



SURGIMIENTO DE LA ENFERMERÍA MODERNA

Mitos victorianos, tecnologías de poder
y estrategias de género

Dedicatorias

Queremos agradecer muy especialmente a un conjunto de profesionales líderes en la región de las Américas que nos abrieron las puertas para compartir las inquietudes de su profesión y nos enseñaron a quererla. Con el riesgo de ser injusto mencionaremos especialmente a Maricel Manfredi, a Gladys y Margot Zárate, a Gertrudes Escajadillo, a Rosa María Nájera, a Teresa Ballivián, Alma Carrasco. En ellas queremos saludar a todas las excelentes profesionales y docentes de enfermería, especialmente de los países de la región andina, con quienes tuvimos el gusto de interactuar en seminarios de planificación estratégica por casi una década. Los agradecimientos más recientes son para la Maestría de Gestión de Servicios de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario en Argentina, cuya presencia se ha extendido a diferentes provincias del país formando líderes y gestoras que amplían los horizontes de la profesión.

Queremos expresar también un especial agradecimiento a Analía Bertolotto por su exhaustiva y estimulante revisión de los borradores y sus aportes al resultado final que hoy les presentamos.

Florence Nightingale -con la contribución de William Farr-, publicó datos sobre la mortalidad diferencial del personal de enfermería en los quince principales hospitales de Londres en 1858. Comparó la mortalidad específica con mujeres de la misma edad y concluyó: *“si asumimos que la mortalidad por enfermedades comunes debería ser igual entre las enfermeras y la población femenina, y si además agregamos las muertes por enfermedades epidémicas, encontramos que las enfermeras exceden la mortalidad entre la población de mujeres de la metrópoli en cerca de un 40%. La pérdida de una enfermera bien entrenada por una enfermedad prevenible es una pérdida mayor que la de un buen soldado por causa semejante. El dinero no puede reemplazar a ninguno de ellos pero una buena enfermera es más difícil de encontrar que un buen soldado.”*¹

En ese mismo espíritu, este trabajo está dedicado, asimismo, al personal de salud en general y a las enfermeras y enfermeros en particular, de Argentina, de América Latina y el mundo, que ofrendaron su vida enfrentando la epidemia de Influenza A H1 N1 en la Pandemia del año 2009.

Según la Información difundida por la red electrónica de enfermeros de la Argentina, durante el año 2009 Paula Ayala, que prestaba servicio en el Hospital Evita Pueblo de Berazategui, tuvo el triste privilegio de ser la primer enfermera fallecida en Argentina por esta pandemia.

Patricia Baldaño, enfermera y supervisora del Hospital de Vías Respiratorias María Ferrer, falleció a causa de la gripe “A”. Tenía 40 años, era madre soltera de una niña de 13, sostén de familia. Además de una gran persona, humanista y humanitaria, dicen sus compañeros que en el momento de repartir barbijos, ella decidió darlos todos a sus colegas, quedándose sin protección- cuentan que para 108 enfermeros solo había 40 para repartir.

En ellas, nuestro homenaje, de quienes deberían ser recordadas y recordados como quienes fueron: personas que dieron su vida cum-

pliando con su compromiso profesional. A fin de ese año, desde El Agora interesamos a diputados y senadores de la Nación para establecer un homenaje a estas enfermeras. Al poco tiempo, nos informaron que había resultado imposible hacerlo, pues existía el temor en el Ministerio de Salud de la Argentina “que ese reconocimiento desencadenara acciones judiciales”.

Sabemos que si fueran mártires de otra profesión se hubiera pasado sobre este argumento y que, como nos muestra esta investigación, la verdad se abre paso por muchos y diversos caminos. Parfraseando a Michel Foucault “se pueden ocultar algunas cosas en algunos lugares, se las puede ocultar por algún tiempo, pero no se las puede ocultar en todos los lugares y durante todo el tiempo”.

1. NIGHTINGALE, F. Hospitals. Pág.21

Introducción

En el medio de la noche, y con una semioscuridad estudiada, se escucha algún cuchicheo, se adivina un quejido, el sueño se sobresalta con algún ronquido, el escenario: una antigua, aunque un tanto remozada, sala de hospital. El orden reinante, el botón de llamada que monta guardia pero descansa, el goteo perezoso de un suero, las sábanas prolijas, la distribución de las camas, remiten a un protagonista silencioso, presente aún en su ausencia. Una enfermera, varias enfermeras y enfermeros que hacen de esa estadía, de ese edificio, de esa sala un tiempo y un espacio terapéutico, un espacio para reponer fuerzas, para despedirse o para padecer en voz baja aquellas molestias que persisten aún con la medicación, cada paciente con la esperanza de recuperarse, de no necesitar más permanecer allí.

Enfermería, una presencia conocida y estrechamente asociada hoy a los cuidados en diferentes ámbitos hospitalarios, sanatoriales, ambulatorios, domiciliarios, comunitarios, laborales, pero se trata de una profesión sobre la que pocos conocen sus orígenes, mitos y tradiciones. Un mandato que se entremezcla y atraviesa las prácticas cotidianas de su quehacer; una práctica que combina y exige diferentes competencias y habilidades, en donde se entremezclan algunas técnicas y prácticas muy recientes con otras pretéritas.

Esta profesión, moderna y antigua a la vez, indisolublemente asociada a la institución hospitalaria, pero también al consultorio, a los programas comunitarios, a los centros de salud, a la sanidad militar, a los espacios laborales, fue fundada o refundada con sentido moderno y con autonomía de profesión a mitad del siglo XIX. Sin

embargo, su práctica puede ser tan antigua como la historia de la humanidad, tal como aparece en testimonios de hospitales en Egipto, China e India en la edad antigua, varios siglos antes de Cristo.

Al decir de Roland Barthes “las cosas tienden a perder la memoria que alguna vez fueron hechas”; una tendencia que podría extremarse si el objeto, la “cosa” en estudio es nada menos que una profesión completa. En los propios imaginarios profesionales se podría generar la sensación de que viene a llenar una necesidad histórica, que está presente desde el inicio de los tiempos y resultará siempre más difícil imaginarla surgiendo en contextos histórico-sociales concretos, definida por formaciones económicas y moldeada por voluntades políticas.

En otras palabras, hay una funcionalidad en la amnesia selectiva que favorece la naturalización, y borra las huellas de quienes operaron en algún momento perfilando, marcando una profesión, lo que en parte dificulta su reconstrucción.

Algo así es lo que se experimenta cuando, como en este caso, volvemos la mirada a los momentos fundantes de la enfermería moderna. Una práctica que hunde sus raíces en la historia de la humanidad, pero que surge con muchos de sus rasgos actuales a mediados del siglo XIX, en circunstancias y bajo motivaciones que buscamos esclarecer para ayudar a comprender, y con ello quizás a crear condiciones, que puedan desencadenar reflexiones y procesos de cambio de una profesión extensamente mayoritaria dentro del sector salud.

El texto que presentamos a consideración de lectoras y lectores intenta justamente develar aspectos subyacentes en el surgimiento de la enfermería como una profesión moderna que se encuentra simultáneamente fortalecida, pero en cierto modo limitada, por una serie de tradiciones, mitos, formas internas y externas de organización y división del trabajo que se refuerzan adicionalmente con las representaciones sociales que de ella se construyen.

Coincidente con los relatos generados y abundantemente consu-

midos por la educación en enfermería, se reconoce la centralidad de la figura de Florence Nightingale (1820-1910), una mujer de clase alta inglesa, que desde mitad del siglo XIX va a conmover el sistema de salud civil primero y la sanidad militar británica después, y que extendió la influencia de un modelo de enfermera a muchos otros lugares del mundo.

La selección de esta figura no es arbitraria, ya que al presente, Nightingale continúa siendo una referencia obligada de la profesión, y aun cuando se conocen estudios críticos sobre ella, poco se ha explorado sobre cómo poner su figura en perspectiva histórica, más allá del registro biográfico, contextualizando y estableciendo vinculaciones con otros movimientos y fenómenos de su época.

Resulta muy impactante verificar la vigencia y recuperación de la figura de Florence Nightingale por parte de influyentes asociaciones profesionales que publican y difunden materiales vinculados a reinterpretaciones y relecturas de sus escritos y de su quehacer.

Haciendo conciente las dificultades y la complejidad de la investigación que emprendíamos, un puñado de convicciones guió el rumbo del trabajo, entre las cuales ocupa un lugar preponderante el respeto y la valoración de la enorme cantidad de trabajadores de salud, profesionales de diferentes niveles de capacitación, enfermeras y enfermeros que en el día a día muestran su preparación, su compromiso, su involucramiento emocional y su capacidad de deconstruir en cada experiencia concreta, el conjunto de prácticas, saberes y culturas que caracterizan a esta profesión.

Es el respeto y la valoración de las prácticas profesionales por lo que este trabajo se inscribe, básicamente, en la convicción de que una revisión de los mandatos, mitos y ritos de la profesión, re-visitados con una mirada crítica, serán útiles para quienes hacen día a día la enfermería.

Cuando un conjunto de hechos del pasado son colocados bajo la lupa con los valores del presente, las impresiones, especulaciones y conclusiones deben ser cuidadosas y ofrecidas con la suficiente pro-

visoriedad para respetar las miradas prevalentes en cada momento histórico, y evitar que el pasado se caricaturice.

Se procura analizar los relatos más difundidos en torno al surgimiento de la enfermería, ya que es habitual que, a través de los orígenes, se busque confundir Naturaleza e Historia; confusión que conlleva una operación de carácter ideológico. Se utiliza como base, en consecuencia, el concepto de “Mito” según Barthes (2005) lo presenta, en el sentido de un borramiento de orígenes a través de “falsas evidencias”. El mito lleva a cabo una apropiación y una restitución: sólo que lo que se restituye, no es exactamente lo que fue apropiado.

En este trabajo, y a modo de ejemplo, se puede ver cómo “reinstalada” en el ambiente sanitario, a través del nuevo rol de enfermera por virtudes “cuidadoras” atribuidas, naturalizadas y asociadas a lo femenino, las mujeres no son incorporadas en el lugar de sanadoras, una función que habían detentado por siglos.

Las prácticas de cuidado están y estuvieron en muchas culturas, a lo largo de la historia, a cargo de las mujeres, pero naturalizar el cuidado y asumir que cuidar es la esencia de lo femenino, disociado del rol de sanar, puede perfectamente ser considerado como una operación intencional tendiente a reforzar un mito, cuya eficacia se extiende a la escena doméstica o familiar, y a las formas como se modeliza el mercado de trabajo.

Con ello se intenta borrar también que en décadas anteriores - y simultáneamente con el surgimiento de la enfermería moderna durante los procesos del siglo XIX que vamos a explorar hay médicas mujeres formándose en EE. UU y en Inglaterra, y que los conflictos que comienzan a poco de fusionar las diferentes profesiones de predominio masculino que darán origen a la medicina moderna unificada, no logran desbaratar una operación que, a pesar del mito de la larga historia de esta última profesión, resulta casi contemporánea al propio surgimiento de la enfermería moderna.

Medicina y enfermería moderna son así consecuencia de opera-

ciones simultáneas y coordinadas de ingeniería social por parte de utilitaristas y reformadores del siglo XVIII y XIX.

El mito de una enfermera silenciosa, pulcra y disciplinada, purifica, restituye cierta inocencia, y le atribuye una esencia inmodificable. La mujer “confinada” al rol de enfermera se presenta como una realidad no solo sanitaria sino también social, sin contradicciones, borrando las polémicas y las resistencias que se dieron y se dan en torno a esa construcción.

Las fuentes, los testimonios, los registros que utilizamos son heterogéneos: documentos, fuentes literarias, obras plásticas, películas; ya que buscamos reconstruir la historia a través de una intertextualidad, de una polifonía que surge de préstamos recíprocos e hibridaciones. Las formas actuales de investigación histórica ampliaron considerablemente el material a revisar: cada vez más frecuentemente se están utilizando distintos documentos entre los cuales, junto a los textos literarios y los testimonios orales, se incluyen las imágenes. Buscamos una participación de las imágenes que sea enriquecedora para la comprensión de la historia. No se trata de ilustraciones que traduzcan a través de lo visible, el discurso escrito. Las imágenes constituyen un lenguaje polisémico, lo que Derrida llama el juego infinito de significaciones: no son reflejo mimético de una determinada realidad social ni un sistema de signos carentes de relación con el contexto, sino que ocupan un lugar propio entre ambos extremos. Las imágenes no dan acceso al mundo social concreto sino a las visiones de ese mundo propias de una época: con su inclusión confiamos en que el testimonio que brindan se enriquezca al ser situadas en una serie de contextos: cultural, político, internacional.

Desde nuestra posición de autores asumimos que nos interesa un contrato de lectura sensible a las palabras, tanto como a las imágenes, a los topoi y a los micro relatos que dan cuerpo a las ideas. En esta obra más de una vez citaremos datos biográficos, anécdotas, viajes, vivencias de las mujeres que construyeron la profesión. Muchas de estas vivencias nos llegan por sus protagonistas, que las tes-

timonian en cartas y diarios personales. Intentamos llegar a oír sus voces, valorar sus emociones... buscar rastros de sus preocupaciones a través de las huellas que dejaron testimonio de su compromiso, de su involucramiento en cuerpo y alma con el ideal que las desvelaba.

Por último, este trabajo se inserta en una colección en donde lejos de encarar una historia de la salud, o en este caso una historia de la enfermería, intentamos reconstruir las formas como la salud y la profesión de enfermería se entranan en la historia misma decodificando significados y sentidos que una historia endogámica no permite. La pretensión no es menor, ya que lejos de engrandecer o embellecer al objeto, se trata de reflexionar sobre él identificando los determinantes, las marcas y las huellas que lo han forjado, con la esperanza de reabrir la historia de todo aquello que parece inmutable, y en parte lo es, en tanto desconozcamos sus orígenes.

Bibliografía

BARTHÉS R. *Mitologías*. 2005, Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

Capítulo Uno

La práctica antes de la profesión

*“La historia no nos dice solo lo que somos,
sino también lo que estamos dejando de ser”*

Gilles Deleuze

Los orígenes

Puede resultar difícil, y quizás ocioso, ingresar en polémicas sobre el origen de la medicina, de la enfermería, o del hospital, ya que tenemos evidencias suficientes para creer que la enfermedad acompaña a la humanidad desde sus orígenes, y que las prácticas en salud nacieron estrechamente asociadas a la práctica religiosa de la que tardó bastante en separarse.

La experiencia más antigua conocida depende, por una parte, de la conservación de documentos, y por otra, de los criterios -opinables de por sí- sobre si una determinada institución, profesión o práctica puede o debe considerarse un antecedente de algo que ocurre en el presente.

Del mismo modo, podemos especular sobre si llamar hospital a templos religiosos, a lugares de hospedaje o a monasterios que se dedicaban a prácticas terapéuticas –muchas veces mezcladas con una función asilar- pero, seguramente, con la práctica institucional del

cuidado surgió también la necesidad de contar con personal especializado para llevar a cabo estas funciones.

El cuidado familiar de sus miembros en el extremo de la vida: los niños, los ancianos; o la de los enfermos o de los discapacitados, se visualiza como una tarea a partir de la necesidad del cuidado de desconocidos en gran escala, como las que se generan por las epidemias, por la hambruna, por la guerra o, más tarde, por la existencia del propio hospital.

Tarea de hombres o tarea de mujeres, la historia da varias vueltas respecto a esta dimensión, especialmente en largos períodos de la humanidad en donde el cuidado no estaba necesariamente subordinado al precario saber médico de la época o asociado al “arte de la curación”.

Prácticas en la Antigüedad

Las referencias encontradas en diferentes autores ayudan a enmarcar el dificultoso avance de estos quehaceres, en el antiguo Egipto, en donde se describe algo parecido a un sistema sanitario.

El papiro de Ebers describe a tres tipos de médicos en la sociedad egipcia: los sacerdotes de Sejmet, mediadores con la divinidad y conocedores de un amplio surtido de drogas; los médicos civiles (sunnu); y los magos, capaces de realizar curaciones mágicas.

Una clase de ayudantes, denominados ut, que no se consideran sanadores, asistían en gran número a la casta médica, adelantando el cuerpo de enfermería.

Existe constancia de instituciones médicas en el antiguo Egipto como mínimo, a partir de la primera dinastía de faraones.

También fue egipcia la primera médica conocida, Peseshet, quien ejerció su actividad durante la cuarta dinastía; además de su rol de supervisión, Peseshet evaluaba a parteras en una escuela médica en Sais.¹

1. <http://diagnostico-x.blogspot.com> visitado el 9/1/2011

En las sociedades agrarias, las mujeres recolectan y cultivan plantas con propiedades nutricias y curativas. Cuando las tribus se convirtieron en sociedades complejas y conformaron estados, los hombres monopolizaron el poder militar y religioso, relegando a las mujeres a reproductoras. El relato de la historia da cuenta de las acciones de grandes hombres, rara vez de mujeres. Pero allí estaban ellas, como Pythias, la mujer de Aristóteles, a quien el filósofo llamaba “mi asistente”. La pareja eligió la isla de Lesbos para su luna de miel, donde estudiaron flora y fauna, y juntos redactaron una enciclopedia en base a esas investigaciones. Pythias se especializaba en el estudio de tejidos y la reproducción, que analizó en embriones de pollos y humanos.



Fabiola óleo s/lienzo
www.barcelonakontext.com

Plinio, un historiador que vivió en tiempos de la erupción del Vesubio, menciona varias mujeres autoras de libros de medicina. De una de ellas, Elephanta, cuenta que era tan hermosa que daba sus conferencias detrás de un telón para no distraer a los alumnos. Hay varios testimonios de mujeres que usaban ropas masculinas para ejercer la medicina: esto es signo de una necesidad de ocultarse y es una de las razones de muchas confusiones sobre la autoría de sus contribuciones a la ciencia.

Será en la Roma cristiana en donde la institución de sanadoras ingresa al mundo que hoy llamamos occidental, a través de una mujer convertida al catolicismo. A pesar de antecedentes como enfermeras para los esclavos o puestos de salud para las legiones movilizadas, el primer hospital de Caridad será fundado por Fabiola en el siglo IV. Fabiola, hija de un rico comerciante de origen estoico, al

enviudar se convierte al catolicismo y funda no sólo una institución, sino que ella misma, con su trabajo, es considerada una precursora de la profesión de enfermería.²

Al comenzar la era cristiana, Fabiola deviene en una de las sanadoras más famosas, amiga y devota de San Jerónimo. Era una patricia romana que consagró su vida a misiones caritativas; fundó, con dinero de su patrimonio, el primer hospital público civil en Europa en el año 394. Recogía sus pacientes entre los condenados a penas extremas, mutilados, moribundos, enfermos de peste. Aunque no se la menciona como enfermera, sus tareas tenían que ver con lo que hoy llamaríamos cuidados primarios. Su amiga y colega, Paula, fundó un hospital para judíos. Simultáneamente, la obra de estas mujeres se vio amenazada desde la propia iglesia: Jerónimo, que escribe apasionados elogios de Fabiola es, al mismo tiempo, un misógino, lo que demuestra con juicios como estos: “*La mujer es la puerta del demonio, el sendero de la malicia, la cuerda de una serpiente; en una palabra, un objeto peligroso.*”

Resulta interesante situar el origen de la palabra enfermería en este período, procedente del término latino *infirmitas*, (el que no está firme) que se aplica a los soldados heridos, a la complexión débil, al denominado sexo débil (mujeres y niños). *Infirmitas* no es traducción de enfermedad, concepto al que se denominaba *morbis*, en latín.³ Del mismo modo conviene revisar, cuando decimos que Fabiola fundó un hospital, dado que para la época sería más preciso hablar de una enfermería. Recién en el siglo XVIII, se verán surgir los hospitales, espacios donde la nueva medicina reunificada se dedicará al oficio de curar (fundamentalmente, a aplicar “medicinas”).

Como hemos mencionado, profesionalizar el rol social de cuidar enfermos -esa actividad de la escena doméstica que, a veces, por su

2. SERAFINI Atilio, FINKIELMAN Samuel De Fabiola a Flidner y la primera escuela de enfermería. En: Rev. Medicina (Buenos Aires) 2004; 64: 265-268

3. GÁLVEZ TORO (2007)

complejidad, desborda los límites de la familia- estaba estrechamente asociado al surgimiento de instituciones asilares que, con una inspiración religiosa o caritativa, se dedicaban a cuidar a quienes no se podían mantener en pie (los in-firmitus) no siempre enfermos, en ocasiones los pobres, los desnutridos, los menesterosos, los extranjeros, los trashumantes, los huérfanos.



www.antiguaymedieval.blogspot.com

Si bien el imperio romano se extiende en Occidente hasta el siglo V, el imperio romano de Oriente o Bizantino se extenderá por varios siglos más. Miller T.⁴ argumenta justamente, que es en este imperio en donde va a desarrollarse el hospital casi con los mismos atributos con que se le conoce hoy en día.

Encuentra testimonios, en el año 380 de nuestra era, de una institución o templo denominado *Pantokrator Xenon* dedicado exclusivamente a atender enfermos -aunque, tal vez, como la palabra xenón hace referencia a forastero, se refiera a enfermos y extranjeros- donde, a pesar de no describir la presencia de médicos, sí habla de cuidados de enfermería en manos de monjes. Esta institución evoluciona en pocos años hasta cambiar su nombre por el de *nosokomeia* (lugar para cuidar de los enfermos) en donde se atienden las diferentes clases sociales y no sólo los pobres, y se describe más claramente la presencia de médicos y enfermeros, estos últimos reemplazando a los monjes ya en el siglo V. En el siglo VII surge mucho más notoriamente una jerarquía en la planta del *nosokomeia*: los médicos *archiatroi*, los enfermeros *hypourgoi* que cuidaban la sala hospitalaria por la noche, y la división en salas de hombres y mujeres. Enfermeras *hypourgissa* atendían en las salas

4. MILLER, T (1997)

de mujeres. Los hospitales contaban con bibliotecas que recogían las tradiciones de Egipto y Grecia y servían para la formación de médicos y enfermeros.

Perfiles medievales de las prácticas

Mientras tanto en Occidente, las órdenes religiosas orientadas a la tarea hospitalaria se fundan conjuntamente y bajo moldes similares a aquellas dedicadas a la labor militar a partir de las Cruzadas y durante todo el Medioevo. Azaitas, Mercedarios, Crucíferos, Trinitarios y Sepulcrinos, entre ellos⁵. Por su carácter nómada, van a conectar y capitalizar las tradiciones médicas greco-romano con las árabes (Avicena). Sin embargo, serán órdenes más recientes, posteriores al descubrimiento de América como la de San Juan de Dios, los Recoletos o los Betlehemitas, quienes formarán la base del sistema hospitalario de América Latina en la época hispánica y en los primeros años de su vida independiente.



