dalmasso, 2020, mayo 12, s/p)

Esto resultaba esperable, dado que son las “representaciones” de la salud lo que determinará la manera en que las personas se relacionarán con el mundo sanitario. Si esas representaciones pertenecen al saber médico, será la medicina quien determinará cuáles son las opciones legítimas acerca de lo que se considera salud o enfermedad. Pese a que la OMS se ha corrido del eje dicotómico salud/enfermedad a una visión más holista de la salud, entendida ahora como “bienestar” (integrando factores biológicos, psicológicos y sociales), lo cierto es que en el sistema de salud aún sigue primando el enfoque biomédico, de corte “naturalista” y “reduccionista” (De Ortúzar, 2006; Saborido, 2020). Nada indicaba que algo de esto pudiera llegar a cambiar por desatarse una crisis sanitaria global como la del coronavirus.

Este punto para nada es menor, ya que atiende a la propia conformación del campo disciplinar. La enfermería, mayoritariamente ejercida por mujeres, se encuentra constituida por la concepción de que la condición femenina se encuentra ligada a lo “maternal”, a lo “amoroso” y al “cuidar” innato.

Durante mis primeros años creo que respondí a lo que el resto demandaba, primaba la obediencia silenciosa a lxs superiorxs y una suerte de entrega: lo más importante (por sobre mí mismo) eran lxs pacientes. Me llevó tiempo darme cuenta de algunas cosas. Habitualmente para el mundillo enfermeril es buen enfermerx quien trabaja “sin chistar y haciendo un poquito de más”, quien asciende jerárquicamente, quien acumula títulos, quien se especializa. Y yo estaba interesadx en poder correrme de lo individual

para hilvanar en lo colectivo. Podía tensionar la realidad desde mi cotidianidad y mi profesión, y por eso empecé a explorar líneas de fuga en torno a los géneros de la violencia. La cosa no fue fácil, quienes intentamos hacer estos movimientos nos encontramos con muchas estructuras en contra: el techo del estereotipo profesional (del que ya te vine contando), junto a los determinantes que se proyectan desde las ciencias de la salud, que sigue siendo biologicista y cisheteropatriarcal. (Dalmasso, 2020, septiembre 15, s/p)

Dicha concepción le dio forma a la profesión, a los discursos que operaron en ella y a las políticas aplicadas en el sector. La justificación de la división de trabajo en el ámbito sanitario también se apoyó en esta naturalización.

Muchas veces nos quejamos del estereotipo social de nuestra profesión pero no asumimos de qué forma contribuimos a eso de lo que renegamos, y cómo favorecemos prejuicios y estereotipos ajenos. Nos quejamos de que no tenemos poder en las instituciones que ayudamos a construir y sostener, porque como nos recuerda la enfermera brasileña Denis Gastaldo (releyendo a Foucault) hemos participado de nuestra opresión y paradójicamente somos el colectivo de trabajadores de la salud más grande en el mundo. No analizamos la microfísica de poder y no aceptamos que los cuidados sean una actividad política. (2020, junio 4, s/p).

Construir esta formación disciplinar propia implica que los involucrados signifiquen la enfermería, y a sí mismos, como “profesionales”, con un corpus teórico propio que sustenta su práctica y no como una vocación, que se identifica con “haber nacido para”, “tener el don” o “sentir el llamado” para ejercerla, advierte Aspiazu (2017). Lo mismo ocurre con la praxis enfermera que se sigue identificando con “el arte del cuidado”, vinculada con una formación históricamente técnica, moral y acientífica a diferencia de la praxis médica, a la que se identifica muchas veces como “ciencia aplicada”.

En la órbita política esta imagen que hemos descrito se vio perpetuada durante la pandemia. En la Argentina, señalan Ramacciotti y Rayes,

los saberes de los expertos médicos alcanzaron un sitial de privilegio a la hora de asesorar al Estado [...]. A los pocos días de detectarse los primeros casos de la covid-19 se conformó una “comisión de expertos” integrada por profesionales de la salud [...] provenientes de la infectología, la epidemiología y la medicina clínica” (2020, p. 18).