Víctimas de la Plaga www.esacademic.com

Diaconesa es una palabra que deriva del griego *diakonos* y fue usada en la Biblia por el apóstol Pablo en su epístola a los Romanos 16: 1-2 para referirse a Phoebe. Ella es presentada como miembro de la comunidad cristiana primitiva, y parece haber sido la primera diaconesa. Fue también la primera trabajadora en parroquia, visitadora y enfer-

mera de pobres, débiles y perseguidos. Las epístolas de san Pablo dan cuenta de las mujeres como líderes prominentes y misioneras;

5. <http://www.artehistoria.jcyl.es/historia/contextos/1071.htm> visitada 17/XI/ 07

eran muy respetadas por la comunidad. Cuando llegó el momento de organizar al cristianismo, su trabajo se había vuelto muy valioso y así tuvieron un lugar en el orden ministerial. Hay numerosos testimonios de diaconesas que fueron ordenadas. Como orden, se extendieron por varias provincias del imperio romano: toda Italia, España, Galia, Irlanda, Siria. El espíritu democrático de la iglesia primitiva les otorgó una amplia esfera de acciones. Sin embargo, para el siglo III fueron abolidas, de manera que la iglesia romana ya no tuvo clero femenino. El diaconado para mujeres subsistió en la parte oriental del imperio (Bizancio) hasta el siglo VIII, para reaparecer como figura central en el protestantismo ya en la Edad Moderna.



Enfermera del Htal. San Juan de Jerusalén
Norwenedhwen.wordpress.com

Cruzadas

Estas expediciones movilizaron miles de personas de distintos estamentos sociales. Caballeros acostumbrados a resolver con las armas todos sus conflictos encontraron un enemigo común en “los infieles” que tomaron Jerusalén en nombre del imperio otomano; comerciantes que vieron la oportunidad de expandir sus negocios; desesperados, en fin, sin nada que perder, para quienes Medio Oriente era la tierra prometida. Para todos ellos el Papa Urbano II había prometido la absolución de los pecados cuando convocó a la Cristiandad a movilizarse bajo el lema “Dios lo quiere”. (Concilio de Clermont, 26/11/1095)

Sin posibilidad de estimar las pérdidas humanas, los historiadores afirman que fueron millones. Sólo durante la primera cruzada murieron alrededor de 800.000. Ante la urgencia por asistir a heridos y moribundos, la iglesia formó órdenes hospitalarias: los caballeros hospitalarios de San Juan de Jerusalén, en 1099; la orden de San Lázaro para la atención de leprosos y los Caballeros del Templo de Salomón (Templarios) en el siglo XII.

En los sanatorios improvisados a lo largo de las rutas de los cruzados entre Europa y Jerusalén (valetudinarios) los servicios de las mujeres fueron bienvenidos aunque sus actividades debían ser supervisadas por un varón. Hacia fines del siglo XIII había alrededor de 200.000 mujeres desempeñándose como enfermeras en las órdenes religiosas. Desde una perspectiva moderna parece ser un antecedente de un sistema de salud controlado por hombres con mujeres en relación subordinada.



Serán las órdenes religiosas las que provean las primeras reglas, los sistemas de reclutamiento, una cierta formación, un cierto orden (monástico) que moldeará el perfil de la o del enfermero. Religiosos trabajando como enfermeros por vocación, para expiar culpas, y/o reclutados por la fuerza, el hambre o la orfandad.

En la Baja Edad Media, el resurgimiento de la vida urbana y la aparición del sistema mercantil verán la multiplicación de gremios (guildas). En el terreno de la medicina se agremiaron quienes tenían manejo del instrumental de la época: lancetas, pinzas, sierras. Todos los estatutos gremiales señalan la prohibición de incorporar mujeres.

Una alternativa para desarrollar una vocación de servicio era ingresar a algún monasterio o abadía, instituciones que se multiplicaron por toda Europa a fines del siglo XII. La historia conserva los nombres de algunas abadesas que se consagraron a los cuidados de enfermos, como Santa Petronila, abadesa de Fontevrault que hospedaba leprosos, prostitutas y parturientas. Matilda, de la misma abadía, llegó a tener más de 500 personas bajo su jurisdicción. Eloísa, además de ser recordada por su infortunado amor con Abelardo, enseñaba y practicaba el arte de curar en el monasterio de Paracletto. Hedwig de Silesia, santa patrona de Polonia, construyó monasterios y atendió enfermos hasta su muerte.



En la Edad Media se produjo claramente el divorcio entre medicina y cirugía. La separación se había insinuado en la medicina alejandrina. Después contribuyeron a ahondarla el hecho de que Galeno, llegado a Roma, abandonara la práctica quirúrgica y dijera que la cirugía sólo era una forma de tratamiento. Así, el cirujano quedó subordinado al médico. Pero en la Edad Media actuaron factores decisivos de separación y degradación de la cirugía. Para el Cristianismo de entonces, el cuerpo del hombre era una vil prisión del alma. El organismo humano no merecía mayor estudio.⁶

La reacción se extendió, en buena medida, contra las prácticas de salud en los monasterios que habían llegado a incluir cirugías. Paulatinamente se fueron instalando prohibiciones parciales, hasta que en 1163 se formuló el famoso edicto del Concilio de Tours: *Ecclesia abhorret a sanguine*, con el que, oficialmente, se prohibía la práctica quirúrgica a los clérigos. La prohibición fue promulgada por el papa Inocencio III y se hizo vigente en 1215. El edicto estaba basado en el derecho canónico: la culpa de la muerte de un hombre anula para siempre el ejercicio sacerdotal.

Surgían así las condiciones para una medicina secular. En la ciudad de Salerno surgió una escuela doblemente excepcional: por un lado, exclusivamente médica y, por el otro, laica, una *civitas hippocratica*, fundada, según la leyenda, por un griego, un cristiano, un judío y un musulmán. La escuela data del comienzo del siglo X. La ciudad, donde los benedictinos tenían un claustro, fue arzobispado desde fines del siglo. Se dice que los médicos de la escuela y estos monjes, tenían buenas relaciones.

“Curiosamente para la época, el interés de esa Escuela estaba centrado en el empirismo y la observación y no en el aspecto teórico y especulativo. El plan de estudios era tan bueno que lo adoptó después la Universidad de París. La obra tal vez más famosa es el

⁶ Apuntes de Medicina Medieval en <http://escuela.med.puc.cl/publ/HistoriaMedicina/MedievalMedicinaMonastica.html> visitado 10/1/2011

Regimen sanitatis Salernitatum, que resume, en verso, el saber en esa Escuela. Entre los estudiantes y profesores, hubo mujeres. La Escuela de Salerno también fue una excepción en cuanto a que allí, medicina y cirugía, no se separaron. Lo mismo ocurrió en el sur de Francia”.⁷

Entre los grupos de religiosas surgidos en esa época, cabe destacar el de las beguinas, que asistían a los pobres y entre otras tareas, se ocupaban de los enfermos. Para 1215 una orden del Papa prohibió la expansión de tales grupos; las autoridades civiles y el pueblo apoyaban las acciones de estas mujeres. En 1311 el Concilio de Viena las declaró herejes.

Tal vez el deslinde de la enfermería religiosa y la posibilidad de una enfermería profesional empezó a incubarse en Europa y América del Norte a partir de la propia Reforma y del surgimiento del protestantismo, por la redefinición que éste haría del rol de la mujer consagrada, el cuestionamiento del celibato y por la reacción de la propia iglesia católica que, viendo impropio dedicar tantos esfuerzos a la actividad hospitalaria en desmedro de una labor pastoral cuestionada, fue abandonando la tarea hospitalaria que pronto vio reemplazada la enfermería religiosa por personal no calificado ni preparado.

Durante los siglos siguientes, la doctrina de la iglesia se volvió más dura hacia todo lo relativo con prácticas femeninas, hasta culminar en el siglo XV en una campaña de terror dirigida contra las mujeres acusadas de brujería. Este período señaló la puesta en marcha de procedimientos regulados y respaldados por la iglesia. La guía de cómo llevar a cabo la caza de brujas fue el *Malleus Maleficarum*, escrito en 1484 por dos sacerdotes, por mandato del Papa Inocencio VIII. Manual instructivo para la identificación de las víctimas que se aplicó durante tres siglos, en donde se las acusaba de todo tipo de crímenes, y también, de “ayudar y sanar al prójimo”, tal como lo expresa este testimonio:

“...es preciso recordar en todo momento que por brujas no entendemos sólo aquellos que matan y atormentan sino todos los adivinos, hechiceros y charlatanes, todos los encantadores comúnmente conocidos como

⁷ Apuntes de Medicina Medieval en Op cit



Malleus Maleficarum Spd.fotolog.com/125718452625_f.jpg

hombres sabios y mujeres sabias... y entre ellos incluimos también a las brujas buenas, que no hacen el mal sino el bien, que no traen ruina y destrucción, sino salvación y auxilio... Sería mil veces mejor que desaparecieran todas las brujas y en particular las brujas benefactoras.”⁸

Modernidad: la separación del cuidado y la cura

En los albores del siglo XVI, la Modernidad llegó con una enorme curiosidad hacia lo desconocido, y una firme voluntad de cuestionar los dogmas heredados de siglos anteriores. Los hombres comenzaron a observar todo lo que los rodeaba desde un lugar de preeminencia. Este antropocentrismo del varón europeo degradó al resto de las culturas, a la Naturaleza y a las mujeres, dejándolos en la categoría de seres inferiores.

La filosofía de la época dio marco teórico a esa cosmovisión, especialmente a través del pensamiento cartesiano, que considera cuerpo y mente como entidades separadas, con total prevalencia de la segunda para determinar la naturaleza ontológica: *Pienso, luego existo*. En cuanto al Universo, fue considerado en su aspecto físico análogo a una máquina que podía ser aprehendido descomponiéndolo en partes.

8. EHRENREICH, B; English, D. (1988) Pág.15

En lo relativo a las artes médicas, una derivación de la filosofía cartesiana fue la separación del cuidado y la cura. La intuición, la compasión - valores no cuantificables- no merecían ser considerados parte de la ciencia médica. Podían ser aptitudes necesarias, de nivel inferior, ejercidas por mujeres bajo la dirección de los médicos.



Cuidando enfermos www.ub.es

La antigua concepción que acercaba lo femenino a la Naturaleza fue revisada bajo esta nueva óptica: la mujer es la Naturaleza, el hombre representa el progreso de la civilización. Así se invirtió la antigua valorización por un sometimiento a condiciones primitivas.

Francis Bacon que vivió entre 1561 y 1626, llegando a ser Canciller de Inglaterra bajo Jacobo I, escribió a principios del siglo XVII un Tratado: *El nacimiento masculino del tiempo*, donde

atacó la filosofía antigua por ser un vástago femenino: pasivo, débil, expectante. Bacon lanzó sus dardos contra Aristóteles por su lógica, contra Platón por su contemplación y contra Galeno por su escepticismo. La filosofía masculina debía ser activa, viril y generativa: una ciencia experimental extraída de la luz de la Naturaleza, no de la oscuridad de la antigüedad.

Los partidarios del método experimental debían prescindir de Minerva y las Musas como “vírgenes infecundas”; el filósofo debía dedicarse a la observación y experimentación directas.

Muchas de sus imágenes provenían de juicios de brujería: como canciller estuvo presente en confesiones y sentencias. Su imagen de la Naturaleza como una mujer a quien se le deben arrancar sus secretos mediante recursos mecánicos, es una transposición del lenguaje

inquisitorial a la nueva ciencia.

Los roles femeninos se vieron notablemente reducidos: si en la Edad Media la religión había marginado y prohibido la participación femenina como sanadoras, los nuevos argumentos que provenían de la ciencia les adjudicaban un raciocinio deficiente y debilidad general en sus capacidades. Sólo podían ejercer como parteras.



También encontramos marcas de la cosmovisión moderna en la reforma religiosa que dio origen al protestantismo. Los territorios que adhirieron a la religión reformada vieron la supresión y el desmantelamiento de los monasterios. En respuesta, una iglesia católica a la defensiva, ejerció fuerte presión sobre las órdenes religiosas impulsando tareas misionales, pastorales y de oración e inhibiendo la dedicación al cuidado de los enfermos. Los siglos XVII y XVIII verán en consecuencia hospitales desmantelados o atendidos por personal sin calificación, de baja extracción social, con la excepción de algunas órdenes religiosas que incumplieron el mandato de la jerarquía de la iglesia, como las Hermanas de la Caridad o las Beguinas. Este panorama europeo no coincide con el desarrollo de las órdenes religiosas en los continentes recién incorporados (América y Asia) donde asistimos a una fuerte actividad de las órdenes hospitalarias

hasta el siglo XIX.

La historia tradicional ha dado en llamar, a esta etapa, la edad oscura de la enfermería, enfatizando la nula preparación y las condiciones personales deficitarias del personal encargado de estas tareas. En su *Historia de la enfermería*, Lavinia Dock y M. Adelaide Nutting afirman que desde la última parte del siglo XVII, especialmente desde el fin de la Guerra de los 30 años (1618 a 1648) hasta la mitad del siglo XIX a las mujeres se les prohibió todo derecho a tener iniciativas y a cualquier participación en la construcción del orden social. En todos los hospitales de Europa, este fue el período de la supremacía masculina absoluta.⁹

En las primeras décadas del siglo XIX, Europa experimentó un enorme impulso histórico y un renacer del entusiasmo por acceder a mejores condiciones para el conjunto de la población, renacer del que la Revolución Francesa fue la manifestación más fuerte. En ese contexto, un estímulo para el surgimiento de la enfermería provino de las mujeres alemanas que se unieron en una “guerra de liberación” en 1813: se trata de sociedades de mujeres que asistían a los soldados en las campañas contra los ejércitos napoleónicos. Inspirado por ellas, un pastor escribió un texto titulado: “Una oración por el renacer de las antiguas diaconesas”.

Ciencia y Caridad

Una pintura de Picasso, obra maestra de su juventud, nos brinda una mirada sensible sobre las vicisitudes de la muerte a fines del siglo XIX. El título de la obra es de por sí un enunciado de tales condiciones: *Ciencia y Caridad*.

Se trata de un óleo de grandes dimensiones: 1,97 m por 2,49 m, lo que refuerza el realismo de lo descrito. La escena nos incluye como

9. DOCK, L.; NUTTING, M.A. (1907). Vol.1, pág.501

testigos de un momento dramático en una habitación austera. La mujer que agoniza ocupa un catre de una plaza. ¿Se trata de una viuda que ha quedado en la pobreza? ¿Es una madre soltera? El color de su piel, su cabello sin brillo, la mirada de angustia, su cuerpo que adivinamos consumido bajo las sábanas, son signos de una muerte cercana.

Junto a la mujer dos personajes encarnan los valores del título. El Museo Picasso de Barcelona ha recuperado cuatro estudios preparatorios de la obra que dan cuenta de los cambios que el pintor fue introduciendo hasta lograr la ambientación definitiva. La figura del médico, que en el primer boceto mira de frente a la paciente, fue girando hasta darle la espalda. En la versión final toma el pulso de una mano exánime mientras observa atentamente su reloj; la semiología lo fuerza a centrar su atención en el signo en lugar de brindársela a la persona que agoniza.

Del lado opuesto de la cama, una monja le acerca una taza mientras carga un niño. En el boceto inicial el niño, en un gesto espontáneo, extiende los brazos hacia la madre, requiriendo sus cariños. En la obra definitiva, se aferra a la religiosa, como asustado por esa visión final.

La paleta fue reducida a matices ocres, lo que amortigua la luz de la escena y refuerza el clima de morbidez. La presencia del médico y de la hermana de caridad nos revelan el doble **ethos**: ciencia y caridad que acompañan el tránsito hacia la muerte. Pero el arte le añade un **pathos**, la mujer moribunda que se despide de su hijo nos pone en contacto directo con el drama que nada puede evitar.

Esta breve recorrida por los diferentes momentos de la historia operan como una verdadera “prehistoria” del surgimiento de la enfermería moderna que tendrá su momento emergente hacia la mitad del siglo XIX, conformando una de las más sorprendentes y complejas intervenciones sociales en el campo de las profesiones.



Picasso: Ciencia y Caridad. (1897)
www.Barcelona-metropolitan.com -Consultada el 11/1/11-

Bibliografía

ACHTERBERG, Jeanne. *Woman as healer*. 1992, Shambhala, Boston.

AÑORTE Hernández, N. *Apuntes historia de la enfermería*. En:
http://perso.wanadoo.es/añorte_nic/apunt_histor_enfermer7.htm.
Visitado 17/11/2007

EHRENREICH, Bárbara. *Brujas, comadronas y enfermeras*. 1988,
English, Deirdre.
Historia de las sanadoras. La Sal, ediciones de les dones, Barcelona.

FARRINGTON, Benjamin. *Temporis Partus Masculus: an untranslated writing of Francis Bacon, Centaurus*. 1951

GÁLVEZ TORO, A. *Errores en el lenguaje: nursing no es enfermería*.
“Cuidado” no es care. Biblioteca Las Casas 3.3, 2007. Disponible en
<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0251.php>

MILLER Thimoty. *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*
John Hopkins. 1997, University Press, Baltimore.

Capítulo Dos

El marco Histórico del surgimiento de la profesión

Lo que nos rige no es el pasado literal... Lo que nos rige son las imágenes del pasado... esas imágenes y construcciones simbólicas del pasado están impresas en nuestra sensibilidad, casi de la misma manera que la información genética.

George Steiner

El proceso de construcción de la enfermería moderna queda enmarcado en una compleja trama socio-histórica que requiere una deconstrucción con el objeto de reposicionar a la profesión en las formas como encarará el siglo XXI.



Delacroix: La libertad guiando al pueblo.
Theartwolf.com

La Revolución Francesa marcó la irrupción de la multitud en la historia. Gentes sin ninguna clase de derechos, sans culottes, lograron acabar con la monarquía para concluir instalando... un imperio. Esa multitud vio marchar a la cabeza de numerosas manifestaciones a las mujeres de distintos estratos sociales: las pobres pidiendo por el precio del pan, las ilustradas por las ideas de libertad e igualdad.

Al cerrarse el ciclo revolucionario, la Restauración pretendió ignorar los cambios producidos por la irrupción de la multitud en la

historia y volver el tiempo atrás. Para las mujeres esto significaba retornar a su destino doméstico, naturalizado desde los poderes civiles y religiosos.

En el continente americano, las luchas por la independencia marcaron toda una época. En ellas, las mujeres desempeñaron papeles claves junto a los hombres. No vamos a nombrarlas a todas; la sola mención de Juana Azurduy en el Sur del continente nos bastaría para ilustrar la multitud de mujeres como Bartolina Sisa, Manuela Sáenz, Josefa Cornejo y Juana Ramírez en Venezuela, Leona Vicario y Altagracia Mercado en Méjico.

Señalaremos como muestra la valentía de las colombianas que desde el movimiento de los Comuneros de 1781 hasta la terminación de la guerra independentista en 1824 participaron activamente de acuerdo a su pertenencia social. Así, las damas de sociedad a través de la Tertulia del Buen Gusto, fueron difusoras de las ideas iluministas que movilizaban a dejar de ser colonia. Otras fueron “chisperas”, dedicándose a organizar el apoyo a la insurrección entre las mujeres de los artesanos, vendedoras de mercados y placentas. Hubo también presencia femenina en las guerrillas de Coromoro y Charalá. En 1816, con la restauración de Fernando VII, fueron juzgadas y fusiladas sesenta mujeres patriotas; otras confinadas bajo pena de ser fusiladas si se las sorprendía fuera del territorio.



Edgar Degas: La familia Bellelli.
Picasaweb.google.com

Sería injusto perpetuar solo los nombres de las pocas que se filtran en la historia oficial, ya que fueron miles, libres y esclavas, las que viabilizaron la independencia latinoamericana.

Comienza el siglo XIX, primero en Europa y más tarde en América, con la instalación hegemónica de la burguesía y sus valores en torno a la vida priva-

da: el hogar aparecerá como el refugio frente a las turbulencias del mundo exterior y en él, la mujer será quien encarne los valores de la tradición.

A pesar de los intentos de la Restauración por volver hacia el pasado, la modernidad avanzaba aceleradamente. En ese contexto, la cuestión femenina constituía un problema de control: la mujer entró en agenda como un problema social: materia a investigar, analizar y resolver.

Las ideas que impregnaban estos cambios provenían del utilitarismo propuesto por Jeremy Bentham (1772/1832). Para juzgar la pertinencia de las instituciones era necesario valorar en qué medida propiciaban la felicidad de la mayoría. Con este criterio se aplicaron reformas para corregir las deficiencias de la administración, principios con características de sociedad disciplinada basada en una vigilancia continua, panoptista según la recuperación que Michel Foucault hizo de este reformador social.

Bentham hacía un elogio de la nueva arquitectura carcelaria moderna basada en la vigilancia continua y pronto esta modalidad arquitectónica, se extendió a la escuela, al hospital, a la fábrica y al urbanismo, transformándose en una verdadera metáfora del orden social impuesto e imaginado.



Seaflog.com



Panóptico
Cinosargo.bligoo.com

Las tecnologías de gobierno inglesas del siglo XVIII y XIX se centraron, además de los dispositivos de vigilancia continua, en una es-

trategia anticipatoria, es decir, en detectar y satisfacer necesidades antes que se transformen en demandas, y estas consoliden movimientos sociales fuertes. De esta forma, a través de medidas tomadas desde el Estado o desde la misma sociedad, el Reino se protegió y aisló de las revoluciones burguesas que estaban sucediendo en todo el continente europeo.



Reina Victoria.
Vilanoticias.blogspot.com

Si bien no hubo revolución política, los mayores cambios sociales y económicos se produjeron en Inglaterra, durante el largo reinado de una mujer bajo cuyo poder se modeló un estilo de vida que perduró en muchos aspectos durante el siglo siguiente.

Cuando la reina Victoria subió al trono, la población de Londres era de dos millones de habitantes; cuando murió, de seis millones y medio. El cambio de una economía centrada en el campo a otra de corte urbano, centrada en el comercio y la manufactura modificó los aspectos más profundos de la sociedad. Los cambios fueron celebrados por muchos que vieron en ellos el premio a lo que consideraban superioridad de la civilización británica, mientras que otras voces críticas lamentaron la pérdida del viejo y bucólico estilo de vida.

Como resultado de estas contradicciones, se apoderó de muchos espíritus una ansiedad por los bienes materiales, una alienación que tenía que ver con el rápido cambio tecnológico, cambio de valores y de cosmovisión que tuvieron consecuencias en unos y otros. El entorno urbano se convirtió, vía metáfora tomada del imperio, en una jungla, con sus hordas sin rostro, obsesionando las fantasías de sus habitantes.

Que fuera una mujer la que al frente del Estado concreta los cambios sustentados en estos principios no significó que se solidarizara con las demandas provenientes de otras mujeres: no encontramos ningún testimonio personal de Victoria que pueda ser interpretado a favor del empoderamiento femenino.

Desde 1840 se petitionó al Parlamento por el sufragio, que recién fue concedido en 1918, concluida la Primera Guerra mundial. A partir de 1870 se sancionaron distintas leyes que autorizaron la posesión y el manejo de propiedades a las mujeres casadas. Distintas leyes industriales protegieron el trabajo femenino en minas y fábricas, incluyendo la reducción de las dieciséis horas de trabajo, lo que no significaba un tratamiento más justo, sino el considerarlas más frágiles.

La situación educacional también resultaba anacrónica: en 1837 ninguna universidad inglesa permitía el ingreso de mujeres. En 1848 se instaló en Londres el primer colegio universitario.



Mort Künstler: Freedom
Eumed.net



Las mujeres de clase media eran particularmente afectadas por la falta de oportunidades: algunas emigraban, pero no en número suficiente como para resolver el problema; otras se convertían en gobernantas, empleo que las situaba apenas un escalón más alto que una sirvienta. La abundancia de novelas que tematizan este rol (Jane

Eyre, Vanity Fair) dan cuenta de lo popular que resultaba esta opción.

Por último, para muchas mujeres sin elección, sólo quedaba la prostitución, que vio incrementar su prevalencia durante el período.

El matrimonio, la familia, los roles de hombres y mujeres pasaron a ser temas de discusión a partir de los cambios en el escenario socio económico de una cultura que estaba alterando dramáticamente sus estructuras. Por la abundante producción de ensayos y polémicas sobre el tema, producidos por figuras de importancia, consideramos que fue tan preocupante como la teoría de la evolución y el industrialismo.

El poblamiento acelerado de las ciudades a causa de los procesos de industrialización, con las consecuentes falencias en la provisión de los bienes materiales y simbólicos necesarios para proveer a esas poblaciones, hizo necesario apelar a la práctica de la caridad, antigua virtud cristiana. Fue la caridad lo que logró sacar a las mujeres de sus hogares: visitar a los pobres, presos y enfermos no solo estaba permitido sino bendecido. La magnitud del problema social del siglo XIX transformó esa costumbre en necesidad.



Mort Künstler: Freedom
Eumed.net

El incremento del número de mujeres actuando en espacios públicos se aceleró durante las epidemias (como la de cólera en 1832), guerras y crisis económicas (por el crecimiento de

desempleados) y se exacerbó por los problemas urbanos como alcoholismo, TBC y prostitución.



Modernización acelerada, urbanizaciones paupérrimas, ausencia de planificación a todo nivel, son elementos que confluyen en crisis: se esperaba que las mujeres fueran el barómetro y las portadoras de los estándares morales necesarios para superarla.

La idea del “miasma moral” debe haber aterrorizado a los Victorianos. Durante el siglo XIX se desató una fuerte polémica entre las teorías del contagio y las teorías miasmáticas (una concepción que hoy llamaríamos ambiental) que atribuía las enfermedades a los aires malsanos. Esta concepción sería funcional al control biopolítico, justamente en una época en que las ciudades estaban recibiendo contingentes provenientes de zonas rurales, pobres en busca de mejores oportunidades de vida. De acuerdo con la teoría miasmática se podía contraer una enfermedad respirando el olor nocivo de los desagües. ¿No podría uno verse afectado también por estar cerca de algo contaminado?



En la gran ciudad el miasma moral se esparcía por todas partes.

Así, la imagen misma del pobre, y sobre todo, de la miseria se modificaron, volviéndose más inquietantes y más amenazadoras con la nueva ciudad industrial. También cambió la “pedagogía” destinada a los indigentes y al lugar ocupado por las prácticas de limpieza. Se impuso una asociación con insistencia desconocida hasta entonces: la limpieza del pobre sería el aval de su moralidad, la garantía de cierto “orden”. El manual de higiene se vuelve texto de estudio. No tiene que sorprender que tal aprendizaje se asocie “esencialmente a la instrucción moral y religiosa”. Se trata de una catequesis.

Precisamente es durante la Guerra de Crimea donde vemos surgir a la enfermera moderna.

Guerra que en más de un aspecto está marcando una nueva etapa no solo en la historia militar sino en múltiples aspectos. Aliarse al Imperio Otomano en contra de Rusia, otro Imperio, le daría a Inglaterra la posibilidad de neutralizar una zona estratégica: el delta del Río Danubio en su desembocadura, el mar Negro, posición clave para la conexión de Europa con Asia. En los años siguientes, también Inglaterra se convertirá en un imperio, con colonias en todos los continentes, llegando a poseer la mayor extensión de territorios y una poderosa red de transportes comerciales y militares que lo mantuviera unido.

Por otra parte, el de Crimea sería el primer conflicto bélico transmitido por telégrafo. Las noticias sobre el ejército inglés llegaban diariamente, generando expectativas y ansiedad en el pueblo que las seguía a través de los periódicos. Precisamente la prensa se constituye en un poder capaz de engrandecer o degradar el papel de los oficiales y soldados. Si desde los años 30, el Parlamento había asistido a profundas discusiones sobre la conveniencia de la expansión ultramar, los periódicos van a difundir un patriotismo agresivo movilizándolo energías a favor un estado imperial. No podemos dejar de señalar esta estrategia como una constante en Europa: utilizar el resto del mundo para exportar la violencia propia. A través de la prensa se

conocerían también las acciones de Nigthingale frente a un grupo de mujeres que llevaban alivio a los soldados heridos; el reconocimiento popular se expresó en donaciones de todo tipo, su figura alcanzó perfil de heroína. Mary Gaskell, novelista de la época da cuenta de todas las Florence nacidas en el período, símbolo de la admiración que el pueblo le tenía.

Pero Crimea no fue un paseo militar para Inglaterra. Por el contrario, enormes falencias fueron evidenciadas, lo que hizo urgente una reorganización del ejército. Como parte de la misma se incluyó la sanidad militar como objetivo primordial. La misma Nightingale redactó un extenso informe que sirvió de documento sobre el cual se trabajó. Este ejército moderno, preocupado por la sanidad de la tropa tanto como por las tácticas de guerra, fue modelo de exportación para el resto de las naciones. En efecto, Estados Unidos lo adoptó una vez concluida la Guerra de Secesión, así también el ejército de la Triple Alianza cuando atacó al Paraguay, para mencionar sólo un par de casos dentro del espacio de nuestro análisis.

En conclusión, a partir de Crimea, Inglaterra asumió un nuevo rol internacional plasmado en doctrina imperial que se expresó irónicamente en términos de responsabilidad, bajo la fórmula “*la carga del hombre blanco*”.

Sin ánimo de extendernos en la descripción del imperio británico, acotemos que India, “la perla de la Corona” dejó de ser propiedad de la Compañía de las Indias Orientales en 1858, y que en 1876 Victoria agregó a su título real el de Emperatriz de la India. En su diario personal parece interpretar la voluntad de dominio al describir su percepción de: ‘*un sentimiento universal reclama que India me pertenezca a mí*’¹

Más adelante profundizamos en el análisis de la enfermería de Estados Unidos, destacando la relación entre su aparición y la guerra civil que concluyó con el triunfo del Norte, asociado con un

1. MORRIS, J.(1980) pág.275

modelo de nación según las pautas de la modernidad. En cuanto a América latina, la segunda mitad del siglo XIX fue un período de luchas militares e ideológicas que en general dieron por resultado la construcción de modernos estados laicos, con autonomía frente a la iglesia, tradicional fuente de poder durante el período colonial. Políticamente se impuso la división de poderes, económicamente un sistema liberal que convirtió a la región en cliente de los países centrales. La modernización llegó a través de vías férreas, construcción de puertos, los territorios se unieron en función de un comercio que nos integraba al mercado mundial.

En la construcción de las modernas naciones latinoamericanas detectamos una influencia muy fuerte de Estados Unidos que se ejerció en América Central. En cambio hallamos la impronta del modelo británico en los países del cono Sur. Ambos modelos resultan claves para comprender la profesionalización de la enfermería.

En definitiva, cuando se expone que la enfermería moderna es una construcción social “victoriana”, se hace referencia a toda esta compleja asociación de conservadurismo innovador en medio del panorama urbano de la revolución industrial, en una etapa expansiva que llevará, luego de Crimea, a una expansión mundial de Inglaterra. Una etapa ambivalente en la que la filantropía saca a la mujer de su casa, pero le impulsa valores domésticos, en donde la burguesía se acerca a los sectores más desposeídos, pero bajo formas que no permiten explicitar las causas de la nueva pobreza urbana. Una etapa propicia para crear un nuevo sujeto social, pero a su vez sujetado por las marcas de una época, que se extenderá al resto del mundo como una nueva profesión separada ahora de sus raíces religiosas.

Bibliografía

ELLIOT, Dorice Williams: *The angel out of the house*. 2002, *Philantropy and gender in 19th century*, University of Virginia, England.

MORRIS, James: *Pax Britannica. The climax of an empire*. 1980, First Harvest/HBJ, New York.

SANTOS MOLANO, Enrique. *Mujeres libertadoras. Las policarpas de la independencia*. 2010, Editorial Planeta Colombiana S.A. Bogotá.

SACCHETTI, L; ROVERE, M. *La salud en las relaciones internacionales: cañones, mercancías y mosquitos*. 2007, El Agora, Córdoba.

VICKERY, Amanda. *Women, privilege and power: British politics, 1750 to the present*. 2001, Stanford University Press.

Capítulo Tres

El surgimiento de una profesión

En estos hospitales ella es, sin exagerar, un “ángel proveedor”: mientras su figura gentil se desliza silenciosamente a través de los corredores, la cara de cada uno de esos pobres se suaviza gratamente ante su visión. Cuando todos los oficiales médicos se han retirado por la noche, y el silencio y la oscuridad se han instalado sobre estos miles de enfermos postrados, ella es la única que puede ser vista, con una lámpara en su mano, haciendo sus rondas solitarias.

The Times, jueves 8 de febrero de 1855



Enfeps.blogspot.com

Lady N

Como hemos visto en el capítulo anterior, a mediados del siglo XIX se están dando, en Inglaterra, las condiciones para el surgimiento de una profesión moderna, la primera de absoluta preeminencia femenina. El rasgo central que tomaremos en cuenta para caracterizar este surgimiento será la neta separación entre la función religiosa y la asistencial, pero bajo un es-

tricto sistema de formación, un régimen contractual, escenarios de práctica definidos y una incipiente corporación profesional.

Este surgimiento ocurre por un conjunto de circunstancias a través de las cuales se constituye el carácter laico de la profesión, no sin resistencias, avances y retrocesos.

Una revista católica mejicana: *La Cruz*, reproduce, traducido, el documento del influyente teólogo y filósofo italiano Joaquín Ventura di Ráulica, denominado *Las hermanas de la caridad y los protestantes*. Por su importancia para comprender el peso que la Iglesia le atribuye al tema, reproducimos dicho texto.

Las hermanas de la caridad y los protestantes.

San Vicente de Paul pedía un gran fondo de virtudes y una resignación heroica para sus hijas de la caridad. Esto explica, a los que no quieren cegarse voluntariamente, para no ver las cosas, por qué razón todos los esfuerzos, que particularmente en nuestros días, se han hecho en San Petersburgo, en Berlín y en Londres, para formar hermanas de la caridad, fuera del catolicismo, se han frustrado completamente; y por qué en lugar de hermanas solícitas de la caridad solo han logrado formar hermanas mercenarias del egoísmo, cuya existencia ha sido un nuevo escándalo, que al fin ha desaparecido, bajo el precio del desprecio y del ridículo. No puede formarse una hermana de caridad de una mujer que no sea católica, así como no puede hacerse moneda de buena ley, con un metal falso. Para formar de una mujer una hermana de la caridad, es menester ante todo hacerla abrazar la profesión de la virginidad voluntaria, y establecerla en ella, perpetuamente, por medio de un voto sagrado; enseguida se la debe elevar al nivel de sus penosas funciones,

por motivos sobrenaturales, y por la práctica de la piedad más perfecta, y por último, ligarla y fortificarla continuamente con ella, con la frecuencia de los sacramentos de la confesión y de la comunión. De la Sagrada Mesa, de esa hoguera de amor de Dios, es de donde la hermana de la caridad saca su prodigioso amor para el hombre. Pues bien, nada de esto puede hacerse fuera del catolicismo, que es el único que honra la profesión de la virginidad voluntaria, el mayor y más precioso de los Consejos del Evangelio, y el único que posee los medios de transformar eternamente al hombre y de hacer el prodigio de convertirlo en santo; porque no hay santos fuera del catolicismo.

Parece, por último, que en nuestros días todos están de acuerdo en este punto. En Sebastopol, el gobierno cismático ruso ha encargado a las hermanas de la caridad de la Polonia católica, el cuidado de los soldados enfermos y heridos. En Grecia, el general Mayran, comandante en jefe de la expedición francesa, ofreció al gobierno cismático de este pequeño reino, antes de su partida para la Crimea, dejarle los médicos y las hermanas de la caridad del ejército francés, para que asistieran a sus coléricos; el gobierno le dio las gracias por los médicos, y se apresuró a aceptar solamente a las hermanas de la caridad, como si dijera: “A aquellos los tendremos en todas partes, pero a estas no las hallaremos en ninguna, si no nos las dais.” En Londres, una señora protestante, lady N..... ha organizado una asociación de mujeres caritativas que deben pasar a Oriente, a ejercer en el ejército inglés, las funciones que las verdaderas hermanas de la caridad ejercen en el francés. Los mismos periódicos protestantes, burlándose y tachando la empresa de loca, la han sufocado en la cuna por medio del ridículo. Lady N..... se dio por advertida, y, modificando su plan, tuvo el buen

sentido de tomar a su compañía a todas las hermanas de la caridad, que pudo reunir en los conventos católicos de la Gran Bretaña. En hora buena, esta modificación será la que llene su objeto; lo demás sólo será un fardo, del que se apresurará a desembarazarse; porque, como ya hemos dicho, no es posible hacer obrar hacia un fin común a mujeres protestantes, que no tiene otro móvil de su abnegación, que las impresiones del espíritu privado, y que no están ligadas con ningún voto de obediencia. Esta dificultad por sí sola es inmensa; se ha conocido, que si se llevan mujeres protestantes, para cuidar a los enfermos y heridos, es solamente por mera forma, pues en realidad no se espera buen éxito sino de las hermanas católicas, que se les han agregado. He aquí el buen sentido inglés, haciendo otra vez justicia a las preocupaciones anglicanas. De aquí proviene la grande indignación de los ministros de aquella iglesia, contra el escándalo de poner en contacto con los soldados protestantes, a las hermanas católicas, que según ellos podían atraer a estos soldados al papismo. Es verdad, que este peligro no es del todo imaginario; y sin embargo, a pesar de las exclamaciones de estos hipócritas, las hijas de San Vicente de Paul han sido llevadas al ejército inglés, para ponerlo bajo este aspecto, al nivel de ejército francés, donde estas hijas obran prodigios, que como acabamos de ver, han excitado la admiración y el celo de los mismos periodistas anglicanos. En fin, los turcos también han abierto sus hospitales a esas admirables hijas, y las han acogido como seres celestiales. He aquí, pues, al cisma, a la herejía y al mahometismo, reducidos a pedir al catolicismo estos ángeles de consuelo, y reconociendo por este solo hecho, que la caridad verdadera, la caridad más fuerte que la muerte, es una planta exclusivamente católica, que no se halla en ninguna otra parte fuera

de nuestra Iglesia. Y he aquí también, por este mismo hecho, a las hijas de San Vicente de Paul, hechas unas apologías vivas de verdad, de la santidad, de la divinidad del catolicismo; y predicándole por medio de sus sublimes acciones a todos sus enemigos, con mayor eficacia que otros lo harían, con sus elocuentes discursos. De manera, que estos apóstoles de la caridad, son también verdaderos misioneros de la verdad en todo el mundo.

Traducción de una obra del Padre Ventura de Ráulica, titulada: "La Mujer Católica," por "UNA MEXICANA CATÓLICA". (1855)

Era su autor un convencido partidario del tradicionalismo, promotor de la restauración de la doctrina escolástica e influyente asesor del entonces Papa Pío IX. En este texto descalifica cualquier intento de enfermería laica profesional. El hábil uso de falacias, generalizaciones e impugnaciones más basadas en criterios dogmáticos que en argumentos racionales constituyen su base retórica para sostener que la actividad enfermería solo podría ser desarrollada por mujeres consagradas. Como quien no osa nombrar a un adversario demonizado, identifica apenas con una inicial a la contradestinataria de su discurso, brindándole empero un tratamiento que trasluce las expectativas de la iglesia católica de sumarla a sus propias fuerzas. ¿De quién estamos hablando?

Florence Nightingale

La cercanía de Nightingale al grupo dirigente en tiempos de la reina Victoria parece quedar de manifiesto en la forma en que esta señorita de clase alta, a punto de cumplir 30 años, soltera, sin vocación para seguir el destino que la sociedad le fijaba a las mujeres de su condición, el matrimonio y la familia, entró en contacto con

modelos alternativos de realización personal. Su amigo Christian von Bunsen, egiptólogo y embajador prusiano en Inglaterra, a quien Florence le consultó acerca de qué hacer para aliviar el dolor de los miserables, le regaló el Anuario de las Diaconesas de Kaiserswerth.

Corría el año 1848, Europa entera ardía en revoluciones de ideología socialista. Definitivamente, no era momento propicio para viajar por el continente. Para aliviar el tedio de su existencia, la joven Florence partió con un matrimonio amigo a visitar Egipto y Grecia. En su diario de viaje encontramos algunas revelaciones que nos resultan significativas para entender su acción posterior. Por ejemplo, en sus páginas hace una comparación entre Platón y Moisés. Aunque admiraba la filosofía platónica, destaca el rol activo de Moisés en la construcción del destino de su pueblo: “*Moisés fue el más grande, ya que mientras que Platón solo creó una escuela de influencia para el mundo, Moisés fue directo a trabajar en el mundo, como el cincel va directo a la piedra. Fue escultor, sabio, científico y artesano al mismo tiempo*”.¹

El día de su cumpleaños 30 escribió: “*Hoy cumplo 30, la edad en que Cristo comenzó su misión. De ahora en más no más chiquilinas, no más vanidades, no más amores, no más matrimonio. Ahora, Señor, hazme pensar sólo en Tu voluntad, lo que quieres que haga, Oh Señor, Tu voluntad, Tu voluntad!*”.² En los meses siguientes se muestra abúlica, inestable, sin llegar a definir sus próximos pasos. A mediados de 1850 se encuentra en Berlín. Allí escribe: “*Tenía tres caminos para elegir: podría haber sido una mujer casada, una escritora o una hermana hospitalaria. Entonces me parecía que todo lo que deseaba era alguien que esperara por mi regreso. No siento energías para hacer algo en Kaiserswerth. Seguir la voluntad de Dios también me parece lejano. No podría*”.³

A pesar de las incertidumbres, se presentó en casa de los Fliedner y permaneció allí dos semanas. Florence volvió un año después

1. CALABRIA, M. (1997) Pág. 38

2. CALABRIA, M. Op. Cit. Pág. 60

3. CALABRIA, M. Op.Cit. Pág. 69/70

a Kaiserswerth para recibir formación profesional, pese a la tenaz oposición de su madre y hermana, quienes ambicionaban otro destino para la mayor de las hijas. Al cabo de tres meses de duro entrenamiento, Fliedner le sugirió que publicara un relato sobre la vida en su establecimiento destinado a los lectores ingleses. Florence, por su parte, estaba deseosa de dar a conocer Kaiserswerth como un lugar en el que las mujeres podían recibir una educación útil.

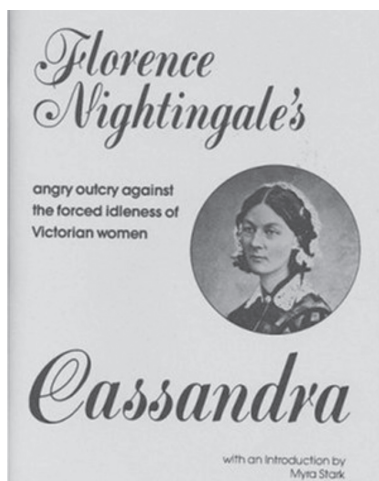
El opúsculo, publicado anónimamente, comienza con una crítica a la educación que se impartía entonces a las mujeres: [...] *aunque desde el punto de vista intelectual se ha dado un paso adelante, desde el punto de vista práctico no se ha progresado. La mujer está en desequilibrio. Su educación para la acción no va al mismo ritmo que su enriquecimiento intelectual*. Florence no encontró una aplicación inmediata a su recién adquirida formación, por lo que a su regreso en 1851, redactó un borrador de lo que ella denominó su “religión para artesanos”. Eran consideraciones filosóficas que publicó más tarde en tres volúmenes, en una edición privada con el título *Suggestions for thought for searchers after religious truth*.

En un capítulo de carácter autobiográfico titulado *Cassandra* que integra *Sugestiones...* hallamos un texto clave para entender la historia de la mujer del siglo XIX; allí lanzó un apasionado llamamiento a un nuevo tipo de educación.⁴

Adoptando el nombre de la mítica visionaria reflexiona: “*Las relaciones entre el hombre y la mujer, ¡qué frívolas, qué despreciables! ¿Podemos decir que eso es la auténtica vocación de una mujer, su carrera superior? Miren alrededor los matrimonios que conocen. El verdadero matrimonio –esa noble unión por la cual un hombre y una mujer conforman un ser perfecto- probablemente no exista sobre la tierra en el presente.*”

“*Mi padre no es como los otros hombres, él piensa que las hijas mujeres deben servir a su país al igual que los hijos varones, de esa manera*

4. ATTEWELL, A: (1998)



Tower.com

me crió. No tuvo hijos varones y en consecuencia me ha sacrificado a mí para el país, diciéndome que volviera con mi escudo o sobre mi escudo. El no piensa (como alguna vez oí a un muy buen y sabio padre decir) 'las niñas son todo lo que podría desear –muy alegres, muy atentas conmigo y muy divertidas– Mi padre cree que Dios envió a las mujeres, igual que a los varones, para ser algo más que alegres, atentas y divertidas'. En: *Cartas desde Crimea*.

Un año después, seguramente influida por lo vivido, visitó hospitales en Dublin y Belfast y en 1853, viajó a París donde residió con las Hermanas de Caridad en su orfanato y hospital. De vuelta en Londres, aceptó un cargo de superintendente en un hospital privado de mujeres.

La educación crea la profesión

El antecedente de Kaiserswerth

La Reforma elaboró una concepción de mujer en ciertos sentidos antitética al ideal católico, ya que no otorgaba valor especial a la virginidad ni a la vida enclaustrada. Desde el principio, consideró el matrimonio (y la vida secular) como el contexto en que se desarrollaba mejor la fidelidad cristiana. El siglo XIX asistió a la entrada de la mujer en ciertas profesiones en instituciones relacionadas con el protestantismo.

Mostrarse piadosa en público y comprometida en actividades so-



Meetin.org

do Theodore Fliedner de Kaiserswerth en Prusia. A esta le siguió la Clínica Elizabeth, en Berlín, donde se atendían enfermos. En Francia, el reverendo Antoine Vermeil fundó a Casa de diaconesas de Reuilly en 1841. La fundación de estas casas se relaciona con la creencia novedosa de que la sociedad tiene que proveer cuidados saludables y educación a los pobres.