Lejos de ser una novedad histórica, continúan, la notoriedad pública de los médicos como “asesores expertos” de los *policy makers* trasciende la actual pandemia y evoca “una larga

trayectoria a través de la cual diversos profesionales del *arte de curar* sostuvieron una performance técnica, política y pública” (2020, p. 18, la itálica es nuestra).

¿Qué papel ocupan en este entramado los profesionales en enfermería? Si bien hace dos años se creó la Dirección de Enfermería en el Ministerio de Salud, la respuesta nos llega de la mano de Carla Vizzoti, Ministra del sector: “Hemos visto imágenes muy lindas, de enfermeros yendo a caballo muchísimos kilómetros para poder inocular a todos los argentinos [...]. En algunos casos son los vacunadores los que se desplazan a inmunizar a las familias que no tienen acceso sencillo a los centros. Parece épico porque en verdad lo es” (Esteban, 2021, p. 2). La imagen de sacrificio y falta de recursos es elocuente con el lugar que ocupan dichos profesionales en el imaginario colectivo: “se sostiene una idea de altruismo en donde importa tanto el bien ajeno que ni siquiera puede pensar en sí mismo” (Viú, 2021, s/p).

El sector de enfermería, aunque trabaja en atención directa, no tuvo participación en los comités de crisis. “Muchos otros saberes que tendrían bastante para aportar sobre las formas de evitar contagios y cuidar, en el sentido de ponerse en el lugar de ese otro al que se cuida, están ausentes en el debate público” (Ramacciotti, 2021, p. 238). Es que “(e)l foco sigue puesto en la reactualización del modelo médico biológico hegemónico [...]. Hay un montón de personas que en salud tratamos de tensionar ese modelo pero dado el contexto eso se reactualiza” (Viú, 2021). Sin desmedro de los valiosos aportes que hacen los médicos, hay otras voces que no se escuchan, entre ellas las de enfermería. Lo cierto es que no todos los profesionales de la salud gozan de la misma jerarquía dentro del ámbito sociosanitario (Ramacciotti, 2020).

Esta distinción de tareas denotada entre grupos de profesionales de la salud también se hizo patente en el discurso político. Como se señala en Federico, Pérez y Senones (2020), el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) fue impulsado por el Gobierno Nacional Argentino como el método principal mediante el cual la estructura del Estado abordaría, a gran escala, la problemática sanitaria desatada por una pandemia causada por un virus para el cual aún no existía vacuna. Bajo el lema “Reduciendo el contacto, se reducirán las posibilidades de contagio” se propone el ASPO como primera medida sanitaria.

Una medida de semejante magnitud, que comenzó el 20 de marzo, precisó de consensos y acuerdos en la ciudadanía para poder sostenerse durante los primeros meses con una alta aceptación. Aunque útil para fortalecer un sistema de salud bastante deteriorado, en la renovada prolongación del ASPO fueron surgiendo cada vez más críticas por parte de algunos sectores de la ciudadanía afectados por dicha medida, corporizados por ciertos medios de

comunicación masivos y sectores con poder económico (ver Feierstein, 2021). Ante la crecida de esta demanda, el Presidente de la Nación Alberto Fernández argumentó en reiteradas ocasiones la importancia de esta estrategia política de prevención adoptada por el Estado. Para hacerlo, retomó, en varias oportunidades, diversas apreciaciones asociadas al concepto de “cuidado”. En tales discursos se identificó, en general, una mirada del cuidado cargada de representaciones asociadas al discurso biomédico o al de sentido común. Esto se dio tanto al simplificar la caracterización del cuidado vinculándolo con un “remedio” (en el sentido farmacológico), al entender la “salud” y “enfermedad” como pares dicotómicos (y no asociado al “bienestar”), al descomplejizar el proceso de salud-enfermedad-atención, así como al adjudicar una mirada “amorosa” e individual a un proceso colectivo y fundamentado científicamente (p.e. “estamos enamorados de la vida y por eso la cuidamos tanto”, Fernández, discurso del 26 de junio, 2020).

Podemos pensar estos distintos usos del concepto “cuidado” (o incluso su ausencia) en los discursos de los dirigentes y tomadores de decisiones políticas como una manifestación de aquellas representaciones que construyen el universo discursivo de nuestra sociedad y, en retroalimentación, van configurando un imaginario colectivo acerca del cuidado, el *locus* del quehacer enfermero.