Fliedner había conocido en Londres a Elizabeth Fry y vio su trabajo en Newgate, que lo impresionó hondamente. En Holanda entró en contacto con las diaconesas Menonitas que vivían en sus propias casas, pero trabajaban en la parroquia con pobres y enfermos. Al respecto escribió: "... por qué la Iglesia moderna no conserva sus rasgos apostólicos; debe destruir las cosas buenas? Para cuántas mujeres estas actividades abrirían un campo nuevo y agradable?".⁵

La mujer de Fliedner, Fredericke Münster estaba destinada a ser la madre de la renacida orden apostólica de las diaconesas y la antecesora inmediata de la enfermería moderna.⁶ Registró sus reflexiones en un pequeño libro que por mucho tiempo fue la guía de quienes capacitaban a las diaconesas. Este libro, el primero en ser escrito por una mu-

5. IBÍDEM, pág. 6

6. IBÍDEM, pág. 7

jer, no fue hecho público. La clave de sus enseñanzas parece ser una sentencia inscrita en la portada que decía: “*Nunca sacrifiques el espíritu de una obra por causa de su técnica*”, premisa que configura toda una enseñanza ética. Fredericke tejió una gran amistad con Elizabeth Fry: dos mujeres sensibles, movilizadas por el amor al prójimo que pudieron pasar por sobre las barreras idiomáticas. Fredericke murió de parto en 1842. Con ella se cometió una grave injusticia: mucho se ha escrito sobre Fliedner y el resurgimiento de las diaconesas, atribuyéndole la totalidad de la obra. El redescubrimiento de Fredericke tiene que ver con el trabajo de una enfermera inglesa, la señora Bedford Fenwick, (de quien nos ocuparemos más tarde) que en el encuentro en Berlín del Consejo Internacional de Mujeres de 1904, presentó una ponencia en que recuperaba la enorme tarea de la mujer de Fliedner, olvidada aún en la misma Alemania.



Mort Künstler: Freedom
Eumed.net

Las postulantes a diaconesas tenían entre dieciocho y cuarenta años, debían acreditar buena salud mediante un certificado médico y buena conducta certificada por la autoridad clerical; se requería que aportaran un relato de su vida invocando las razones que la inducían a dar ese paso (la misma Nightingale cumplió con este requisito para visitar Kaiserswerth) y debían tener el debido

consentimiento de sus padres o guardianes por escrito. Su carácter debía ser el de una buena cristiana, “sin rasgos de melancolía o depresión”; en cuanto a su educación, tenían que leer y escribir con fluidez, poseer ciertos conocimientos de aritmética y de las tareas domésticas –costura, cocina, lavado.– Les esperaba un período de instrucción que variaba de seis meses a tres años. Durante el primer año, recibían alojamiento, pero debían afrontar sus gastos cotidianos y aportar su

propia ropa -salvo gorro, cuellos y delantales- provistos por la institución y marcas de su pertenencia. Ya en el segundo año, se les proveía de ropa y se pagaban sus gastos.

Cuando el Inspector y el Superintendente consideraban que había llegado el momento, se las presentaba en reunión de hermanas y se las consagraba a trabajar en la capilla. No hacían votos de ninguna clase, pero se comprometían a permanecer en la institución durante cinco años, a cuyo término tenían la opción de renovar el compromiso o retirarse.

La institución de Diaconesas tenía representantes a lo largo del mundo: hospitales en Constantinopla y Pesh, escuelas en Constantinopla, Bucarest y Florencia, Jerusalén, Beirut, Smirna y Alejandría. En Estados Unidos, hospitales y orfanatos en Rochester y Pittsburg.

Hacia 1850, varias diaconesas fueron enviadas a Pittsburg, Estados Unidos: allí había epidemias de tifus y cólera, y el trabajo de estas mujeres había sido difundido por el sínodo luterano. A pesar de la estricta disciplina, las diaconesas resultaban más libres y llevaban una vida más natural que las monjas.

Aunque su trabajo no era pago, abrió un nuevo campo de acción para la época. Este movimiento aportó las bases para el entrenamiento de mujeres protestantes en tareas útiles para la sociedad y fue pionero en un orden social estrecho y conservador, instalando la concepción de una forma de trabajo honorable y digno. Aunque no se les requería ser célibes, eran estimuladas a hacer de su trabajo una forma de vida y, audazmente, se les señalaba que el matrimonio no era el único ni el más noble destino para una mujer.⁷ La combinación de una disciplina profesional muy exigente con cierto anhelo de equidad social, inspiró el perfil de las primeras escuelas en América del Norte, más fuertemente que el sistema inglés en donde las distinciones de clase eran una marca distintiva.

El año 1866 demandó la expansión de la institución: guerra,

7. IBIDEM, pág. 39

cólera y viruela asolaron Alemania.

En un libro que difunde la vida y obra del Pastor Fliedner de Kaiserswerth, su autora nos lo presenta como “pastor y doctor en Teología, por gracia de Dios, restaurador del oficio apostólico de las Diaconesas”. Rescata las muestras de sacrificio de muchas mujeres durante las guerras napoleónicas y cita a Lutero, quien reconocía que “la disposición para compadecerse del sufrimiento ajeno es más fuerte entre las mujeres que entre los hombres”.

El libro reseña las dificultades iniciales para la instalación de las diaconesas: Kaiserswerth era una zona mayoritariamente católica y se vaticinaba el fracaso del proyecto por causa de que las aspirantes no harían votos de celibato. A favor de Fliedner, estaba la familia real: el rey Federico Guillermo III creó, en 1838, la Sociedad de Diaconesas. Su hijo y sucesor en el trono, fue un entusiasta y asiduo visitante de la institución. En 1838 ya había diaconesas ejerciendo como enfermeras en casas privadas, y en 1839, dos de ellas fueron enviadas a una workhouse en Frankfurt, para ejercer la superintendencia de los pobres allí alojados. Se trataba de establecimientos que recluían a los desempleados crónicos, considerados “fallas del sistema” por no poder conseguir trabajo, a los que se proveía de una cama y una comida diaria mientras intentaban integrarse en el campo laboral.

Varios escenarios de práctica para una única profesión

Existe una larga interacción entre los movimientos forzados de personas que generan las guerras y las campañas militares y las epidemias. Desde el punto de vista epidemiológico, las condiciones de desplazamiento a áreas ecológicas diferentes de las propias, el hacinamiento y las condiciones ambientales del campamento militar, los riesgos de intoxicaciones alimentarias frente al sistema de cocina concentrada, las posibilidades de contaminación espontánea o intencional de las fuentes de agua, constituyen, entre otras, causas su-

ficientes y necesarias para que las epidemias se desarrollen, y hasta puedan cambiar el curso de la historia.

Las heridas de guerra y las precarias condiciones para atender a los heridos, multiplicaban el riesgo de enfermedad y muerte o discapacidad permanente, con una atención precaria y, a todas luces, inadecuada.

Como plantea Mc Neill, luego de la gran catástrofe sanitaria sufrida en sus aventuras de ultramar por las huestes napoleónicas en Haití, el Estado francés percibió claramente la necesidad de organizar la sanidad militar, lo que generó un espacio significativo de observación epidemiológica y de ensayo de medidas preventivo-curativas en poblaciones muy acotadas; mucho de lo cual sería luego transferido como experiencia para la atención de la población civil, muy especialmente para aquella asentada en las grandes ciudades. La sanidad militar francesa, desarrollada desde principios del siglo XVIII, se iba a caracterizar no sólo por la presencia de médicos, sino por las hermanas de la caridad cumpliendo funciones simultáneas de enfermería y de asistencia espiritual de los heridos.

Las ciudades a su vez han sido devastadas por epidemias desde tiempo inmemorial, pero en la época que nos ocupa, aún estaban presentes las hambrunas y pandemias de los siglos precedentes cuando toda Europa resultó brutalmente atacada por epidemias de peste bubónica y viruela.

A fines del siglo XVIII, las ciudades son reconfiguradas por los fuertes requerimientos de fuerza laboral de la revolución industrial. Se comenzó a generar una fuerte migración desde el campo, generando polaridad social y condiciones ambientales propicias para el desarrollo de nuevas endemias y epidemias que aprovechaban las condiciones de hacinamiento, trabajo infantil, desnutrición y graves falencias de saneamiento.

La vulnerabilidad de las ciudades europeas y americanas se va a ver incrementada por los barcos de vapor y por las grandes obras de ingeniería (Canal de Suez) que acercan las enfermedades endémicas

en Asia (cólera) y en África (fiebre amarilla) a este lado del mundo.

Los descubrimientos de la sanidad militar interactuando con el urbanismo promueven el desarrollo del hospital moderno y las experiencias comunitarias para generar mejores condiciones de vida de las poblaciones más desfavorecidas. Esto constituye tres escenarios complementarios y sinérgicos para el desarrollo de una nueva profesión que incluía nuevamente, aunque en una posición subordinada, a las mujeres en la función social de la salud.

Constituyéndose simultáneamente con el surgimiento de la medicina como una profesión patriarcal y reunificada, la enfermería se conforma como una corporación profesional a partir de su constitución en dos cuerpos que básicamente reflejan la lógica de una fuerza laboral integrada por mujeres de sectores populares que serán lideradas, formadas y representadas por otras mujeres de extracción social más acomodada, muchas de las cuales por su condición de clase consiguen “negociar” con los médicos una división del trabajo que terminará siendo diferente en cada momento histórico y en cada lugar concreto.

Surgen en esta época lo que algunos influyentes autores como Amitai Etzioni denominan “semiprofesiones”, encuadrando allí el trabajo femenino como enfermeras, maestras y trabajadoras sociales. Este concepto se basa en un modelo predominantemente androcéntrico que toma los proyectos profesionales masculinos como paradigmas, así las mujeres sólo accederían a semi-profesiones.

¿Qué tenían en común la enfermera del hospital de campaña recibiendo heridos desde el campo de batalla, la enfermera de los hospitales urbanos mayoritariamente dedicados a atender pobres y las enfermeras visitadoras recorriendo barracas, tugurios y barrios obreros?

El carácter social de las prácticas, el molde relativamente estandarizado de las experiencias profesionales, una disciplina de corte militar reportando a supervisoras de la misma corporación, una subordinación a las indicaciones de los profesionales médicos, una cierta templanza tanto para enfrentar el desaseo personal, la polución del

ambiente, el cuidado del cuerpo sufriente y un cierto sentido maternal puesto al servicio de esas tareas...

Pero probablemente estas prácticas se hubieran desgajado si no fuera por el proceso de formación que, ya sea desde la formación católica (para la época representada por las hermanas de la caridad), o desde la formación de las diaconesas en el caso de Kaisserwelth, parecen preparar para todos los frentes o los escenarios planteados

En ese contexto: comunidad, hospital y sanidad militar se complementan frente a los enfermos que, tanto los conflictos bélicos como los sociales producían al por mayor, desbordando ampliamente la capacidad terapéutica de la medicina de la época.

La diferencia de clases al interior de la enfermería queda puntualizada en la autobiografía de una de las pioneras, Elizabeth Davis, quien nos transmite una mirada crítica: *“Yo no desvalorizo los servicios de ninguna señora, pero las auténticamente nobles, nacidas en altas cunas no están acostumbradas al trabajo manual rudo ni son lo suficientemente fuertes para enfrentarlo. Al ejecutar oficios serviles se exigen demasiado y hieren los sentimientos de los hombres, sensibles a la incomodidad que tales tareas provocan en damas de clase alta. Ellas pueden ser adecuadas para gobernar pero para los servicios generales resultan más útiles las personas de otra clase, que pueden poner sus manos en cualquier parte”*.⁸

El dispositivo de ingeniería social incrustado en estas prácticas resultará progresivamente revelado desde una mirada contemporánea. La noción de panóptico como tecnología de control social difuso, inicialmente pensado para la arquitectura carcelaria y luego extendida al cuartel, la escuela, la fábrica, el urbanismo y el hospital se plasma en la disposición de las camas y en la central de enfermería, y muestra la raíz común de un mecanismo de control desarrollado y apropiado inicialmente por los padres de la salud pública: Chadwick -discípulo dilecto de Jeremias Bentham-, William Farr y John Snow.

8. DAVIES, Elizabeth; Autobiografía

Pero será la propia trayectoria de Florence Nightingale, en su larga y prolífica vida de profesional y de reformadora social, la que va a resultar fundamental para mantener unida la profesión en estos tres escenarios de práctica.

El escenario militar

Eran tiempos complejos y quizás, la obra de Nightingale, no hubiera adquirido las connotaciones que alcanzó sin su debut y consagración social y política en el escenario militar.

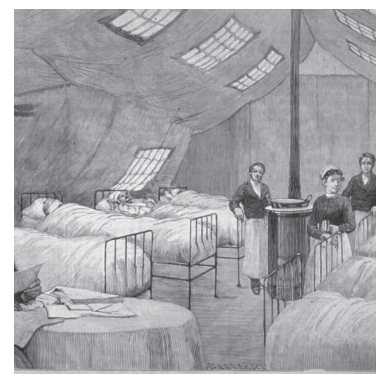
Una joven mujer de extracción social alta supera las resistencias familiares, y luego de una intensa formación en Kaisserwerth y en París con las hermanas de la caridad, regresa a Londres. Aun no ha logrado ingresar a ninguna institución hospitalaria paradigmática, iniciándose en un asilo de ancianas acomodadas cuando, en 1854, es inesperadamente convocada a colaborar con el gobierno británico en una guerra que ya estaba siendo criticada.

Nightingale no hubiera tenido el impacto y el prestigio que tuvo si su fuerza y empuje no la hubieran llevado a un espacio nuevo, adonde ni las mujeres ni la enfermería habían osado ingresar en el pasado: la organización de la sanidad militar.

“..Durante la guerra de Crimea, la sociedad tenía mayores expectativas y la población estaba mejor informada del desarrollo de los acontecimientos gracias a las noticias del frente que enviaban los corresponsales de prensa. La preocupación por el bienestar de los soldados, que se manifestó como una oleada en la opinión pública, permitió al Secretario de Estado para la Guerra, Sidney Herbert, tomar una medida radical. La designación de Florence Nightingale para dirigir a un grupo de enfermeras no tenía precedente alguno. Ninguna mujer había ocupado antes un puesto oficial en el ejército y su nombramiento podía tener resultados interesantes, ya que se trataba de una enfermera experimentada, muy inteligente, pero nada dispuesta a aceptar órdenes de

*una jerarquía cerril”.*⁹

Como hemos señalado, bajo la influencia francesa, en pocos años, todos los ejércitos modernos contaban con servicios de sanidad, lo que generó un avance significativo en la observación de las enfermedades epidémicas, muchas de ellas circulando bajo formas aparentemente antojadizas, pero con patrones develables a los ojos expertos, que comenzaron a comparar las incidencias diferenciales en los diversos sectores del ordenado campamento militar, casi anunciando el nacimiento de la epidemiología con saberes que luego pasarán al urbanismo.



Mort Künstler: Freedom
Eumed.net

Pero el sufrimiento y la austeridad del hospital militar de campaña parecían destinarlo a disuadir a quien quisiera simular una enfermedad, más que a curar o a mitigar el dolor. Aún cuando ya existía la anestesia, se seguía poniendo a prueba el heroísmo en la resistencia a cirugías mutilantes sin utilizarla, ni considerar las consecuencias del propio dolor sobre los resultados de las mismas.

No será de extrañar entonces, que el hospital militar viera morir a más soldados que el propio campo de batalla. Así, cuando un grupo de enfermeras bajo el mando de Nightingale trae con énfasis y entusiasmo los beneficios de la higiene, la antisepsia, la anestesia y el “orden que salva vidas”, los resultados son tan concluyentes que, difícilmente, se volvería atrás en una profesión naciente que literalmente tuvo su bautismo de fuego en los territorios de Crimea.

“Florence entendió inmediatamente cuál era la situación en Escuta-

9. ATTEWELL Alex Florence Nightingale (1820 - 1910) UNESCO pp. 4-5

ri, donde se encontraba el principal hospital británico. Como no deseaba ganarse la antipatía de los médicos, lo que habría dificultado las posibles reformas, sus primeras medidas fueron someter a sus enfermeras a la autoridad de los médicos e instalar una lavandería en el hospital. En tan sólo un mes ya había conseguido mejoras en el mantenimiento de las salas, había obtenido ropa de cama y prendas nuevas para los soldados y había mejorado las comidas del hospital⁹.

Además de supervisar la asistencia a los pacientes, escribió cartas en nombre de los soldados, organizó un sistema para enviar dinero a sus familias y proporcionó juegos y cuartos de lectura a los convalecientes. Se enfrentó tanto con las autoridades militares como con el servicio de intendencia y no dejó ni un momento de descanso al director de los servicios médicos militares. El creciente interés del público por sus iniciativas dio a su opinión una fuerza de la que no disponían los reformadores en las filas del ejército. Muchas de las recomendaciones de la directora de enfermeras al Secretario de Estado para la Guerra se convirtieron rápidamente en nuevos reglamentos militares.¹⁰

Nightingale viaja con un grupo de enfermeras eclécticamente reclutadas entre protestantes (anglicanas) y católicas (irlandesas) y muy rápidamente entra en escena ya que, a las resistencias iniciales, se le contraponen la necesidad de atender una enorme cantidad de heridos, fruto de una estrategia militar inadecuada.

Siendo ella misma una mujer religiosa termina de convencerse en Escutari de la necesidad de una enfermería laica que, sin embargo, pueda apropiarse de la “moral religiosa”. Las críticas provenían de Londres, adonde había llegado la información de que algunas de las enfermeras del grupo habían desarrollado también tareas pastorales.

Es probable que las técnicas de enfermería no hayan sido muy diferentes de las mejores prácticas que ya por la época se conocían. Probablemente el impacto de la labor de Nightingale haya sido mayor en el ámbito de la administración de los hospitales militares que

10. LEWITT op cit pp 5

por primera vez tomaban a la enfermería seriamente.

Su entrega personal ha sido ampliada por los medios. Crimea es la primera guerra en la que los corresponsales utilizan el telégrafo para informar a sus lectores de la metrópolis y la fama de Nightingale, recorriendo las extensas salas incansablemente de día y de noche (la dama de la lámpara llevando luz a los espacios oscuros), se fija en la opinión pública al punto que, a fines de 1855, cuando aun la guerra no ha terminado, la filantropía crea el fondo Nightingale para que, cuando regrese, se encargue de la reforma, ya vivida como imprescindible, de los hospitales civiles de Gran Bretaña.

La película Florence¹¹ resulta una interesante recreación de época. La historia registra las relaciones políticas de Nightingale que le habilitan para realizar ese viaje con un pequeño pero muy preparado grupo de enfermeras y las relaciones sociales que le permiten además llegar con un importante volumen de insumos sanitarios.



Existe en el film un clímax de la presencia de Nightingale en Escutari discutiendo fuerte, pero respetuosamente, con el Jefe de Sanidad y con los médicos militares, negociando con habilidad, en los momentos en que el número de heridos vence la resistencia de la jerarquía militar: “el milagro no es lo que mis enfermeras puedan hacer sino lo que el ejército nos deje hacer” declara, controlando la ansiedad de sus enfermeras a quienes pide una subordinación y respeto, como fundando y configurando un verdadero manual de relaciones enfermera-médico. ”Tendremos que mordernos nuestras lenguas y

11. “Florence” es una película para la televisión norteamericana realizada en 1985 por Daryl Duque basada en el libro “Victorians Eminentes” de Strachey L. considerado un crítico irreverente que sin embargo coloca la figura de Nightingale en una dimensión más humana e histórica, en cierta manera desmitificando su figura.

demostrarle al ejército que somos fuertes... ser pacientes, silenciosas y delicadas como una enfermera debe ser”.

El forcejeo inicial entre una sanidad militar controlada por hombres y el escepticismo de los médicos militares a cargo es utilizado -al igual que el contrapunto con Sarah Gamp- como una herramienta didáctica, en el mismo sentido que lo haría una obra del teatro griego. “Antes y después de la obra de Nightingale” es la noticia, es la obra perfecta, para los periódicos londinenses que, como vimos, ahora llega rápidamente al público londinense. La historia de la sanidad militar había cambiado para siempre y era fruto de la acción de “una” mujer.

El entrecomillado no intenta reducir méritos, mas bien intenta llamar la atención sobre procesos que fueron más complejos; pretende destacar que las tareas fueron realizadas por un grupo de mujeres que arriesgaron sus vidas pero que, traducido al lenguaje de los medios, debía necesariamente viajar en el género literario de los “corresponsales de guerra”, proclives a generar héroes o heroínas.

Si bien la versión individualista de la historia hace de Nightingale la gran heroína de Crimea, no fue sola al escenario de la guerra; en efecto, distintas comunidades enviaron enfermeras. Fueron 38 las mujeres que la acompañaron: 14 enfermeras de distintos hospitales, 6 hermanas de piedad del Hogar de San Juan, 8 provenientes de una hermandad anglicana, 5 monjas católicas provenientes del orfanato Norwood y otras 5 de las Hermanas de la Misericordia de Bermondsey. Al frente del grupo, la señora Bracebridge como coordinadora, y Florence Nightingale como Superintendente. El Secretario de Guerra, Sidney Herbert, le transmitió al grupo que confiaba en que ninguna de las enfermeras usaría su lugar “para cuestionar o interferir en las opiniones religiosas de los pacientes bajo ninguna circunstancia”.¹²

Una parte del grupo volvió a Inglaterra rápidamente. De las monjas de Norwood, Nightingale diría: “Excelentes, gentiles y devotas, más

12. GILL, G. (2005) Pág. 316.

*apropiadas para el Cielo que para un hospital, flotaban como ángeles sin manos entre los pacientes, socorrían sus almas, mientras sus cuerpos quedaban sucios y desatendidos. Buscaban ansiosamente la propia mortificación. Pero yo no vine para mortificar monjas sino para cuidar a los heridos”.*¹³

Las relaciones internas del grupo fueron difíciles. Surgieron resistencias a los propósitos que la propia Nightingale defendía, cuestiones que básicamente refieren a tres puntos: 1) su postura anti casamiento. Estaba convencida que el estilo promiscuo que había marcado las relaciones entre el personal de enfermería y los médicos en los hospitales públicos, era una barrera para el ingreso de mujeres educadas provenientes de la clase media. 2) claramente prefería al personal proveniente de las clases populares para formar un cuerpo eficiente y trabajador y no le interesaba rodearse de damas de la clase alta. 3) sus opiniones religiosas eran polémicas: continuaba siendo anglicana pero tenía excelentes relaciones con el clero católico. En cambio entre el grupo que viajó a Crimea las anglicanas subestimaban a las católicas, no sólo por católicas, sino por irlandesas, añadiendo un componente etnocéntrico al problema.

Adicionalmente, la presencia de enfermeras en Crimea difundida y magnificada por la prensa británica, tenía otra finalidad. Mientras que los resultados en el campo de batalla eran adversos, la prensa seguía alentando el belicismo del pueblo inglés alabando el heroísmo de los soldados anónimos y, sobre todo, construyendo la leyenda de “la dama de la lámpara”: sus acciones fueron revestidas de coraje, altruismo y compasión; una combinación de valores que la Inglaterra victoriana consideraba fundamentales para que sus súbditos apoyaran activamente la construcción de un imperio. Con relación a esa etapa de la historia inglesa, también allí veremos la activa participación de Nightingale. Al concluir la guerra de Crimea, presentó un extenso informe que tituló *Notas con relación a la*

13. GILL, G (2005) Pág. 353

Salud, Eficiencia y Administración Hospitalaria en el Ejército Británico, donde incluía tablas estadísticas, análisis críticos, testimonios directos y observaciones personales. Muchas de sus recomendaciones fueron tomadas en cuenta para reestructurar al ejército: la creación de una escuela de medicina militar o del Departamento de Estadísticas entre ellas.

El mito que comienza a crearse no estaba, sin embargo, muy lejos de la realidad. La tarea de enfermería en el campo de batalla se dio en un escenario en el que Inglaterra perdía cuatro hombres en los hospitales militares por cada caído en el campo de batalla.

Volvía así la mujer a ocupar un espacio en el territorio de la salud, pero ahora un espacio complejo, por un lado dignificado y prestigiado como profesión, como hábito, como orden, como saber, como práctica, pero también una profesión subordinada, acotada a la indicación, al señalamiento de otro saber que se consideraba -y aún hoy se considera- jerárquicamente superior, sumando el carácter médico al del grado militar.

La enfermería en el escenario hospitalario

“El hospital es bueno sólo para los enfermos más graves, para todos los otros es un depósito donde los nerviosos se ponen más nerviosos, los tontos más tontos.” F. Nightingale (Informe de 1854)

La historia del hospital, como hemos visto, puede ser narrada desde distintas perspectivas, según que se considere qué es un hospital. Si nos atenemos a la genealogía del nombre, y a la hospitalidad, había instituciones de acogida en China, India o Egipto varios siglos antes del surgimiento del cristianismo. Pobres, enfermos, alienados, desprotegidos, huérfanos o viudas y extranjeros, compartían la necesidad de alojamiento.

Si tomamos un sentido más restringido, considerando hospital

sólo cuando la institución se restringe a atender y cuidar enfermos, la situación puede cambiar y remitirnos a momentos más recientes de nuestra historia, como vimos en algunos templos egipcios y, sobre todo, en el hospital bizantino, en donde las tradiciones de Oriente y Occidente se encontraron.

Más complejo es entender las relaciones estrechas que se dan entre cada momento histórico, cada formación económica y social, cada nivel de desarrollo tecnológico de la propia medicina y esta institución.

Al respecto, Terrada señala *“la enfermedad crea dependencia. Los enfermos necesitan no sólo tratamiento médico, sino también cuidados personales y cobijo. A través de la historia, la sociedad ha aceptado tal necesidad como una responsabilidad de la vida comunitaria, y ha ido creando distintas instituciones para proporcionar a los necesitados los servicios necesarios, puesto que las tendencias en el desarrollo de la caridad aparecen profundamente arraigadas en la dinámica social de protección, patronazgo y conflicto social. El hospital, una de estas instituciones, se ha convertido en la actualidad en el eje de cualquier sistema sanitario moderno. No obstante, esto no ha sido siempre así, ya que la forma y estructura de los hospitales ha estado siempre estrechamente ligada a las diferentes condiciones económicas, políticas, culturales y sociales que rigen la vida del hombre. Por ello, no es lo mismo un hospital actual, reflejo de una sociedad de clases y de un sistema económico capitalista, que un hospital medieval, inserto en una sociedad y economía feudal, sin un Estado articulado, o un hospital moderno, reflejo de una economía de transición, de un Estado absoluto, o de una sociedad con unos estratos burgueses cada vez más poderosos. Pero además, como institución médica, estará íntimamente relacionado, tanto en su estructura como en sus fines, con el pensamiento médico del momento• Este aspecto es tan importante que determina, no sólo el tratamiento que deben seguir los enfermos, sino la propia construcción del hospital según las ideas de ventilación,*

higiene, prevención etc. de cada momento".¹⁴

Como hemos visto, al regresar a Inglaterra Nightingale se había vuelto un símbolo de tenacidad y trabajo, quizás la única buena noticia de una guerra que fue un desastre en lo militar.

La fama y la imagen se habían concretizado en un fondo denominado justamente: Fondo Nightingale, reunido por la filantropía de la época para solicitar, y en parte para forzar a Florence, a que se hiciera cargo de la tarea de reformar los hospitales de Inglaterra, un fondo que parece no haber contado con su autorización, lo que brinda una idea de la enorme expectativa que se había creado alrededor de ella.

Los planes iniciales de Nightingale eran muy otros. Aun impactada por las vivencias de Crimea, quería utilizar su impulso para realizar una investigación sobre la propia sanidad militar, lo que le llevó buena parte de su energía hasta 1861, en que finalmente se conoció el informe que dejaba por cierto muy mal parados a los altos mandos en Crimea.

Por ello al llegar a Londres, seguramente advertida de la expectativa, logra escabullirse y escapar a todos los reconocimientos y agasajos, lo que en una sociedad dominada por la filantropía lejos de reducir, expandió su imagen.

El hospital como campo de reformas

Los hospitales de las ciudades eran como prisiones, con paredes desnudas, y despojadas de toda decoración: habitaciones oscuras, ventanas pequeñas, por las que apenas entraba el sol; salas lúgubres donde se amontonaban cincuenta o cien pacientes, las camas estaban tan próximas entre sí que la limpieza se hacía casi imposible. El aseo de los enfermos ni se intentaba, las sangrías y las purgas eran los

14. LÓPEZ TERRADA María Luz El hospital como objeto histórico. Los acercamientos a la historia hospitalaria. En: Revista d'Història Medieval 7, pp. 192-204 Universidad de Valencia

tratamientos habituales para cualquier dolencia. Para dirigirlos, se nombraba a civiles, y las enfermeras de la época eran las encargadas de ayudar. Estas mujeres no tenían rol alguno en la dirección de los hospitales, ni en la organización de la enfermería,

“Las enfermeras deben obedecer las órdenes de la matrona en cuanto a cambiar la ropa de la cama y de los pacientes; la sábanas una vez cada 15 días; las camisas una vez cada cuatro días; gorros, calzoncillos y calcetines, una vez a la semana, o más a menudo si resulta necesario” recomendaba una ordenanza hospitalaria de fines del siglo XVIII.



Era muy difícil convencer a personas válidas, que se dedicaran a la enfermería en los malolientes hospitales municipales.

Las enfermeras eran reclutadas entre antiguas pacientes, presas, y de los estratos más bajos de la sociedad; fregaban, lavaban, limpiaban y trabajaban muchas horas -a veces 24 o 48 horas interrumpidas-; en esencia, era una vida de fatigas. Y por supuesto, carecían de posición

social. Nadie se dedicaba a la enfermería si tenía la posibilidad de ganarse la vida de cualquier otra forma.

Dickens, el novelista más famoso de la Inglaterra victoriana, creó una caricatura de la enfermera tradicional en su obra *Martin Chuzzlewit*, en cuyo prefacio de 1867 dice:

“En todas mis obras espero haber aprovechado cada oportunidad disponible para mostrar mi deseo de mejoramiento sanitario en los hospitales de los pobres. Sarah Gamp era, hace 24 años, una representación puntual de la asistente que contrataban los enfermos pobres. Los hospitales de Londres que, en muchos aspectos eran instituciones



nobles, en otros resultaban muy decepcionantes. Los Hospitales, con sus propios fondos, debían haber dejado a la empresa privada participar para intentar mejorar esa clase de personas, por cierto muy mejorada desde entonces a través del agenciamiento de buenas mujeres”.

Nightingale será fundamental para cambiar este panorama.

Inmediatamente de culminar sus estudios en Kaiserswerth, va a realizar una gira por varios países europeos quedando gratamente impresionada por la arquitectura hospitalaria francesa, a partir de la cual, consolida su posición miasmática, alejándose de los contagionistas en aquella ardorosa polémica que dividía a los salubristas del siglo XIX.

Cuando en 1853 visitó el Hospital Lariboisière en París, quedó favorablemente impresionada por sus salas, construidas a modo de pabellones. Estas salas estaban especialmente diseñadas para recibir la luz y el aire fresco, al tiempo que permitían que los “efluvios malignos” o “miasmas” pudieran disiparse entre los largos y estrechos bloques. Su estudio sobre la disminución de la mortalidad en Lariboisière contribuyó a confirmar la denominada “teoría de los miasmas”, que sostenía que la enfermedad surgía espontáneamente en los espacios sucios y cerrados”.¹⁵

Pero, para darnos una idea del por qué de la premura que existía por encarar la tarea de reformar los hospitales, podemos también apelar a la introducción del libro que ella escribiera pocos años después, y que deviene una de las primeras obras sistemáticas de admi-

15. FLORENCE Nightingale Serie: Biografías en Español “Protestantes que dejaron huella en la historia” <http://biografias.blogspot.com/2006/11/florence-nightingale.html> visitada el 20 de agosto 2009

nistración hospitalaria, trasladando su experiencia internacional y en el campo militar, a la esfera civil. Se trata de la obra **Hospitales** que, en su tercera edición aumentada y en su mayor parte reescrita -publicada en Londres por Longman en 1863- comienza con un prefacio que dice: “*Puede parecer un extraño principio para enunciar como un primer requerimiento a un hospital que éste debería no hacer daño al enfermo. Es bastante necesario sin embargo explicitar este principio, ya que la actual mortalidad en los hospitales, especialmente en aquellos ubicados en las ciudades grandes y populosas, es mucho más alta que lo esperado, si nos basamos en la mortalidad que el mismo tipo de enfermedad presenta entre pacientes tratados fuera del hospital*”.¹⁶

En una revisión de la estructura de esta obra, que consta de poco menos de 200 páginas, tematiza los siguientes aspectos:

- I. Condición sanitaria de los hospitales
- Cuatro defectos a los cuales atribuir las enfermedades hospitalarias
- II. Defectos en los planos y la construcción de los hospitales existentes
- III. Principios de la construcción de hospitales
- IV. Mejora de los planes hospitalarios
- V. Hospital de convalecientes
- VI. Hospital de niños
- VII. Hospitales militares en la India
- VIII. Hospitales para las esposas de los soldados
- IX. Estadísticas hospitalarias
- Apéndice: sobre diferentes sistemas de la enfermería hospitalaria

Es justamente en este apéndice en donde Nightingale expone su criterio sobre la dirección hospitalaria y el clima institucional, definiendo 5 modelos de gestión que luego clasificará de mejor a peor:

Caso 1: *hay en general un alto grado de cuidado de los enfermos y un alto sentido de la moralidad entre las hermanas hospitalarias protes-*

16. NIGHTINGALE, F. Hospitals. Preface

tantes y católicas y la autoridad del hospital está a cargo de un secular.

Caso 2: *hay en general un bajo grado de cuidado de los enfermos aunque una alta moralidad entre las hermanas hospitalarias y la autoridad del hospital no es un secular.*

Caso 3: *hay un muy elevado cuidado de los enfermos aunque baja moralidad entre las enfermeras que tienen una conducción femenina y secular separada de la autoridad del hospital, que también es secular.*

Caso 4: *hay un nivel de cuidado de los enfermos similar al caso 2 aunque no hay ninguna moralidad sino más bien una destrucción terrible de la vida y del alma entre las enfermeras que, junto al hospital están bajo la misma autoridad secular de un hombre.*

Caso 5: *no hay cuidado de los enfermos, ni moralidad, ni siquiera disciplina donde los enfermeros son hombres y donde, estos y el hospital, están bajo la autoridad secular de un hombre.*

El caso 5 es el peor estado de todos, el caso 2 es quizás el segundo peor.

“Desde cualquier perspectiva la idea un orden religioso es siempre, de alguna manera, preparar a los enfermos para la muerte. La idea de un orden secular es la de recuperarlos para la vida. Y la enfermería será acorde a ese orden”.

La conclusión de la autora es prescribir una combinación de ambos órdenes, según sus propias palabras: *“Habrá en el orden religioso alguna negligencia en el cuidado físico (generalmente involuntario); habrá en el orden secular alguna negligencia en el cuidado moral. Unamos las dos y habrá muy poco descuido de ambas cosas. Por supuesto que en todo esto hay excepciones, en este apéndice solo estamos hablando de la enfermería como sistema”.*¹⁷

En este texto surgen pistas para comprender el movimiento que está surgiendo y que desborda la historia de una persona por carismática que ella sea. Las ciudades de la revolución industrial se están sobrepoblando de personas que viven en condiciones ambientales y sociales muy desventajosas; los hospitales, ya de por sí bastante

17. NIGHTINGALE, Hospitals. Pág. 187

malos, ahora se están abarrotando, creando condiciones bastante parecidas a las de los hospitales militares; la enfermería profesional parece una solución que incluye, no sólo a las graduadas, sino a las mismas alumnas que pasan a cumplir un rol fundamental en la fuerza laboral de aquellos hospitales que fundaban escuelas de enfermería. Sin embargo, estas escuelas no estaban bajo la tutela de los directores de hospitales, sino de mujeres de la filantropía, y además, podía haber monjas católicas o diaconesas protestantes (anglicanas) o ambas. Justamente en esta última frase, nos da una idea de la posición desde donde Florence Nightingale está liderando la profesión. No tanto siendo ella misma una enfermera, sino una verdadera organizadora y referente de la administración hospitalaria que reorganiza el hospital desde la perspectiva de enfermería, desde la perspectiva de un cuidado profesional de los cuerpos y de las almas.

Por ello, al poco tiempo, comenzó su tarea civil impulsando la construcción del Hospital de Saint Thomas

El hospital de St. Thomas fue el primero en ser erigido según el principio de pabellones. Por su tamaño fue el de mayor costo construido en Europa, con 7 pabellones que albergaban 588 camas, siguiendo las reglas de Nightingale. Cada sala tenía capacidad para 28 camas con el suficiente espacio entre cada una. Las dimensiones hacían difíciles las comunicaciones del personal, lo que se resolvió cuando en 1881 se introdujo un sistema que Florence denominó “comunicación telefónica”. Los pisos eran de madera y las paredes de cemento lavable. Las ventanas fueron fabricadas en Suecia: tenían dos paneles inferiores y uno superior, cercano al techo, para remover el aire de las salas.

El número de aspirantes a enfermeras debió cuadruplicarse para satisfacer las demandas del nuevo hospital. Había cinco clases de ingresantes:

- a) Las que recibían 10 libras al año,
- b) Las que concurrían gratis, mayormente hijas de pastores y mujeres educadas pero con dificultades económicas,

- c) Otras que recibían un pequeño salario,
- d) Las que pagaban 30 libras al año por su cuarto,
- e) Las que pagaban 52 libras.

Los cuatro primeros grupos firmaban un acuerdo de 4 años (más tarde se reduciría a 3) comprometiéndose a recibir instrucción durante un año y a prestar servicios en algún hospital público durante 3 años, para asegurarse que el entrenamiento no terminaría beneficiando la asistencia privada. En palabras de Florence, “*el entrenamiento en la sala es sólo la mitad, la otra mitad es la instrucción en hábitos de orden, aseo, disciplina y moral.*”¹⁸ La proporción de quienes cumplían con el contrato inicial era mínima en los primeros años: en la década de 1860, sobre 180 inscriptas, 66 no cumplieron el contrato, 4 murieron y 7 renunciaron sin explicitar la causa; del resto, la mitad fue despedida por falta de conducta (5 casos de ebriedad); y de las que quedaban, por falta de salud, motivo que se expresaba como “no lo suficientemente fuerte para el trabajo”.

Por el lado de quienes tenían a cargo la formación de enfermeras también asistimos a sucesivos fracasos. Fallas en la conducción, abandono por casamiento –causal que Florence consideraba un fracaso- hasta que, en 1875, llegó una enfermera que se mantuvo 21 años a cargo.

A pesar de no estar físicamente presente en el hospital, Florence tenía control directo sobre la conducción, las enfermeras y las practicantes, con quienes se entrevistaba diariamente en su casa. Allí controlaba su evolución evaluando los diarios de sala que obligatoriamente debían actualizar, y como resultado de estas apreciaciones parciales, cada una tenía un informe mensual en que se hacían constar sus aptitudes, logros y falencias.

18. BOSTRIDGE, M.(2008) pág 445

La enfermería en el escenario comunitario

La creciente turgurización de las grandes ciudades industriales de Inglaterra, creará escenarios complementarios para el desarrollo de la enfermería

Aunque las enfermeras de salud pública pueden considerarse una especialidad propia del siglo XX, sus prácticas tienen raíces en períodos más remotos. Esto fue puesto de manifiesto en el siglo XIX, cuando surgen fuertes iniciativas bajo el impulso del utilitarismo con la intención de “mejorar la situación de salud de los pobres proveyéndoles con información que pueda facilitar que se ayuden a sí mismos.”¹⁹

La llegada del agente de salud al domicilio ya había quedado consagrada en épocas precedentes. Bajo un extraño privilegio otorgado por la promulgación de la Carta Magna, el agente de salud tenía más poder que el rey, ya que podía entrar a la casa de sus súbditos. Una forma de llamar la atención sobre la suspensión de derechos que prevalecía cuando una conducta, caracterizada normalmente como doméstica o privada, ponía en riesgo la salud pública. El poder de policía sanitario fue descrito y prescripto por Peter Frank en el siglo XVIII, y este poder se exacerbaba en caso de epidemias con los climas sociales y políticos que éstas suelen producir.

El protestantismo por un lado, y el impulso combinado del racionalismo y mercantilismo, estaban creando interfaces y sinergias con la ampliación de la educación -para que todos puedan leer la Biblia en su propia lengua- y dentro de un marco que comprendía que, avanzar en la salud de madres y niños, tiene todo que ver con la educación. “Los objetivos deseados pueden ser obtenidos por la difusión del conocimiento, estimulando las acciones, y en último análisis, por lograr cambios en las conductas individuales y grupales”.²⁰

La posibilidad de contar con promotoras, aprovechando la ca-

19. ROSEN, op.cit. Pág. 351

20. ROSEN op cit pp 350

pacidad de persuasión de las mujeres, como ya estaba ocurriendo en la educación, era una tentación demasiado fuerte. Entre 1854 y 1856 La Sociedad de Epidemiología de Londres promovió un plan para entrenar mujeres pobres adecuadas para ir a las comunidades y cuidar de los pobres. Se entendía que si la cuidadora era de la misma clase social que los pacientes, “ella” sería capaz de hacer su trabajo en forma más efectiva. Nace así, desde una perspectiva estatal, la *district nursing* que tendrá serias dificultades en sus etapas iniciales.

Una forma de introducir eficiencia y sustentabilidad en los programas parece tener que ver con la adopción de una organización territorial, pero había mecanismos adecuados de supervisión que no fueron tenidos en cuenta. La experiencia de Londres fracasó pero, al poco tiempo, fue Liverpool la que profundizó el modelo desde la filantropía incluyendo el mecanismo de la distritalización geográfica e incorporando a una segunda mujer (probablemente de clase más alta) con el nombre de “Lady visitor” para tareas que hoy podrían definirse como de supervisión y servicio social. La experiencia de Liverpool se consiguió estabilizar, y para 1864, ya estaba siendo replicada en otras ciudades del país.

La historia de la enfermería de distrito parece coincidir con la intervención de un filántropo llamado Rathbone, quien combinaba la prosperidad de los negocios de la familia con la vocación política que también parecía un mandato familiar. En 1859 fallece su primera esposa de una penosa enfermedad y decide mantener el contrato de su enfermera personal, Mary Robinson, a los efectos de que ella desarrollara una tarea de visitas domiciliarias a familias pobres de Liverpool.

A 150 años, la Asociación de Enfermeras de Distrito recuerdan en su página un testimonio del propio Rathbone: “...se me ocurrió contratar a Mrs. Robinson, su enfermera, para ir a uno de los más pobres distritos de Liverpool y tratar, aplicando sus conocimientos (in *nursing the poor*), de aliviar el sufrimiento y enseñarles las reglas de la salud y el confort. Yo le brindé el equipamiento médico necesario, pero después

*de unos meses de experiencia, ella vino a mí llorando y diciendo que no podía soportar por más tiempo la miseria que había visto. Yo le pedí que continuara su trabajo hasta el fin de su contrato conmigo (que era de tres meses), y al final de ese tiempo, ella volvió diciendo que el volumen de situaciones de miseria que había conseguido aliviar era tan satisfactorio que nada la induciría a regresar a la práctica privada de la enfermería, si yo estaba dispuesto a continuar con el programa”.*²¹

La combinación de la experiencia técnica de Mary Robinson y la vocación política filantrópica de Williams Rathbone se habían consolidado. Frente a la dificultad de conseguir mujeres que pudieran ayudar y ampliar las tareas a todos los distritos que lo necesitaran Williams Rathbone contactó a Florence Nightingale, quien le convenció de abrir en 1862/63 la que se considera la primera escuela de enfermería dedicada a la enfermería comunitaria.

Durante un seminario en la Universidad de Alicante, Gomez Robles y Pozo nos brindan una excelente síntesis trabajando sobre la dificultad de extender este modelo a España, mencionando que: *La Enfermería de Salud Pública nació en el movimiento sanitario inglés del siglo XIX.*

Gran número de profesionales sanitarios mostró gran interés por la necesidad de actuación en el ámbito de la comunidad después del” Informe sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña” de Edwin Chadwick (1837).

Hubo dos intentos por realizar actividades para preservar la salud. El primer intento fue fallido y lo llevó a cabo la Sociedad Epidemiológica de Londres durante 1854 y 1856. Ellos pensaban que el modelo de asistencia sanitaria fallaba debido a que los médicos eran de una clase social superior a la población a la que atendían. Creían que si formaban a mujeres procedentes de clase trabajadora, la relación que se establecería con la comunidad sería más adecuada para lograr sus objetivos de prevención y promoción de la salud.

21. http://www.districtnursing150.org.uk/history_william_rathbone.htm

El segundo intento, tres años más tarde, fue en Liverpool, gracias al mecenazgo de un comerciante llamado William Rathbone. Las primeras enfermeras de salud pública dividieron la ciudad de Liverpool en 18 distritos y cada una de ellas cubría uno.

Las funciones de estas enfermeras que definió Rathbone eran:

- *La visita domiciliaria a enfermos: cambiando así la tradición de la enfermera que no sólo trabajarían en el hospital sino también en la comunidad.*
- *Educación sanitaria: con especial importancia de las actividades preventivas.*
- *Asistencia sanitaria.*

Estas funciones reflejan el concepto holista que del hombre y su salud tenía William Rathbone.²²

Como vimos, Rathbone, para asesorarse bien, intercambiaba ideas a través de cartas con Florence Nightingale, de quien llegó a ser socio en varias iniciativas, al punto que es probable que fuera él quien la instara a incorporar este tercer escenario de práctica inicialmente no considerado por Nightingale.