Como parte del conjunto de las representaciones que se tejen en el campo de la salud y en el ámbito de lo social, en este punto del artículo hemos señalado cómo, en lo que va de la pandemia, los roles y caracterizaciones sobre las profesiones de la salud, no se han modificado con respecto a aquellos históricamente delimitados.

Dedicaremos entonces la próxima sección a analizar la situación hasta aquí esbozada mediante un enfoque epistemológico, bajo el supuesto de que la imagen de la enfermería que hemos descripto enfatiza algunas de las características constitutivas del conocimiento disciplinar específico de la profesión en desmedro de su componente científico.

4. La naturaleza del conocimiento enfermero: lo que se ve y lo que no

Si bien un análisis profundo desde el punto de vista epistemológico de la enfermería requeriría mucho más espacio, en aras de la brevedad y con fines argumentales, adscribiremos *in toto* al estudio clásico de Barbara Carper (1978). Esta autora estableció que el cuerpo de conocimientos que da soporte a la enfermería se manifiesta por “patrones”, formas características de expresión externa e interna que dejan ver la forma como se piensa sobre un

fenómeno. Los patrones no aumentan el conocimiento, más bien ponen su atención en el significado de conocer y sobre las clases de conocimiento que son de mayor ayuda para la disciplina de enfermería (Durán de Villalobos, 2005). Estos son cuatro: el empírico o ciencia de enfermería, el ético o componente moral, el estético o arte de enfermería y el conocimiento personal.

El conocimiento empírico o científico refiere a “a la sistematización y organización del conocimiento fáctico en forma de teorías que expresan claramente el comportamiento de los fenómenos de la salud” (2005, p. 94). Está claro que la enfermería requiere conocimiento ético para su práctica profesional, pero el conocimiento ético va más allá del conocimiento de normas legales, “incluye todas aquellas acciones voluntarias que son deliberadas y sujetas al juicio de lo bueno o malo, incluyendo juicios de valor moral relacionados con motivos, intenciones o formas de carácter” (2005, p. 91). El conocimiento estético permite imaginar posibilidades y representaciones creativas “con posibilidades de transformar el comportamiento de los pacientes y de la enfermera con el fin de desarrollar significados expresados en su proceder” (2005, p. 93). Finalmente, el conocimiento personal es uno de los más importantes cuando la salud se entiende en términos de bienestar:

Sí enfermería se entiende como un proceso interpersonal que requiere interacciones, relaciones y transacciones entre el paciente y la enfermera, no cabe duda de la necesidad de que la enfermera se conciba como un ser terapéutico y, por lo tanto, debe conocerse interiormente [...]. Conduce a la discusión sobre las formas de intervenciones con los pacientes y el respeto por sus características individuales, al mismo tiempo que se mantiene la responsabilidad profesional. (2005, p. 88)

En nuestro estudio histórico y luego en la descripción de la imagen socialmente constituida de la enfermería durante la pandemia, puede buscarse cómo se manifiestan tales patrones. Nuestra hipótesis es que el modo en que se ha configurado la profesión resalta (y enaltece, con justicia) al patrón ético, *el estético* y al personal, tres patrones interconectados en su accionar, pero invisibiliza e ignora el empírico (científico), el cual, cuando tímidamente asoma, lo hace en forma de un conocimiento biomédico diluído, pero no como conocimiento científico-tecnológico enfermero específico y complementario al anterior.

El contexto actual de pandemia puso de manifiesto distintos dilemas propios del patrón ético, dilemas relacionados con la vulnerabilidad de los principios bioéticos como el de autonomía o el de justicia. Entendemos al principio de autonomía, en términos de Correa y Javier (2009), no sólo como el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del

paciente, a través del proceso del consentimiento informado, sino también el deber ético de los profesionales de promover la competencia y de ayudar -sin paternalismos- a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable. En tanto para el principio de justicia, se propone respeto a un derecho, protección de un paciente vulnerable y no discriminar de modo injusto los recursos en una decisión de limitación de tratamientos. Ambas situaciones se vieron vulneradas en el contexto actual de pandemia, como señalan distintos testimonios recopilados en Fernández-Castillo *et al.* (2021), de profesionales de enfermería en cuidados intensivos:

La soledad que está provocando esta enfermedad es la peor, [...] antes de esto, un paciente intubado no te entendía al hablar quizás, pero vio tu sonrisa, ahora ni eso... no sabes quién te cuida... (2021, p. 401)

Cuidar a los pacientes es lo peor, porque estoy acostumbrado a tocarlos, porque el EPI (equipo de protección) hace imposible que te identifiquen, que sepan quién eres, que eres su enfermera. Si necesitan algo te llamarán, pero no podrás entrar cuando quieran [...] No estoy preparada para darle la espalda al paciente, cuando vuelvo a casa estoy muy cansada, pero no porque mis pies duelen, sino porque me duele el alma. (2021, p. 401)

Hemos vivido muy mal el tema familiar. Es una lástima muy grande. Hemos enviado música a algunos pacientes, cartas, mensajes, videos. Por otro lado, es horrible, porque estás muy consciente de que esta familia no ha podido despedirse de las personas que han fallecido, y eso es un duelo patológico directo. Y creo que hay que decirle a la familia que su pariente no ha muerto solo, porque ese sentimiento es desgarrador. (2021, p. 402)

El patrón ético implica no sólo reconocer que estas situaciones vulneran los mencionados principios bioéticos, sino lidiar con tales escenarios de vulnerabilidad con soluciones creativas, que se expresan también en el patrón estético.

Entre las muestras de creatividad expresadas por el colectivo de enfermería, podemos destacar al abrazómetro⁵ en un hogar de ancianos, donde se estableció un sistema de mangas con bolsas de plástico a través de una ventana para que los familiares colocaran sus brazos dentro de esas mangas plásticas y abrazaran a sus familiares. En varios hospitales se utilizaron teléfonos celulares o tabletas para establecer comunicación entre las personas internadas y sus familiares, en muchas ocasiones al ser trasladados de las salas de internación clínica a las salas

5 <https://www.infobae.com/sociedad/2020/05/29/el-ingenioso-metodo-de-un-geriatrico-de-tandil-para-que-los-residentes-vuelvan-a-abrazar-a-sus-familiares/>

de terapia intensivas o instantes antes de ser conectados a los respiradores mecánicos. En otro caso un grupo de enfermeras atendió a niños según protocolos y como la visualización de la cara era escasa utilizaron una gran foto en el pecho del camisolín para que el niño viera claramente qué enfermera lo estaba atendiendo, que era la enfermera que lo atendía desde el principio del proceso terapéutico solo que ahora estaba con camisolín, barbijo, máscara y cofia. Estas expresiones creativas son parte del patrón estético, pero atienden también a disminuir las vulneraciones detectadas a través del patrón ético, y, por supuesto, son a su vez manifestaciones del patrón personal, en tanto refieren a las relaciones interpersonales enfermero-paciente que constituyen una característica nuclear de la profesión.

El tercer patrón, expresa la destreza de la profesión para desarrollar con habilidad las actividades, “lo cual concuerda con la conceptualización temprana del arte de enfermería” (Durán de Villalobos, 2005, p. 93). Esta habilidad se deriva de la habilidad técnica manual. La conducta moral de la práctica, el segundo patrón, se convierte en un aspecto prioritario para poder generar un acto estético.

En este punto se presenta uno de los problemas que hacen a la imagen de la enfermería. El patrón empírico, que hace al conocimiento científico, resulta ser el menos visible en la imagen social de la enfermería. La evolución histórico-institucional de la profesión y la romantización de la misma parecen no dejar lugar a que el conocimiento científico específico sea parte constitutiva de su imagen. Incluso en esta situación de pandemia, los patrones estético, ético y personal son los enfatizados en la imagen pública de la profesión:

Sin duda, la más importante aportación de la poesía a la enfermería radica en la clarificación de su naturaleza trascendente mediante la revelación de su objeto-sujeto: el ser humano. La persona como núcleo, como materia prima con la que trabaja la enfermera para "producir su obra". No hay ningún artista que trabaje con una materia prima tan sumamente frágil, delicada, compleja, única e irreplicable... he ahí su carácter trascendente (Siles, 2020, s/p).