Juntos parecen haber llegado a la conclusión de la necesidad de un plan de formación para estas enfermeras separadas de las enfermeras de hospital. En 1862, se abrió la primera escuela de Enfermería de Salud Pública del mundo. El éxito de esta escuela hizo que otras instituciones de ciudades inglesas copiaran su modelo.

Las bases políticas y organizacionales resultan también importantes. En la página **150 años de District nursing** puede leerse que “para los propósitos de una enfermería de distrito la ciudad fue dividida en 18 distritos, cada uno de ellos reuniendo un grupo de parroquias. Cada distrito estaba a cargo de una superintendente proveniente de familias acomodadas, de quienes, a su vez, se esperaba que bajaran los costos del programa y proveyeran facilidades

22. GOMEZ ROBLES J, POZO L en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5162/1/CC_05_04.pdf

de alojamiento o ámbitos de trabajo a las enfermeras. El sistema no era sectario en términos de pensamiento, y los ministros locales fueron alentados a involucrarse.

Agregan lo que será una clave para pensar la continuidad de este frente de trabajo: *Es difícil imaginar ahora la magnitud de la pobreza que existía en el Liverpool de la denominada época media victoriana. Cientos de miles habían arribado desde Irlanda durante la hambruna generada por la pérdida de la cosecha de papas y en los primeros cuatro meses de 1847, 15000 personas murieron de hambre y enfermedad en la ciudad. Miles de personas vivían en depósitos hasta que la ciudad implementó la primera acta sanitaria y comenzaron las notificaciones para desalojarlos de allí. La desnutrición, el déficit habitacional y el agua contaminada condujeron a epidemias y enfermedades endémicas.*

Nuevamente como en Crimea, la profesión va surgiendo de la necesidad. El escenario social y comunitario en situaciones extremas llama a medidas igualmente extremas, pero cuando las cosas se modifican, la visibilidad y las necesidades cambian, y los tiempos para la enfermería comunitaria se vuelven más difíciles

El escenario abierto por la enfermería comunitaria tendría su correlato más inmediato aun que los otros frentes o escenarios de desarrollo profesional, en EE.UU, sobre el que hablaremos en el próximo capítulo, especialmente en New York, en donde la atención de los migrantes pasó a ser un tema de primera magnitud.

Mientras en EE UU el sistema parecía más directamente asociado con autoridades locales, en Gran Bretaña el “district nursing” sería absorbido por el National Health Service y exportado a muchos de los países del Commonwealth, por ello actualmente hay escuelas especializadas en community nursing en Asia y África.

Las denominaciones de enfermera comunitaria, enfermera visitadora, enfermería de salud pública, enfermera de distrito, son denominaciones que expresan diferentes énfasis pero que tienen cierto grado de intercambiabilidad. Las dos principales organizaciones que parecen representar esta perspectiva -la de enfermeras de distrito en

GB y la de las educadoras en salud comunitaria de EE UU- coinciden en que ésta es una rama más débil que las otras, muy dependiente de las políticas públicas, y que atrae menos vocaciones que las otras.

Es posible encontrar en estas experiencias pioneras muchos de los desarrollos posteriores de profesiones femeninas hoy muy relevantes y presentes en casi todos los países como enfermera de salud pública, visitadora de higiene, obstétricas, trabajadoras sociales, nutricionistas, entre otras.

Cuando al comenzar la década del 90, la formación de enfermeras en St. Thomas adquirió continuidad y cierto nivel, Florence comenzó a preocuparse por otro tipo de instrucción que promoviera la salud rural. En cartas suyas de años anteriores se encuentran conceptos como “misioneras sanitarias” o “enfermeras sanitarias” que pudiesen educar mujeres de comunidades rurales. El proyecto tomó forma en las villas cercanas a Claydon, cierto lugar en la campiña inglesa, donde Florence solía descansar regularmente. Ésta fue una experiencia que buscaría repetir, a escala mucho mayor, en India. En su correspondencia con los impulsores del Partido del Congreso Nacional de India les recomienda dar charlas en escuelas rurales usando el naciente cinematógrafo, “la linterna mágica” como se lo conocía.

La idea de una enfermera volcada a las necesidades de la comunidad continúa siendo un perfil controversial en el mundo. Poco desarrollado en América Latina, poco alentado como profesión independiente en los países centrales, a pesar de los nuevos desafíos del envejecimiento de la población, y aun muy presente en los países de África y Asia en donde persiste la influencia del modelo inglés.

Otros frentes poco explorados: Controversias en torno al Registro

Durante los años 80, el número de enfermeras se incrementó notablemente. La sociedad comenzó a aceptar esta forma de trabajo

femenino y la profesión se transformó en aceptable. La nueva generación de enfermeras deseaba ser reconocida como algo diferente de una vocación religiosa, más relacionado con un perfil profesional. En 1887, Ethel Bedford Fenwick - que había sido Matrona en el Hospital San Bartolomé- creó, con otras colegas, la Asociación de Enfermeras Británicas. Su objetivo principal fue introducir un registro que permitiera identificar a las enfermeras entrenadas. Numerosos hospitales venían formando enfermeras, y la idea de un registro único, podría servir para decidir cuáles estaban brindando una formación adecuada y cuáles no.

Por detrás de este objetivo, existía otro menos académico: Bedford Fenwick y su grupo se oponía al ingreso de mujeres humildes, deseando que la enfermería fuese una profesión de damas. En su proyecto, las aspirantes no recibirían salario, y en cambio, deberían pagar 5 guineas como derecho de examen para acceder al registro. Sus destinatarias serían mujeres de clase media, deseosas de recibir una educación liberal y adquirir maneras refinadas en cuestiones domésticas. Buscaban acercarse a la profesión médica, para lo cual tomaron el Acta Médica de 1858 como modelo de profesionalización. Florence se opuso a que las enfermeras rindieran un examen escrito, no eran esas las competencias que ella privilegiaba y, por otro lado, este tipo de examen dejaba fuera de posibilidades a las mujeres humildes, alfabetizadas pero sin competencias específicas en este terreno.

Yendo al fondo de la cuestión, el acercamiento a la profesión médica chocaba con el ideal de Nightingale, que desde hacía décadas venía trabajando en pos de una enfermería independiente de los médicos, representada desde su conducción hasta las bases, exclusivamente por mujeres.²³ La controversia alcanzó su clímax en 1892, luego de que la Asociación obtuvo permiso para añadir la denominación Real a su nombre. Un comité del Consejo Privado de la Reina

23. BOSTRIDGE, M. (2008) pág. 504

analizó las posturas a favor y en contra del registro, y finalmente desechó su puesta en práctica: las enfermeras no tendrían derecho a registrarse. Fue una victoria de Nightingale. El registro fue recién autorizado en 1919 en Inglaterra, casi una década después de su muerte.

Sudáfrica instituyó el registro en Ciudad del Cabo en 1891 bajo el Acta Médica Nro. 34, según regulación del cuerpo médico. En 1901, se adoptó el Registro para Nueva Zelanda, que se transformó en el primer país del mundo en registrar enfermeras a nivel nacional bajo regulaciones de la propia corporación.

Carolina del Norte, New Jersey, New York y Virginia tuvieron registro con meses de diferencia en 1903.

Dejamos para el final lo que en realidad nos orienta en este trabajo: la proyección que la enfermería inglesa tuvo en el resto del mundo. Inglaterra ha tenido, y continúa teniendo, una estrecha relación con los EE UU, y si la transferencia y recreación de la enfermería profesional en ese país tardó un poco más de lo imaginado, fue seguramente por la guerra civil y el consiguiente aislacionismo de ese país en la postguerra inmediata.

Inglaterra misma comenzaba, luego de Crimea, una expansión militar y económica que no tuvo parangón en su historia, desarrollando entre 1870 y 1914 lo que se conoce como el ‘imperio británico’, con control de una enorme región del planeta e influencia sobre el resto.

En referencia a los primeros países, existe evidencia documental de la influencia de Nightingale en la India, país en el que nunca estuvo, pero sobre el que tuvo una gran influencia. Las Escuelas Nightingale se “sembraron en muchas ciudades del mundo”

En referencia a América Latina, se percibe un proceso de difusión a fin del siglo XIX con mayor influencia de Inglaterra desde el sur hacia el norte, y mayor influencia de EE UU de norte a sur.

Pasados más de 150 años, y a pesar de las complejas controversias, no cabe duda de que la enfermería es una profesión independiente y reconocida en todo el mundo, pero veamos como ocurrió del otro lado del Atlántico.

Florence Nightingale. Datos biográficos

1820: Nace el 12 de mayo en Florencia (Italia).

1849: Junto al matrimonio Bracebridge emprende un viaje a lo largo del Nilo en Egipto y Grecia.

1850: Julio 31- agosto 13, visita por primera vez el instituto Kaiserswerth en el río Rhin.

1851: Julio 6- octubre 7 de nuevo en Kaiserswerth no como una invitada si no como una estudiante. Ese mismo año redactó consideraciones filosóficas que publicó más tarde en tres volúmenes, en una edición privada con el título *Suggestions for thought for searchers after religious truth*. Visitó hospitales en Dublin y Belfast

1853: viajó a París donde residió con las Hermanas de Caridad en su orfanato y hospital.

Se desempeña como directora de un establecimiento para convalecencia de mujeres en Londres, desde agosto de 1853 hasta octubre de 1854.

1854: Inglaterra, Francia y Cerdeña en alianza con Turquía en contra de Rusia: guerra de Crimea. Reúne una partida de 38 enfermeras con destino a Crimea.

1855: cuando aun la guerra no ha terminado, la filantropía crea el fondo Nightingale para que, cuando regrese, se encargue de la reforma, ya vivida como imprescindible, de los hospitales civiles de Gran Bretaña.

Al concluir la guerra de Crimea, presentó un extenso informe que tituló *Notas con relación a la Salud, Eficiencia y Administración Hospitalaria en el Ejército Británico*, donde incluía tablas estadísticas, análisis críticos, testimonios directos y observaciones personales

1857: La Rebelión de Sepoy llama su atención sobre los problemas sanitarios en la India y comienza un proyecto para la sanidad del país.

1859: publica *Notas de enfermería*.

1860: el 24 de junio la escuela de Adiestramiento de Enfermeras se inaugura en el hospital Saint Thomas.

1861: oficiales de la Armada de Estados Unidos le piden su consejo para el cuidado de enfermedades y heridas en la Guerra Civil

1862: se abrió la primera escuela de Enfermería de Salud Pública del mundo. Por iniciativa conjunta de Nightingale y William Rathbone.

1892: controversia en torno al Registro de Enfermeras.

1907: en noviembre, el Rey Eduardo VII le otorga la Orden del Mérito; es la primera vez que la orden es dada a una mujer.

1910: fallece el 13 de agosto.

Bibliografía

ATTEWELL Alex *Florence Nightingale (1820 - 1910)* UNESCO
Bostridge, Mark: *Florence Nightingale. The making of an icon.* 2008, Farrar, Strauss and Giroux, New York.

CALABRIA, Michael D. *Florence Nightingale in Egypt and Greece. Her Diary and Visions.* 1997, State University of New York Press, Albany.

GILL, Gillian. *Nightingales. The extraordinary upbringing and curious life of Miss Florence Nightingale.* 2005, Random House, New York.

LÓPEZ TERRADA María Luz *El hospital como objeto histórico. Los acercamientos a la historia hospitalaria.* En: Revista d'Història Medieval 7, Universidad de Valencia

Florence Nightingale Serie: Biografías en Español “*Protestantes que dejaron huella en la historia*” <http://biografias.blogspot.com/2006/11/florence-nightingale.html>. visitada el 20 de agosto 2009

NIGHTINGALE, F. *Hospitals.* 1863, Longman, London (3rd.edition, enlarged and for the most part rewritten).

ROSEN George: *History of Public Health* John Hopkins University Press Baltimore

www.aibarra.org/apuntes/fundamentos/trabajo_de_florence-entero.doc Visitado 28 de enero 2008

Capítulo Cuatro
**La difusión y la recreación
de la enfermería en América**

Las condiciones históricas y sociales de un continente arrasado, colonizado y finalmente moldeado por la expansión europea producirá ya en tiempos republicanos una interacción que no puede caracterizarse como una copia ni como una adaptación pero que reconoce al mismo tiempo sincronías e influencias recíprocas sorprendentes para la época y que aun hoy continúan siendo objeto de estudio.

Por acción o por reacción Europa y América y en especial las antiguas metrópolis con sus ex colonias establecerán un contrapunto que brinda enormes oportunidades para desarrollar estudios comparativos y detectar redes de influencia cruzada como las que por ejemplo se establecían entre órdenes religiosas o grupos políticos afines.

En ocasiones ideas que en Europa no consiguen plasmarse o incluso son expresamente reprimidas, adquieren rápida difusión en América. Las crisis europeas marcan el ritmo de una migración hacia América, que no resulta ser solo demográfica sino también de ideas políticas, de culturas, de lenguas y de formas concretas de resolver

los problemas de salud. Mientras tanto la América profunda genera productos culturales, sociales y políticos inimaginables en Europa.

El surgimiento de la enfermería moderna en América no es ajeno a esa compleja coreografía que generará fenómenos de tensión creativa en donde nuevamente vemos interactuar el rol de la mujer en una sociedad cambiante, la cuestión religiosa, el poder médico, las guerras, los descubrimientos científicos, la cuestión social, los valores y las formas políticas de organización del Estado que incluye ahora una naciente salud pública, con hospitales generales, especializados y psiquiátricos.

Orígenes de la enfermería en Estados Unidos

Así como la Guerra de Crimea fue el bautismo de fuego de la enfermería moderna en Europa, la Guerra Civil que dividió a los Estados Unidos ha constituido un hito en la construcción de la profesión en ese país. Ambos conflictos fueron igualmente terribles en cuanto a pérdidas humanas, las que, en su mayoría, se debieron a infecciones y enfermedades, que superaban con creces a las bajas en combate.

La Guerra de Secesión (1861/65) que enfrentó a los Estados del Norte con los Confederados del Sur, fue el escenario en el que aparecieron mujeres actuando como enfermeras, improvisadas la mayoría de ellas. Fueron más de 20.000 las mujeres que desarrollaron tareas de apoyo en la Unión y la Confederación durante esta guerra.

La particularidad de la misma, un enfrentamiento entre connacionales, debió provocar, en estos espíritus femeninos, el deseo de ayudar humanitariamente, más allá de las facciones en pugna, a maridos, hermanos e hijos. Es necesario reconocer también el carácter pionero de las mujeres en América, que impulsó un desarrollo temprano de múltiples instituciones formadoras y asociaciones profesionales.

Resulta muy interesante percibir en la historia de nuestros países, y los EE UU no es la excepción, como las más estrictas pautas de organización y estratificación social resultan desestructuradas por las

guerras, especialmente aquellas que se desarrollan en territorio propio, lo que borra “peligrosamente” las diferencias de género, de etnia o religión, desencadenando procesos que aunque se intentan revertir al alejarse el recuerdo de la solidaridad y las marcas del horror de los campos de batalla, nunca regresan al mismo punto de partida.

El mismo día que el Presidente Lincoln convocó a las tropas, mujeres de Connecticut, Charleston, Carolina del Sur, entre otras, organizaron sociedades con el fin de proveer ayuda y, en particular, enfermería a los voluntarios. A esta organización espontánea respondió el gobierno organizando una Comisión de Sanidad con Dorothea Dix como Superintendente de Enfermería.



Dorothea Dix
Commons.wikimedia.org

Dix ya había hecho una carrera en la atención de enfermos mentales. En ese terreno, había sido capaz de convencer a las legislaturas estatales de proporcionar el dinero para mover a estas personas, a menudo encarceladas en instituciones inhumanas, a otras instalaciones financiadas por el Estado con dispositivos especiales para la atención prolongada. También

había participado activamente en la reforma penitenciaria. Con estos antecedentes, se convirtió en superintendente de las enfermeras del Ejército de la Unión.

Dix estableció la Oficina de Enfermeras del Ejército y fijó duras pautas para la selección. La supervisión de Dix autorizó el nombramiento de 3.000 enfermeras. Sus niveles de selección eran muy estrictos, rechazando a la mayoría de las postulantes. Requería tener entre 35 y 50 años y acreditar “experiencia, buena conducta o educación superior, así como seria disposición para el trabajo”. Pulcritud, orden, sobriedad e industriosisidad eran considerados prerrequisitos

ineludibles. Las aspirantes debían presentar dos cartas de referencia dando testimonio de su “moralidad, integridad, seriedad y capacidad para el cuidado de los enfermos” y “vestimenta simple, acorde para el servicio, sin ornamentos de ninguna clase”.¹

A pesar de estas supervisiones, la mitad de las mujeres movilizadas nunca presentó solicitud alguna. Se presentaban luego de una batalla y colaboraban espontáneamente en el aseo y la alimentación de los heridos. Las mujeres que colaboraron en hospitales eran tan distintas como lo era la población de EEUU en 1860: esclavas, propietarias de esclavos, afroamericanas libres, esposas abandonadas, granjeras. Las mujeres de todas las edades y provenientes de todos estos grupos participaron en la guerra.

Entre estas mujeres encontramos las que de “contrabando” traspasaban la línea de Sur a Norte huyendo de la esclavitud. Mujeres provenientes del Medio Oeste e inmigrantes irlandesas también encontraron espacios de trabajo con los regimientos. Muchas veces eran mencionadas como “soldaderas” por las autoridades militares, eufemismo por prostitutas. El destino de estas mujeres estaba lleno de peligros: los oficiales blancos tanto como los soldados, solían abusar de ellas con impunidad.

Por el lado de los Confederados, las mujeres de elite eran reservadas para tareas de jefatura más exigentes; mientras que la mayoría del personal de hospitales eran esclavas e inmigrantes que se desempeñaban como lavanderas y mucamas.

Los soldados heridos en ambos bandos preferían mujeres como enfermeras, testimoniando que la presencia femenina de por sí les hacía bien.

Los hospitales en que actuaban eran de campaña; muchas de esas mujeres son recordadas por recibir heridos directamente de las líneas de fuego para atender sus heridas, de ello dan cuenta registros visuales, ya que la guerra de secesión fue el primer conflicto bélico

1. SCHULTZ, J (2004) Pág.15

documentado fotográficamente en la historia.

Comparadas con las del Norte, las sureñas blancas encontraron mas resistencia familiar: el sistema económico y las convenciones sociales cuestionaban su participación en el conflicto. El sistema patriarcal de la plantación suponía la domesticidad de las mujeres como parte fundamental del modo de producción. De tal manera fueron excepcionales los casos de mujeres de la elite sirviendo en el frente.

Entre las mujeres movilizadas surgieron conflictos por diferencias religiosas: las protestantes recelaban de ciertos tratamientos que ellas consideraban especiales a diferencia de las devociones diarias que practicaban las católicas. El prejuicio anticatólico se había vuelto virulento en las décadas previas con el aumento de la inmigración irlandesa.

Otras diferencias eran de carácter racial. Contrariamente a las opiniones difundidas acerca del movimiento antiesclavista, las norueñas eran más receptivas a la mezcla de clases que a la de razas.

Louisa May Alcott, la creadora de *Mujercitas* y otras novelas muy populares, escribió un ensayo de carácter autobiográfico, *Hospitals Sketches* (1863). Proviendo de una familia de educadores, da cuenta de la actitud de las norueñas: “*Las enfermeras buscaban ser servidas por personas de color pero nunca les daban las gracias, no las estimaban y casi no las reconocían en la calle... La sangre de dos generaciones de abolicionistas corre por mis venas, y en la primera oportunidad que se me presentaba, lo proclamaba con el derecho que me asiste a hablar con libertad*”.²

Alcott contrae neumonía y, a partir de su propia enfermedad, escribe: “*Aprendí que uno de los mejores métodos para formarse como enfermera en un hospital es ser paciente; solo así uno puede darse cuenta todo lo que se sufre, como se es sensible a los gestos de bondad que nos ganan el corazón, lo grande o lo pequeños que somos para los demás. Los doctores cumplían con la visita diaria, golpeaban sobre mis pulmo-*

2. ALCOTT, L (1863) pág.82

nes para controlar mi neumonía, dejaban dosis sin nombres y se iban, dejándome más ignorante y mucho más incómoda que antes”.³

La continuidad en el frente puso de manifiesto las diferencias de género traducidas en relaciones de poder. Según testimonios de varias “enfermeras y soldados eran, según suposición de los oficiales, meras máquinas, incapaces de pensar y sin ningún otro valor que obedecer sin cuestionar cualquier atropello a sus derechos”.⁴ En un inicio las mujeres pensaron que estaban trabajando mancomunadamente junto al personal masculino por el bienestar de los soldados. Pero ya interiorizadas de la autoridad y jerarquía, buscaron pasar estos límites: comenzaron a mejorar el menú, innovar en el tendido de las camas, sugerir tratamientos alternativos, enfrentando la política hospitalaria que venía implementándose.

Particularmente su insistencia en temas de cuidado les generó conflictos con cirujanos y jefes de salas. Todo esto se agravó cuando el ejército de la Unión designó a William Hammond Cirujano General en 1862. Llegaba con entusiasmo reformista, progresista en cuanto a la organización de los hospitales, pero francamente en contra de la incorporación de mujeres en los mismos, lo que consideraba “una locura de entusiastas débiles, mujeres bien intencionadas pero tontas”.⁵

Sin embargo, abundan los ejemplos de mujeres que, sin formación previa, lograron abrir caminos por su iniciativa, capacidad de trabajo y habilidad ejecutiva. Por ejemplo Emily Parsons, una dama de Nueva Inglaterra, que comenzó fregando pisos en las barracas donde fue asignada y creó un programa de entrenamiento para enfermeras afroamericanas en St. Louis. Mary Ann Bickerdyke, en incansables confrontaciones con las autoridades militares, fue consultada cuando se emprendió la tarea de construir hospitales en Memphis. Eran las mujeres de clase media, quienes compartían etnicidad y cla-

3. ALCOTT, L (op.cit.) pág.95

4. SCHULTZ, J. (2004) pág. 109

5. SCHULTZ, J. (2004) pág, 111

se social con los médicos, sus más feroces críticas, consideradas intrusas en un área definitivamente masculina, donde el género definía el status más allá de las similitudes señaladas.

En busca de un arquetipo: Clara Barton

Al igual que en Crimea, la historia que gusta de construir arquetipos, ha destacado la figura de Clara Barton, el “Ángel del campo de batalla”, a quien vemos reuniendo suministros médicos y alimentos para los combatientes en Maryland y Virginia. En 1865, el presidente Abraham Lincoln le encargó la búsqueda de desaparecidos del ejército de la Unión. Así, logró averiguar el paradero de 30.000 hombres. Cuando acabó la guerra, fue mandada a *Andersonville*, Georgia, para instalar, marcar y poner nombres a las tumbas de los soldados de la Unión que se enterraron allí.

Esta experiencia conmovedora la motivó a empezar una campaña nacional para identificar a los soldados desaparecidos durante la guerra civil. Publicó listas de los nombres en los diarios y estableció correspondencia con las familias de los soldados. Barton difundió mediante charlas sus experiencias de la guerra. Comenzó una larga asociación con el movimiento sufragista. También conoció a Frederick Douglas y se hizo activista por los derechos civiles de los negros.

Los años de trabajo fueron muy duros durante la guerra civil, y sus esfuerzos buscando soldados desaparecidos, debilitaron su salud. Los médicos le recomendaron tomarse un descanso y hacer un viaje relajante a Europa. Pero lejos de su personalidad estaba el cumplir con semejante prescripción: Clara Barton sirvió como enfermera con la Cruz Roja en 1870 durante la *Guerra Franco – Prusiana*. En los campos de batalla y en las ciudades asoladas de Francia, repitió su actuación de la Guerra de Secesión Americana.

Tiempo después, el Kaiser la condecoró con la “Cruz de Hierro”. También pudo comprobar la organización sistemática y la notable



Clara Barton
www.Commonswikimedia.org

eficacia de la Cruz Roja, y prometió que Norteamérica se uniría a ella. El objetivo de la Cruz Roja era proveer servicios humanos a todas las víctimas de la guerra bajo una bandera de neutralidad. La coincidencia de este objetivo con lo que había sido su accionar durante la guerra civil la convenció de la pertinencia de creación de la Cruz Roja Americana (1881). John D. Rockefeller donó los fondos para crear una oficina nacional central en Washington, DC. situada a una cuadra de la Casa Blanca.

Las primeras actuaciones de la organización en los Estados Unidos fueron durante una epidemia de fiebre amarilla en Florida, en 1888. En 1909, la Cruz Roja Americana se reorganizó bajo la dirección de Jane Delano, momento en que planificó un Servicio de Enfermería compuesto por “*un cuerpo de reserva de enfermeras graduadas con calificación específica*”. Esta formación complementaría a las enfermeras regulares del Ejército y de la Marina cuando la ocasión lo exigiera.

Las escuelas de enfermería

Concluida la Guerra Civil, la demanda de personal entrenado para atender en hospitales cristalizó en la aparición de escuelas de enfermería. La Asociación Médica recomendó, en 1868, que tales escuelas funcionaran en los hospitales. La currícula establecida por Nightingale tuvo gran influencia: de esta manera la selección de pos-

tulantes admitía jóvenes mujeres de clase media. Según estos criterios, hubieran quedado afuera de las escuelas dos terceras partes de las mujeres que prestaron servicios en la guerra, por no ser jóvenes, blancas o de clase media.

Las órdenes religiosas católicas también construyeron hospitales en la etapa posbélica, con énfasis en la formación de enfermeras; tal los casos de las Hermanas de la Providencia en Santa María en los bosques, y las hermanas de la Santa Cruz.

Algunas mujeres tuvieron protagonismo en la fundación de hospitales y carreras de enfermería, como Jane y Abby Woolsey de New York, fundadoras del Hospital Presbiteriano a principios de los años 70. Jane fue su directora y supervisó la formación de enfermeras. Abby es una de las creadoras de la Escuela para la formación de enfermeras en el Hospital Bellevue. Georgeanna, hermana de las anteriores, que había creado estaciones para la atención de heridos en distintas áreas de la contienda, fue una de las organizadoras del Hospital Beverly de New Jersey; en 1873 fundó la Escuela de Connecticut para enfermeras destinadas al Hospital New Haven, y en 1879 publicó un manual muy difundido para la instrucción profesional.

En 1873 se crearon, con diferencia de tan sólo meses, las primeras escuelas de enfermería de la nación, basadas en los principios de Nightingale: la del Hospital Bellevue, en Nueva York, el 1° de mayo; la de New Haven, el 1° de octubre y la de Massachusetts, en el Hospital General de Boston, el 1° de noviembre. En 1879 nace la Escuela Profesional para enfermeras afroamericanas en Atlanta, Georgia. En 1891, en Estados Unidos y Canadá había 17 escuelas que seguían el modelo Nightingale.

Como ya mencionamos, muy tempranamente las líderes de enfermería comenzaron a organizarse: el Consejo Internacional de Enfermeras se formó en 1899; la Asociación de Enfermeras Americanas, la Liga Nacional de Enfermeras Educadoras, la Organización Nacional de Enfermeras de Salud Pública, la Sigma Theta Tau, -entre otras-, para controlar sus propios niveles de formación y mejorar

la práctica de la enfermería. Participaron también en las luchas tanto por los derechos de la mujer como por los derechos humanos. Fueron solidarias con las sufragistas.

Como conclusión de habernos detenido particularmente en la participación femenina durante la Guerra Civil Norteamericana, podemos decir que el conflicto, más allá de enfrentar Norte y Sur, de contar con la participación de civiles y militares y de tener implicancias en el frente de guerra tanto como en el frente doméstico, tuvo consecuencias que modificarían definitivamente la profesión y sus miembros.

Esto queda expresado por la propia Clara Barton. En 1892 en ocasión de un banquete de las Damas del Cuerpo de Potomac, ella responde a lo que podría haber sido un convencional brindis “por las mujeres que fueron a la Guerra” en estos firmes términos que la forma poética refuerza:

*...Y estas fueron las mujeres que marcharon a la guerra:
Las mujeres en cuestión, por qué fueron?
Porque en sus corazones Dios plantó la semilla
De pena ante el dolor y ayuda a los necesitados;
Ellas vieron, en sus altos propósitos, una tarea por hacer
Y el escudo de derechos atravesó las barreras,
Sin invitación, sin ayuda,*

*Con autorización o sin ella presionaron sobre las líneas,
Presionaron, imploraron hasta que lograron transponerlas
Y esa fue la “corrida” que los hombres les vieron hacer.
Fue un trabajo resistido, su valor ignorado.
Obstrucciones y dolor y esfuerzo y altos costos:
Pero a través de él vino el conocimiento
Y conocer es poder...⁶*

6. MAC CATSKILL, L. and Novak, D.: 1996,



Retrato de Clara Barton expuesto en la Casa de las afueras de Washington en donde trabajó hasta muy elevada edad, fotografía de los autores 2011.

El decenio que se inició en 1880 vio aumentar significativamente el número de inmigrantes en Estados Unidos. Un número importante provenía de Alemania, país que tras haberse constituido como Estado, tuvo una acelerada revolución industrial con elevado costo social: migraciones de áreas rurales a urbanas, desempleo, crisis económica.

Los menos capacitados para emplearse en puestos industriales, buscaron asentarse como campesinos en el área central de Estados Unidos. De allí un intenso movimiento en la iglesia Evangélica a través de la Sociedad de Diaconesas para dar asistencia a esos recién llegados. El modelo adoptado fue tomado de Fliedner, tal como éste lo puso en práctica en Kaiserswerth. En 1889 empezó a funcionar un Hospital en St. Louis con dirección de diaconesas, que también eran enfermeras con experiencia.

Enfermería comunitaria

Nuevamente una mezcla de enfermería militar, religiosa y finalmente comunitaria, son las variantes que detectamos en esos años pioneros en los Estados Unidos. Esta última, surge a partir de una experiencia inédita puesta en práctica en la ciudad de New York. Allí, además de los cientos de miles de inmigrantes europeos, se sumaba la presencia de afroamericanos que habían visto cambiar su status de esclavos a libres, que debían forzosamente incorporarse como mano de obra en una economía urbana para la que no contaban con experiencia.

Enfermedades, pobreza y discapacidades llegaron a ser fenómenos sociales en una economía capitalista en desarrollo que producía las ya conocidas secuelas de explotación laboral y negligencia por los daños ambientales causados por los desechos industriales.

Si en décadas anteriores el espíritu de los pioneros había empujado la marcha de colonos hacia el Oeste, hacia fines de siglo la nueva frontera se hallaba en este particular estilo de vida de las ciudades del Este.

En 1889 se inauguró la Escuela de Enfermería del Hospital John Hopkins en Baltimore, con un propósito diferenciado de las anteriores. Sus directores se comprometieron a construir un centro para la enseñanza científica liberal junto a un modelo de excelencia en los métodos de trabajo. Lillian Wald ingresó en esta escuela. Provenía de una familia que no requería de su trabajo. Pero Lillian deseaba hacer su propio camino sin depender de un buen casamiento para garantizar su comodidad futura. Tras graduarse, trabajó durante un año en un orfanato, pero quedó decepcionada al descubrir la pobreza institucionalizada y el desprecio de los médicos hacia las enfermeras.



www.Jewishmag.com

Tras esta experiencia, es seleccionada para impartir un curso de enfermería en un edificio de la calle Henry, pero pronto comprendió las necesidades de la gente y lo modificó por la instrucción básica en mantenimiento del hogar e higiene. Wald describe haberse entonces “expuesto a sufrimientos extraordinarios y a toda clase de dolores y pobreza durante el invierno de 1893”⁷, memorable por una depresión económica, que el capitalismo sufrirá cíclicamente, causante de una altísima tasa de desempleo.

7. BACKER, Barbara A.(1993)

Junto a una amiga de la escuela de enfermería, Mary Brewster, se traslada a este vecindario, al lado Este de Manhattan, donde alquilan un ático e inician su trabajo como educadoras en cuidados básicos y economía doméstica. Dos años después, en 1895, se trasladarían definitivamente al 265 de la calle Henry. En poco tiempo, atraería a un poderoso grupo de enfermeras que trabajarían profesionalmente consiguiendo reconocimiento social, respeto e independencia para la profesión. Los vecinos las consultaban sobre distintas inquietudes: salud, empleo, educación. En esos primeros tiempos existían pocas diferencias entre la enfermería y el trabajo social. Wald así lo define: “Desde el principio creí que la enfermera pertenece a su comunidad”. Las actividades incluían clases para madres sobre enfermería, costura y cocina; clubes para niños y niñas, actividades musicales, artísticas y teatrales.

Su creación más exclusiva, además del Asentamiento, fue el Servicio de Enfermeras Visitadoras, el cual se convirtió en un modelo a seguir por el resto de centros similares en América y en el resto del mundo. Wald acuña en 1893 el término de Enfermera de Salud Pública para las que trabajan fuera de los hospitales en comunidades pobres, término que ha ido evolucionando hasta convertirse en la década de los setenta en Enfermera Comunitaria. El concepto de enfermería de salud pública de Wald se expande desde entonces por todo el mundo.

Los momentos “genéticos” de la profesión en América Latina

En la historia de América Latina, las épocas previas a la conquista europea vieron actuar hombres y mujeres sanadoras, que conocían las propiedades de las hierbas de la región, con una medicina tan avanzada que superaba holgadamente a la europea de la época. Por lo que se ha podido reconstruir, sus prácticas incluían complejas in-

tervenciones quirúrgicas (trepanaciones, tratamiento de fracturas).

La época colonial vio importar de Europa instituciones hospitalarias fundadas por y a cargo de órdenes religiosas de hermanos y monjas que desarrollaron una tarea que combinaba un entrenamiento técnico adecuado para la época con una fuerte actitud misional.

Durante el primer siglo de las repúblicas independientes se suscitan, entre el Estado y la Iglesia, conflictos y tensiones de distinta intensidad. Los movimientos políticos de orientación liberal intentan separar las funciones de la Iglesia de las del Estado; éste último va tomando control de los hospitales públicos produciéndose un cierto vacío de recursos humanos por el desplazamiento del personal religioso.

Así se generan condiciones para importar a nuestros países un modelo de enfermería laica y profesionalizada, fenómeno que llega a América Latina a fines del siglo XIX y principios del XX, al poco tiempo del surgimiento de la profesión en Europa y Estados Unidos. Vamos a encontrar, en la mayoría de los casos, discursos modernistas y la contratación de enfermeras, matronas y educadoras extranjeras.

Los avances racionalistas de la Ilustración cobraron, al promediar el siglo XIX, una pretensión rigurosamente científica. Sería Spencer quien levantara la noción de progreso a la altura de una irresistible ley universal⁸. Esta suerte de religión secular se difundió desde la cima hasta la base del edificio social: desde los exclusivos clubes de la gente “de pro” a aquellos comercios orgullosamente erigidos por inmigrantes bajo el rotundo nombre “El Progreso”.

Casualmente esta tendencia laicizante en un continente católico generó conflictos de diversa intensidad entre Estado y religión que en décadas anteriores a los que son objeto de nuestro estudio se enmarcaban en las luchas por la independencia pero que en el período 1870-1910 se ven reforzadas por conflictos de similar naturaleza que también están ocurriendo en las ex metrópolis europeas.

Justamente la enfermería va a quedar en el centro de esta encru-

8. MONSERRAT, M. (1980) Pág. 785

cijada porque como ya hemos visto en el capítulo 4 no es casual que justamente desde la América hispana se editorialice contra la pretensión de “Lady N” y se establezca una larga lista de virtudes de la enfermería religiosa.

La historia de la enfermería en América Latina no parece tan rica en eventos para el período pero debe tomarse en cuenta que la enfermería laica debe abrirse paso en esta extensa variada y compleja región en un terreno que estaba ocupado por varios siglos por la acción de órdenes religiosas.

Para entender el esfuerzo contracultural del surgimiento de la enfermería en América Latina vale la pena releer la violencia de las palabras de Ventura de Ráulica que probablemente todavía en 1855 parece editorializar el pensamiento generalizado de la Iglesia católica a ambos lados del océano “*todos los esfuerzos, que particularmente en nuestros días, se han hecho en San Petersburgo, en Berlín y en Londres, para formar hermanas de la caridad, fuera del catolicismo, se han frustrado completamente; y por qué en lugar de hermanas solícitas de la caridad solo han logrado formar hermanas mercenarias del egoísmo, cuya existencia ha sido un nuevo escándalo, que al fin ha desaparecido, bajo el precio del desprecio y del ridículo*”.

Esto acrecienta el valor de las relativamente más escasas referencias de la época que nos ocupa en la región que requiere ser analizada también como formas de resistencia y de reafirmación de una identidad latinoamericana en el que la propia enfermería se abre paso en los resquicios que abre la cada vez más conflictiva relación entre los Estados latinoamericanos y la iglesia católica en el período que nos ocupa.

Inglaterra, su emergente salud pública y sus intereses económicos en Sudamérica, Francia y la higiene pública puesta al servicio de una urbanización que además de las enfermedades previene las expresiones políticas como durante la Comuna de París, EE. UU. saliendo de su guerra civil y comenzando su carrera expansiva en América Latina de Norte a Sur, resultarán elementos influyentes y

en ocasiones explicativos del ingreso de la enfermería profesional en nuestra región.

Aunque pudiera pensarse en España como meramente asociada a una resistencia conservadora y religiosa al desarrollo de la enfermería, el movimiento reformista de inspiración Krausista y muy particularmente la influencia de Concepción Arenal tuvieron significación en la época que nos ocupa.

El “*Manual del Visitador del Pobre*”, escrito por Concepción Arenal en 1860; es un libro prescriptivo sobre una posible tarea sanitaria de una abogada y reformadora influyente sobre realidades tan diversas como la salud, la pobreza y la situación carcelaria.

Según Tizón Bouza⁹ “el manual pone énfasis en comentar las competencias en el manejo de los problemas comunes socio-sanitarios de los pobres, los niños, los enfermos y los encarcelados; así como nociones básicas sobre higiene y aseo, y promover los autocuidados y la educación para la salud. Como cualidades que deben poseer los visitadores para ejercer con “profesionalidad” tal digna tarea destacan: la caridad, la dulzura, la firmeza, la exactitud, la circunspección, el celo, la perseverancia y la humildad. El libro termina haciendo un llamamiento a todas las personas a acercarse a la casa de los más desdichados, como forma de conocernos a nosotros mismos”.

Aunque este texto, de inspiración filantrópica, no tuvo aplicación inmediata se considera que ayudó a fundar las bases de la enfermería comunitaria en España. El carácter arquetípico de Concepción Arenal, originaria del Ferrol, queda de manifiesto cuando se conoce que aun a mitad del siglo XIX tuvo que vestirse con ropas masculinas para poder estudiar abogacía y posteriormente participar de la vida política e intelectual de su época.

De todos modos una referencia tan extensa y pretenciosa como “un panorama del origen de la profesión en la región” es casi un estímulo para desencadenar una línea de investigaciones que permita

9. <http://www.agefec.org/Jornada/Jornada2010>

hacer justicia a procesos políticos y sanitarios que se han mantenido estrictamente por fuera de las historias oficiales. Compartimos aquí los primeros hallazgos para brindar, al menos, un semblante de la situación de la enfermería en la región a fines del siglo XIX.



www.erroluys.com

En Brasil, la creación de la Escuela de Enfermeras parece haberse dado en medio de un conflicto que tuvo su origen en el proceso de secularización emprendido por el Estado. En los últimos años del siglo XIX, se declaró oficialmente el carácter republicano del país, con lo que inicia su definitiva modernización. El recientemente creado Hospicio Nacional de Alienados fue desanexado de la Santa Casa de la Misericordia y, bajo la dirección de Teixeira Brandão, fue creada la Escuela Profesional de Enfermeros y Enfermeras en setiembre de 1890. El objetivo era formar profesionales que actuaran en hospitales civiles y militares en reemplazo de las Hermanas de San Vicente de Paul que, hasta entonces, habían ejercido funciones de enfermeras y la administración interna del hospital. Para suplir la falta de profesionales, se contrató personal en Europa entre las enfermeras diplomadas de la Escuela Municipal de París: el modelo francés de enfermera en los hospitales psiquiátricos fue tomado como referencia.

La enfermería brasileña también decide apelar a la construcción de un mito. Varias décadas después recuperará la figura de Anna Nery, consagrada como madre de los brasileños, en los campos de batalla de la Guerra de la Triple Alianza. Se trata de una mujer viuda que se había formado en enfermería con las hermanas de San Vicente de Paul y había asistido a las víctimas de combates librados en Salta (Argentina). Cuando su hijo y su sobrino fueron moviliz-

dos para combatir en la Guerra del Paraguay (1864-1870), se ofreció como voluntaria para cuidar a los heridos. Hasta su muerte, en 1880, se la consideró un ejemplo de patriotismo y valentía, y en el siglo XX, se adoptó la práctica de efectuar una romería anual a su tumba, generando así una tradición que le aportaba a la enfermería brasileña un modelo propio, como era Nightingale en el ámbito anglosajón.¹⁰

Pero las otras, las anónimas, las que no recibían el tratamiento ceremonioso de “doña”? las que seguían a los soldados, las que la historia considera anónimas? Mujeres humildes, muchas de ellas acompañaron a sus compañeros e hijos ante la desprotección en que la guerra las dejaba y sin medios de subsistencia. En una novela histórica, “*A retirada da Laguna*” el escritor Alfredo Taunay relata una expedición brasileña a la frontera con Paraguay. Expone las angustias de las mujeres, discriminadas, sin derecho a recibir remedios, cuidados o abrigo en caso de enfermarse. En esa expedición, que fracasó por falta de abastecimientos y la aparición del cólera, cupo a las mujeres actuar como enfermeras. El autor registra la presencia de la negra Ana “rasgando sus propias ropas para hacer vendas”. En general, cuando las mujeres comunes salen del anonimato es por algún acto heroico, como el segundo sargento Jovita Alves Feitosa, una joven que vestida de varón se presentó al ejército; cuando fue descubierta fue aceptada debido a la necesidad de enfermeras en el frente, siendo destinada a un hospital militar.¹¹

Mary Agnes O’Donnell es quizás el nombre más conocido entre las enfermeras cubanas de la actualidad. Existe un politécnico de Enfermería que perpetúa su nombre, heredero de aquella primera Escuela de Enfermeras fundada en Cuba, por esta estadounidense, en 1899. O’Donnell había egresado de Bellevue e hizo su primera experiencia como enfermera de la Armada; la escuela inició sus actividades con siete alumnas. Al año siguiente, fue nombrada por el Comité Ejecutivo

10. PORTO, F y FRANCO SANTOS, T.C. (2005)

11. GARRITANO DOURADO, M.T. (completar)

de la Junta de Beneficencia como Inspectora General de las Escuelas de Enfermeras del país, cargo que ejerció simultáneamente al de Superintendente de la Escuela del Hospital “Nuestra Señora de las Mercedes”.

1898 es el año en que Estados Unidos declaró la guerra a España, conflicto que terminó con el dominio español sobre Cuba, Puerto Rico, Guam y Filipinas. Cuando la guerra concluyó, las hermanas de las órdenes religiosas que ejercían la enfermería fueron retiradas de la isla por directivas de sus órdenes.

En ese contexto, la salud pública adquirió un nuevo significado: si desde el Caribe se expandían enfermedades, “era responsabilidad del país más poderoso intervenir y sanearlo en su propio bien”. Por ello, la política sanitaria del gobierno interventor norteamericano, dentro de la cual se inscribe la fundación de las escuelas de enfermeras, obedeció, más que a razones de carácter altruista, a su interés de salvaguardar la propia salud, tanto de los norteamericanos que habían arribado a la isla de Cuba con el gobierno de ocupación, como de la población residente en los Estados Unidos, especialmente aquella perteneciente a las zonas costeras del sur del país, dado que la constante relación establecida por el comercio entre la Isla y los estados de la costa sur estadounidense, propiciaban la posibilidad de contagio de enfermedades transmisibles.¹²

Acabada la guerra contra España y la ocupación militar de los Estados Unidos en 1902, la influencia de la política sanitaria norteamericana se extenderá a través de la Enmienda Platt al nuevo gobierno republicano. O’Donnell decidió permanecer en Cuba ejerciendo labores docentes y gerenciales. Las relaciones de O’Donnell con las operaciones militares de la sanidad del ejército norteamericano se ponen de manifiesto en el hecho que, algunas de sus discípulas, pasaron a desempeñarse en el Hospital de Ancón, Panamá, donde se estaba librando una guerra contra la fiebre amarilla, imprescindible para la viabilización de la construcción del Canal interoceánico.

12. SACCHETTI, Rovere (2007)

En 1924, O'Donnell fue promotora de la celebración, por primera vez en Cuba, del Día de la Enfermera, conmemorado el 3 de junio, día del natalicio de Victoria Brú, profesora de Enfermería de Cienfuegos, víctima de la pandemia de influenza que azotó también este país en 1918, mientras cumplía con su deber profesional.

En Chile, el surgimiento parece haberse producido en 1902, cuando el doctor Eduardo Moore, con la colaboración de religiosas católicas, organiza el primer curso de enfermeras en el Hospital San Borja, donde después de tres años de formación, egresó la primera generación con un total de 28 tituladas enfocadas fundamentalmente al cuidado de los pacientes hospitalizados en recintos asistenciales y en sus domicilios. Sin embargo, los requerimientos sanitarios del país comenzaron a aumentar y las necesidades de un cuidado más especializado, llevaron a determinar que la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, solicitara al gobierno la creación de una Escuela de Enfermería.