Sin embargo, aunque oculto, el patrón científico es de máxima relevancia para la tarea enfermeril:

El *acto artístico* significa hacer lo que se debe hacer, en el momento preciso, logrando que el paciente y la enfermera tengan certeza de la bondad de la intervención. Ninguna persona que esté familiarizada con la literatura de enfermería puede negar que *el mayor énfasis que se ha dado al desarrollo del conocimiento está cifrado en la ciencia de enfermería*. No obstante existe, por otro lado, una admisión tácita que se puede describir como que, por lo menos en parte, enfermería es un arte. Pero lo que

generalmente se entiende como arte en enfermería se refiere a las categorías de trabajos manuales o a las habilidades técnicas de la práctica de enfermería. *Nada más erróneo.* (Durán de Villalobos, 2005, p. 92; el resaltado es nuestro)

La idea de que el fundamento científico de la enfermería sea el conocimiento biomédico, históricamente hegemónico, atenta contra la intencionalidad del colectivo enfermero por conformar una disciplina autónoma, pues tal conocimiento en general es reductivo (es decir, no tiene en cuenta al mismo tiempo las dimensiones psicológica y social de los pacientes, y por ende de alguna manera interfiere con los patrones éticos, estéticos y personales), y, como ya afirmamos, se imparte a niveles que nunca pueden ser los mismos que en el caso de los médicos, los cuales permanecen siendo visualizados (y siéndolo de hecho) como las autoridades del sistema de salud. El conocimiento específicamente enfermero, cuyo centro epistémico y práctico es el “cuidado”, tiene poca circulación, pero en la pandemia se ha manifestado en tareas fundamentales:

A nivel global, la contribución a la pandemia que han realizado los profesionales de enfermería, podría resumirse en cinco ámbitos claves; a) ámbito educativo, b) aplicación del Programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud y vigilancia epidemiológica, c) planificación de cuidados profesionales en hogares de larga estadía, d) cuidados específicos dirigidos a grupos de riesgo: personas inmunodeprimidas o portadoras de enfermedades crónicas (hipertensión, obesidad y diabetes), y d) atención directa a pacientes COVID-19 que se encuentran en condición crítica o aguda. (Campillay-Campillay et al. 2021, pp. 90-91)

Y además “Manejar estos aspectos, ha constituido un desafío constante para las enfermeras que han priorizado el bienestar de los pacientes por sobre su autocuidado y disminuido al mínimo la posibilidad de causar daño por efecto de la atención” (2021, p. 91).

En definitiva, afirmamos que el fenómeno de injusticia epistémica que sufre el colectivo enfermero, manifiesto en el bajo reconocimiento de su estatus epistemológico y su sumisión a la medicina se explica por la trayectoria histórica de la profesión y su feminización, y los intentos de rescatar su devaluada imagen (necesarios en cuanto a su rol fundamental en el sistema de salud) han redundado en una romantización que enaltece las virtudes epistemológicas relacionadas a los patrones éticos, estéticos y personales, pero no los científicos. Esta situación no sólo no modificó su estructura durante la pandemia por el COVID-19 sino que la profundizó. Cualquier camino hacia la jerarquización de la profesión debería tener en cuenta este diagnóstico, y en tal sentido, no sólo reivindicar la profesionalización mediante la incorporación de conocimiento biomédico (que obviamente es

necesario para ejercer correctamente muchas de las funciones que realizan los profesionales de enfermería) sino también los saberes propios y específicos de la enfermería.

5. Conclusiones

En este artículo tratamos de señalar cómo los aspectos socialmente valorados de la enfermería, cuando los hay, son los mismos que se arrastran desde el propio proceso de formación disciplinar. En la primera parte del siglo XX el perfil de la profesión fue influenciado por la tradición religiosa, impresa en “el sacrificio” y la “vocación”, por la cosmovisión anglosajona, con la profesionalización y separación de las tareas empíricas, y por el peronismo, con acento en lo social, manifiestas en lo “maternal”, “heroínas del orden” y “buenas administradoras”. En las décadas siguientes el camino de la profesión fue marcado por los organismos internacionales, donde el peso estaba puesto en una mayor formación tecnocientífica pero bajo la hegemonía biomédica (Faccia, 2015). Estos aspectos, que están fuertemente arraigados a los roles de género socialmente construidos, se instancian en el sistema de salud.

Todo ello se ha fijado por tanto en el imaginario colectivo. Sin embargo, las teorizaciones del campo disciplinar contemplan que, aunque esos aspectos entendidos como patrones estéticos, éticos y personales, son de vital importancia, en su praxis utilizan también un patrón científico. Paradójicamente este último ha quedado excluido en la mirada social de la enfermería.

Nuestro análisis nos lleva a señalar que, al cargar las tintas sobre tres patrones en lugar de cuatro, no se aboga por la autonomía de la profesión sino exactamente lo contrario. Según nuestro diagnóstico entonces, la estrategia de abogar por el estatus epistemológico exclusivamente desde estas dimensiones constitutivas de la profesión resulta entonces contraproducente, y profundiza la injusticia epistémica que sufre el colectivo históricamente.

En definitiva, este punto es el que hemos desarrollado aquí, señalando que las estrategias en busca de la autonomía deberían incluir, sin desmedro de las dimensiones interpersonales, estéticas y éticas, también las epistémicas. El conocimiento científico riguroso que permite que las prácticas de cuidado sean efectivas y que caracteriza a los profesionales de la enfermería también es parte integral de aquello que los hace especiales.

6. Referencias

- Alligood, M. (2014). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier.
- Armus, D. (2020, septiembre 16). La post-pandemia entre los vaticinios de cambios profundos y las modestas oportunidades. *Revista Ñ*.
https://www.clarin.com/revista-enie/ideas/viviremos-pos-pandemia-vaticinios_0_17mFyMmZp.html.
- Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, 11-35.
- Baliña, P. (1903-1904). ¡Mujeres! *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, 3, 751-753.
- Calvo Calvo, M.A. (2011). Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index de Enfermería*, 20(3), 184-188.
- Calvo Calvo, M.A. (2020). *Salud, cuidados y comunicación*. [Blog personal]
<https://macalvoc.wordpress.com/articulos-de-salud-y-cuidados>
- Campillay-Campillay, M., Rivas-Rivero, E.S., Dubó-Araya, P.A., Pavéz-Lizarraga, A., Galdames-Cabrera, L., & González-Nahuelquín, C. (2021). Contribución y desafíos de las enfermeras en tiempos de COVID-19: una revisión narrativa de la literatura. *Cultura de los Cuidados*, 25(60). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.esp2.07>
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advance of Nursing Science*, 1(1), 13-23.
- Carrillo, R. (1949). Elogio de la enfermería. *Enfermería*, 1(1), 3-4.
- Correa, L., & Javier, F. (2009). Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta bioethica*, 15(1), 70-78. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100009>
- De Ortúzar, M. (2006). Análisis crítico del concepto de enfermedad como criterio de acceso a la atención de la salud: "naturalismo" vs. "normativismo". *Revista latinoamericana de filosofía*, 32 (1), 73-101.
- Dalmaso, S. (2020, mayo 12). Primera carta a Florence Nightingale. Todo lo que usted siempre quiso saber sobre la enfermería y no se atrevió a preguntar". *Página/12*.
<https://www.pagina12.com.ar/265211-todo-lo-que-usted-siempre-quiso-saber-sobre-la-enfermeria-y->
- Dalmaso, S. (2020, junio 4). Segunda carta a Florence Nightingale. La politización del cuidado. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/270066-la-politizacion-del-cuidado>
- Dalmaso, S. (2020, septiembre 15). Última carta a Florence Nightingale. Ese silencio no es salud. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/292009-ese-silencio-no-es-salud>
- Durán de Villalobos, M.M. (2005). La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*, 5(1), 86-95.
- Esteban, P. (2021, junio 20). Vacunas: la estrategia para llegar a todos los rincones del país. *Página/12*. <https://www.pagina12.com.ar/349397-vacunas-la-estrategia-para-llegar-a-todos-los-rincones-del-p>
- Faccia, K. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En C. Biernat, J.M. Cerdá & K. Ramacciotti (Eds.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 315-326). Editorial Universidad Nacional de Quilmes.

- Federico, L., & Giri, L. (en prensa). Organizing Nursing Knowledge from Metatheoretical Structuralism's Point of View. En C. Abreu (Ed.), *Philosophy of Science in the 21st Century: Contributions of Metatheoretical Structuralism*. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Federico, L., Pérez, S., & Senones, M. (2021). Las representaciones sociales de la Enfermería: un círculo vicioso que la pandemia no pudo romper. *Tecnología & Sociedad*, 10, 23-50. <https://doi.org/10.46553/TYS.10.2021.p23-50>
- Federico, L., Pérez, S., & Senones, M. (2020). Políticas del cuidado, enfermería y pandemias. En Giri, L & J. Sutz (Eds.), *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica* (pp. 163-179). Asociación de Filosofía e Historia de la Ciencia del Cono Sur.
- Feierstein, D. (2021), *Pandemia. Un balance social y político de la crisis del COVID 19*. Fondo de la Cultura Económica.
- Fernández-Castillo, R.J., González-Caro, M.D., Fernández-García, E., Porcel-Gálvez, A.M., & Garnacho-Montero, J. (2021). Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 26, 397-406.
- Fricker, M. (2006). *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Fuentes-Bermúdez, G.P. (2020). Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. *Revista Colombiana de Enfermería*, 19(1), e017. <https://doi.org/10.18270/rce.v19i1.2970>
- Girvin, J., Jackson, D., & Hutchinson, M. (2016). Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 994-1006. <https://doi.org/10.1111/jonm.12413>
- Grierson, C. (1902). *Instituciones de enfermeras y masajistas en Europa y Argentina*. Peuser.
- Marañón, G. (1920). *Biología y feminismo*. Imprenta del Sucesor de Enrique Teodoro.
- Martin, L.A. (2015). Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940). En C. Biernat, J.M. Cerdá & K. Ramacciotti (Eds.), *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 257-274). Editorial Universidad Nacional de Quilmes.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo* (informe SoWN). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Pereyra, C. (1949-1950), Curso de enfermería sanitaria del Ministerio de Salud Pública de la Nación. *Archivos de Salud Pública*, VI-VIII, 279.
- Pullen, B. (1940). Our South American Colleagues, Argentina. *American Journal Nursing*, 40(1), 47-52.
- Roffo, A. (1942). La enfermera de cancerología. *Primer Congreso Panamericano de Enfermería*. Universidad Nacional de Santiago de Chile.
- Saborido, C. (2020). *Filosofía de la medicina*. Tecnos.
- Ramacciotti, K. (2020, septiembre 17). Cuidar en tiempos de pandemia. Epidemia, pandemia y COVID-19 desde la historia. *Ciclo internacional de conferencias a distancia. Instituto de Investigaciones Históricas-UNAM*. [Archivo de video] <https://youtu.be/YHofNLYcz7o>
- Ramacciotti, K. (2021). La enfermería argentina en tiempos de crisis sanitaria. En Campos, R., Perdiguero-Gil, E. y Bueno, E. (eds). *Cuarenta historias para una cuarentena: reflexiones*

- históricas sobre epidemias y salud global* (pp. 232-238). Sociedad Española de Historia de la Medicina.
- Ramacciotti, K., & Rayez, F. (2020). La pandemia de coronavirus y el consejo de los expertos médicos. Reflexiones desde la historia. *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales*, 1(25), 17-32.
- Ramacciotti, K., & Valobra, A.M. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En C. Biernat, J.M. Cerdá y K. Ramacciotti (eds.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (pp. 287-306). Editorial Universidad Nacional de Quilmes.
- Ramacciotti, K., & Valobra, A.M. (2017). El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización de la enfermería en Argentina 1949-1967. *Dynamis*, 37(2), 367-387.
- Siles, J. (2020). De pandemias, sentimientos y enfermería. *Cultura de los Cuidados*, k(56) <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.56.01>
- Serdarevich, U. (2017). Legislación en enfermería: el sinuoso camino hacia la autonomía. *Revista Colombiana de Enfermería*, 14(12), 82-92.
- Viú, T. (2021, mayo 23). Crónicas de un colapso anunciado. *EnREDando*, <https://www.enredando.org.ar/2021/05/23/cronica-de-un-colapso-anunciado/>