Tan sólo cuatro años después, en junio de 1906, a través de un decreto gubernamental se crea la primera Escuela de Enfermeras del Estado dependiente de la Universidad de Chile, dirigida en su primera etapa por el doctor y profesor Francisco Navarro, en las dependencias del Hospital San Vicente.

Convertida en la primera Escuela Universitaria de Enfermería en Sudamérica, el nuevo enfoque ofrecido a las estudiantes no era sólo de tipo teórico, sino que se integró con un importante número de lecciones prácticas en los recintos hospitalarios.

El constante avance de la carrera llevó a que la selección de las futuras estudiantes ya no sólo se basara en la vocación de servicio, sino que el nivel de exigencia en la admisión integró como requisito mínimo contar con sexto año de enseñanza primaria.¹³ Resulta necesario considerar que Chile es un país donde a partir de 1890 se

13. <http://www.med.uchile.cl/egresados/39-noticias/3540-la-necesidad-del-cuidado-integral.html>

desarrolló una importante clase media urbana.

En el caso de México, fue la aparición del hospital moderno lo que generó la necesidad de enfermeras en 1905. Porfirio Díaz, en 1890, había señalado en un discurso la importancia política de esta intervención: “*La construcción del hospital es una acción imperativa para hacer evidente en nuestro medio los progresos de la ciencia y el estado de cultura en que se encuentra la capital*”. El Hospital General inició actividades el 6 de febrero de 1905, con 305 empleados del cuerpo médico y administrativo. En ese momento se carecía de enfermeras con preparación y, por las estrechas relaciones que ligaban al porfiriato con Estados Unidos, se contrataron varias enfermeras norteamericanas como instructoras para formar una enfermería profesional en ese país.

Maude Dato, enfermera de origen alemán que trabajaba en el hospital de Acámbaro, Guanajuato, fue también contratada como profesora de la Escuela Teórico-Práctica de enfermeras del hospital de San Andrés. El Dr. Fernando López, Director del Hospital General, fundó la primera Escuela de Enfermería de la República, en este nosocomio. La Jefatura de Enfermeras del Hospital General estuvo a cargo de la misma Maude Dato; otra enfermera alemana, Gertrudis Friedrich completó la gestión como subjefa y la mexicana Sara Delgado, fue la Secretaria.

Una figura interesante en la enfermería uruguaya es la de Ana Packer. Inglesa, proveniente de una familia cuáquera acomodada, estuvo en los años 70 del siglo XIX en Liverpool, ciudad puerto que sintetizaba el modelo de rápida urbanización propio de la Revolución Industrial. Casada con un médico, llegó al Uruguay cuando su marido fue contratado por una empresa minera inglesa. En Minas de Corrales se había descubierto oro para la misma época que en California, por lo que esa remota región vivió un boom económico con fuerte inmigración.

Misiana, como todos la llamaban, recorría la región de terreno ondulado, arroyos y escasos caminos, a caballo, atendiendo partos y

todo tipo de pacientes. El aumento de la población y en consecuencia la demanda de asistencia, hizo que ambientara una habitación de su casa para recibir a todos quienes requerían contención y cuidados. Dicen los testimonios que vacunaba y, sobre todo, enseñaba puericultura.¹⁴

En 1897, una guerra civil entre blancos y colorados provocó, como hemos visto en otras regiones en guerra, la movilización de damas de la elite, que fundaron Comisiones de Prestación de Socorros. Una de sus actividades consistió en la fundación de los Hospitales de Sangre y en organizar la Cruz Roja. Misiana fue la directora del Hospital que funcionó en Minas de Corrales.



En: revistadigitalderivera.com.uy
Edición 129 del 22 de diciembre de 2006

Uruguay vivía hacia principios del siglo XX una experiencia única en América Latina, las reformas que llevó a cabo José Battle y Ordoñez en sus dos períodos de gobierno (1903 a 1907 y 1911 a 1915) le dieron al Estado un rol protagónico con relación a nacionalizaciones, secularización, supresión de la pena de muerte, ley de divorcio.

El país fue así atípico en el contexto político social de Latinoamérica. No sería excesivo decir que su peculiaridad fue la acentuación de los elementos solidaristas de su ética social.¹⁵

Fueron dos médicos, los doctores Manuel Quintela y Gerardo Arrizabalaga quienes presentaron un proyecto en 1894 para la creación de la Escuela Uruguaya de Enfermería, con énfasis en los aspectos disciplinarios de la formación: consideraban que las inscriptas

14. HERNÁNDEZ, N; CHIRICO, S (2004) Pàg. 154

15. ODDONE, J. (1972) pág. 309

provendrían de sectores humildes, y se les reclamaba “puntualidad, aseo, trato con los superiores”. El proyecto surgió como una instancia asistencial, no como una institución educativa.¹⁶



En: www.enfeps.blogspot.com

La Escuela comenzó a funcionar en 1905 teniendo como sede el Hospital de la Caridad. Es notable la cantidad de ingresantes varones, veintidós, sobre sólo dos mujeres que lograron superar esa instancia. Se esperaba que fueran “asiduos, dóciles, caritativos y con instrucción bastante para el desempeño de su cargo”.¹⁷

Detectamos la necesidad de los médicos de contar con ayudantes en los hospitales y la atención domiciliaria junto al deseo de abrir un campo laboral para sectores humildes.

La siguiente iniciativa fue obra del doctor José Scosería, quien luego de entrar en contacto con instituciones europeas, estableció, en 1911, una Escuela de Nurses bajo el modelo Nightingale, e “importó” cinco docentes provenientes de Inglaterra. Desde entonces, las nurses son asociadas con las enfermeras universitarias en el país.

La formación de enfermeras en el Perú se inicia en Escuelas anexas a hospitales, siendo la primera de ellas la Escuela de Enfermeras de la Clínica Anglo Americana, creada en 1907, que funcionó inicialmente en el puerto del Callao; y la segunda, la Escuela Nacional de Enfermeras Arzobispo Loayza, creada en 1915 por la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Aproximadamente cincuenta años después de fundada la primera Escuela, el país contaba con siete Escuelas de Enfermeras, todas ellas ubicadas en Lima y dependientes

16. SÁNCHEZ PUÑALES, Soledad (2002)

17. Ibidem

de la Beneficencia Pública, Ministerio de Salud, Seguro Social, Sanidad de las Fuerzas Armadas.

En Colombia, el período de la enfermería religiosa reconoce a Pedro Claver como “padre de la enfermería”¹⁸, quien se desempeñaba en el Hospital San Lázaro al Pie del Cerro de la Popa, en Cartagena. El ejercicio de las actividades de enfermería estuvo durante tres siglos en manos de religiosos.

Ya en la etapa independiente, un grupo de señoras filántropas se organizaron en una asociación que dieron en llamar Hermanas de la Caridad, bajo el patronato de San Vicente de Paul y la ayuda de la Sociedad de Beneficencia. Vicenta Yanguas de Galvis se hizo cargo de la administración del Hospital en 1857, mediante contrato oficial. Otra de ellas asumió el cargo de Enfermera de Mujeres. La enfermería hospitalaria seguía a cargo de religiosas y seglares provenientes de sectores humildes.¹⁹

Si durante el siglo XIX la escuela francesa fue el modelo de organización hospitalaria, la influencia norteamericana empezó a entrar a Colombia por Panamá, por influjo de la Zona del Canal. En 1903 se fundó allí el Hospital Santo Tomás, con una escuela de enfermeras, centro importante de formación para quienes contaban con recursos económicos.²⁰

En los inicios del siglo XX, Cartagena siguió formando personal de enfermería, pero la profesionalización llegaría en 1924 cuando se reglamentan la Escuela de Enfermeras y Parteras del Hospital Santa Clara de Cartagena, y la Escuela de Comadronas y Enfermeras de la Universidad Nacional de Bogotá. Para la formación de las futuras egresadas llegaron enfermeras de Francia, Alemania, Panamá y Estados Unidos.

Con la llegada de las norteamericanas aparecen las llamadas en-

18. VELANDIA, Ana L.(1995), pág. 35

19. VELANDIA, A.L. (1995) pág. 36

20. VELANDIA, [op.cit.] pág. 51

fermeras visitadoras. Se observan principalmente dos tendencias en la formación del personal de enfermería: por una parte, las escuelas dependientes de las facultades de medicina, con un enfoque hospitalario, incluso teniendo como residencia el propio hospital; por otro lado, las escuelas dependientes de la administración estatal o privadas, con un enfoque higienista.²¹

Diferentes países, diversas referencias pero un hilo conductor que parece conectar la forma como la enfermería profesional comienza a abrirse paso en una región que busca construir su propia modernidad.

La Enfermería en Argentina

A partir de 1880, el grupo liberal que detentaba el poder adoptó un programa de acción que incluía: enseñanza laica, matrimonio civil, abolición de los registros parroquiales, supresión de los cementerios religiosos; hitos claves en la modernización de la sociedad y el Estado que pueden ser vistos como instrumentos útiles en la transmisión de valores propios de una república conservadora en un pueblo con enorme proporción de inmigrantes.

Una corriente importante del pensamiento argentino se inscribe en una fuerte dirección biológica que signa la época y, sobre todo, se aplicará al análisis de los fenómenos sociales: Ramos Mejía comienza su obra *Las multitudes argentinas*, verdadero estudio de psicología colectiva, con un capítulo titulado *Biología de la multitud*.²²

Como institución testimonio de estas preocupaciones, encontramos la creación de la primera Escuela de Enfermeras de la república en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. La enfermera estaba llamada a ser un elemento clave en ese conjunto de técnicas destinadas

21 IBIDEM, págs... 67/68

22. MONSERRAT, M. (1980) pág. 790

a controlar a los pobres, y disminuir el peligro que implican para el orden social sus condiciones de vida.

En esto coinciden los grandes nombres de la salud pública argentina de fines de siglo. Dice Eduardo Wilde que “*la higiene pública es la medicina de los pobres*”, y Ramos Mejía advierte “*la necesidad de reaccionar contra el hábito inexplicable de habilitar como enfermeras a un personal analfabeto, ignorante y sin escuela: visto el papel importantísimo que debe desempeñar el cuidado diario de los enfermos y hasta como colaborador de los mismos médicos*”.²³

En 1880 el gobierno nacional pasa la Sociedad de Beneficencia al ámbito de la Nación. La acción de beneficencia se inscribe claramente como una iniciativa del poder público. No es respuesta a una demanda o exigencia de los necesitados. Esto coincide con el sesgo moralizador de esta estrategia.²⁴

La historia personal de Cecilia Grierson nos la muestra comprometida con un modelo de mujer activa desde joven. Nace en Buenos Aires en 1859, de padre escocés y madre irlandesa. En 1878 se recibe de maestra normal y es nombrada por Sarmiento Directora de la Escuela parroquial de San Cristóbal. Cuando se abate sobre Buenos Aires la epidemia de cólera en 1886 es estudiante de medicina; se interna entonces en la Casa de Aislamiento (hoy Hospital Muñiz) para trabajar junto a los doctores Penna y Estévez, ante la deserción del personal empírico que dependía de los hospitales de la ciudad. Es entonces que los médicos movilizan a sus estudiantes y Cecilia, en esta situación de “muchos generales y muy pocos soldados”, opina que las guerras son las que nos han enseñado especialmente que los cuerpos médicos son insuficientes, que es prioritario formar personas instruidas en el arte de curar para encargarse del cuidado inmediato y continuo de los enfermos.

Conmovida por la situación de la epidemia de cólera, el mis-

23. WAINERMAN, C; Binstock, G. (1994)

24. TENTI FANFANI, E. (1989) Pág.25

mo año 1886 funda la primera escuela de enfermeras en el Círculo Médico, donde funcionó unos meses hasta que disensiones entre la comisión directiva la resolvieron a llevarla a su propia casa, donde permaneció cuatro años. Según ella misma “*el alumnado practicó en los hospitales valiéndome de la amistad de varios directores de esos establecimientos*”. En 1891, el intendente Bollini decreta que la escuela se incorpore al ámbito oficial de salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires como escuela gratuita, laica y pública, empezando a funcionar el 2 de abril de 1892.

Las aspirantes debían tener una serie de aptitudes y cualidades para poder cursar la carrera: ser sanas, higiénicas, poseer belleza, conservando la estética, tener destreza, habilidades psicomotoras y tener una buena salud mental, manteniendo una vida moral y espiritual.

El primer año que funcionó la Escuela ingresaron 82 aspirantes y egresaron 10. La Doctora Grierson justifica ese alto grado de selección en términos rigurosos:

“*Me he tomado la enorme tarea de vigilar, más o menos bien, esta práctica. Solo a fuerza de seleccionar y eliminar a las que verdaderamente no servían, es que con el transcurso de los años llegué a formar un núcleo de personas idóneas para el público, que se habituó a distinguir entre una enfermera diplomada y las que no lo eran... Desde el principio de la fundación de la escuela concurrieron también alumnas empleadas en los hospitales, que se llaman erróneamente enfermeras, siendo en realidad solo sirvientas de hospital... Estas se reclutan, como en Francia, entre las enfermas que se quedan por ser demasiado inútiles para sirvientas en casas particulares. Así no puede pedirse moralidad, ni aseo, ni instrucción*”.

En estas declaraciones hay una secuencia de acciones que da cuenta de la metodología examinatória que buscaba apartar de la profesión a quienes no demostrasen las cualidades fundamentales que distinguían a la enfermera de la sirvienta: moralidad – aseo – instrucción (en ese orden).

La fundación de la carrera de enfermería generó controversias

en el ambiente hospitalario: un ejército de mujeres con instrumentos técnicos en su haber resultaba amenazante para la hegemonía absoluta del médico. No iba a ser lo mismo administrar un hospital donde el personal de servicio fuera analfabeto y sin posibilidades de promoción, que compartir el espacio con estas nuevas trabajadoras.

En 1905, una ordenanza municipal obligaba a los directores de hospitales a enviar a su personal a la escuela a capacitarse y diplomarse: la misma fue resistida por los directores. El servicio de enfermería en los hospitales públicos no prescindía del aporte de religiosas de vida activa.²⁵

Sobre la oposición de los directores Grierson comenta:

*“Se han contentado con argumentar que la práctica rutinaria era suficiente, ayudada cuanto más por algunas conferencias semanales, a veces demasiado científicas y sin aplicación directa”.*²⁶

Las resistencias se renovarían cuando, en 1912, la escuela admita como ingresantes solamente mujeres. Esta medida fue tomada por el Director de la Asistencia Pública, doctor Piñero. Los argumentos justifican:

*“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. Nadie puede negar la superioridad de la mujer en todo lo que refiere al manejo de una casa. La enfermera aporta a su oficio sus conocimientos de Economía Doméstica y sus condiciones naturales, que la hacen más solícita con el que sufre, más abnegada, más minuciosa, más ordenada.”*²⁷

En 1914 se comienza con el empleo de mujeres en salas de varones en los hospitales Alvarez, Fernández y Ramos Mejía. En los

25. DI STEFANO, R (2010) pág.254

26. WAINERMAN, C; BINSTOCK, G (1994)

27. Libro de Resoluciones...(1912- 1918)



www.lachacritaonline.com.ar

hospitales de la Comuna, de 468 empleados en esa categoría, 192 eran hombres y 276 mujeres.²⁸ El desplazamiento de personal masculino fue la causa de una huelga que terminó con la derrota de los trabajadores que fueron separados de sus cargos y reemplazados por enfermeras diplomadas. La Escuela siguió siendo exclusivamente femenina hasta 1969.

Es la propia Cecilia Grierson quien sale a responder las críticas de los varones:

*“Nuestras legiones aumentan, mal de grado de los tontos que en la dignificación de la mujer encuentran un paso atentatorio a su categoría de mandones y, sin medir bien sus propios intereses, quieren que el sexo débil sea únicamente consumidor, representando en la familia el triste papel de protegida”.*²⁹

Una segunda iniciativa en 1890 fue la del Hospital Británico: hospital que albergaba entre 15 y 20 pacientes. A mediados del siglo XIX contaba con un médico y un boticario cuando decide contratar a Mrs. Nesbit, quien se había desempeñado como enfermera en Newcastle, para que ejerciera como Matrona, lavandera y cocinera. Nesbit contrajo matrimonio, pasando su esposo a ser su ayudante de enfermería. Su tarea fue excelente y se retiró en 1847, siendo sucedida por Miss Blues.

En 1880 la Comisión del Hospital, tras tomar conocimiento de la labor de Florence Nightingale y de la creación de la Primera Escuela de Enfermería Laica en el Hospital de St. Thomas de Londres, decide

28. La Prensa, martes 12/9/1916

29. El Búcaro, junio de 1896.

contratar a tres enfermeras capacitadas en Inglaterra, quienes a los tres meses regresaron a su país de origen intimidadas por la inestabilidad política de este país.

Tras esta experiencia negativa, se vuelve a pensar en una Matrona o enfermera Jefe: se contrató a Miss E. Taylor (1882), quien viaja desde Inglaterra para ocupar el cargo con un contrato de tres años. La comisión del Hospital, reconociendo el gran esmero y dedicación de esta Matrona, trae a una segunda enfermera calificada. El hospital funcionó en distintos lugares y, en 1885, bajo la presidencia de Julio A. Roca, se puso la piedra fundamental del edificio propio. Miss Taylor se ocupó del traslado y organizó el nuevo hospital que abrió sus puertas en junio de 1887.

La comisión, nuevamente, requirió egresadas del St. Thomas Hospital de Londres y así llegaron desde Inglaterra, en 1889, Miss Elizabeth Eames junto a tres enfermeras. Una de sus primeras actividades fue continuar con el fortalecimiento del proyecto de la Escuela de Enfermería anhelado por la Matrona Taylor.

Taylor deja su cargo en 1905 y lo continúa la Matrona Eames, quien fue la primera en ocupar el cargo de Directora de la Escuela de Enfermería, dedicándose plenamente a la formación y supervisión de sus enfermeras, dado que las anteriores tenían una actuación más relacionada con la gestión de los servicios.

La escuela comenzó a funcionar en 1890 con una formación sistemática de tres años, capacitando a mujeres allegadas a la colectividad inglesa, para ejercer con mayores conocimientos una tarea singular. En su comienzo funcionó como un servicio a la comunidad, las clases se daban en inglés, y la mayoría de los pacientes también tenían esa lengua.

El prestigio de la enfermera británica estaba extendido hasta el punto en que, en un informe sobre las instituciones de enfermeras europeas presentado por Grierson a la Asistencia Pública, luego de un viaje a Europa, se perciben ecos de los discursos de la generación del 80, admiradores del espíritu anglosajón, promotores de la inmigración de ese pueblo considerados la migración ideal, preferibles a

los latinos. En 1899 Grierson asistió, en calidad de vicepresidenta, al Congreso Internacional de Mujeres (reunión que buscará repetir diez años después en Buenos Aires cuando presida el Congreso de Mujeres Universitarias). Permaneció cinco meses realizando cursos de perfeccionamiento, a la vez que visitando hospitales y clínicas en distintos países de Europa.

Defensora firme e impresionada por el sistema inglés, su informe enfrenta a los sectores que admiran a Francia: “Francia tiene quizá una de las peores formas de asistencia por enfermeras, puesto que en París se reclutan éstas entre enfermas de cada hospital... por otra parte, no se les exige las condiciones morales indispensables, bastando tan sólo las intelectuales, y descuidando las otras cualidades esenciales: educación y sobre todo moralidad. Pero las impresiones más negativas son para Italia que “está quizá peor que nosotros en cuestiones de asistencia de enfermos, debido tal vez a que en el pueblo no hay, en general, hábitos de aseo y arreglo doméstico”.³⁰

Luego de haber revisado el surgimiento de la enfermería profesional en la región, se nos presentan algunas similitudes, más allá de las particularidades de cada país. Es coincidente el surgimiento de la enfermería con el proceso de secularización y modernización de los Estados, lo que se dio en la década final del siglo XIX. Para entonces, los países centrales nos proveían de bienes de capital para poner en marcha la infraestructura que nos ligara al comercio internacional, pero también, y en nuestro tema es lo que resulta fundamental, todo un capital simbólico que proponía modelos y prácticas a importar.

En el caso de las mujeres, americanas o inmigrantes que optaron por esta profesión, contar con esta oferta significó la entrada en el mercado laboral con un perfil de reconocimiento social, y la posibilidad de progresar a partir de la práctica profesional. Junto a la docencia, la enfermería se constituyó en un horizonte de expectativas superadoras para miles de mujeres de la región.

30. SACCHETTI, L (1999) pág. 7

Bibliografía

Bibliografía EE.UU.

ALCOTT, Louisa May *Hospitals Sketches*. 1863, James Redpath Publishers, Boston.

ANAYA Cintas, Francisca y ZURITA Anaya, Estela: *Lilian Wald, nace la Enfermería Comunitaria (I parte)* <http://www.northnet.org/stlawrenceaauw/nurses.htm> consulta el 11/2/2010 Consulta: 13 de febrero 2010

BACKER, Barbara A. *Lillian Wald: connecting caring with activism*. 1993, Nursing Health Care, Volume 14, Number 3. Pages 122 to 129.

MAC CASKILL, Libby ; NOVAK, David: *Ladies on the field. Two civil war nurses from Maine on the battlefields of Virginia*. 1996, Signal Tree Publications, Virginia.

MORTIMER, Barbara ; MC GANN, Susan: *New directions in the history of nursing. International perspectives*, 2003, Routledge, London

NUTTING, M. Adelaide; DOCK, Lavinia. *A history of nursing. 4 volúmenes* . 1907, New York, Putnam

PARENTINI, María Rosa : *Historia de la enfermería: aspectos relevantes desde sus orígenes hasta el siglo XX*. 2002, Editorial Trilce, Montevideo

RASCHE, Ruth W. *The Deaconess Movement in 19th-century America: pioneer professional women* <http://www.ucc.org/about-us/hidden-histories/the-deaconess-movement-in.html>; Consulta: 13/2/10

SCHULTZ, Jane E. *Women at the Front. Hospital workers in Civil War America*. 2004, University of North Carolina Press, Chapel Hill.

TRANT, Kate ; USHER, Susan: *Nurse. Past, present and future*. 2010 Black Dog publishing, London,

Bibliografía América Latina

DI STEFANO, Roberto: *Ovejas negras. Historia de los anticlericales argentinos*. 2010, Sudamericana, Bs.As.

GARRITANO DOURADO, María Teresa: *Historia das mulheres na guerra do Paraguai (1864-1871)*.

GRIERSON, Cecilia (s/f) *Informe sobre las instituciones de enfermeras en Europa*, Bs. As. (1902) Educación técnica de la mujer. Tipografía de la Penitenciaría Nacional, Buenos Aires.

HERNÁNDEZ, Nidia; CHIRICO, Selva: Ana Packer. *Construyendo el saber y hacer enfermero. De Inglaterra a Cuñapirú Corrales*. 1841 – 1930. 2004, Ediciones Trilce, Montevideo

MONSERRAT, Marcelo *La mentalidad evolucionista*. En: Ferrari, G; Gallo, E (comp) *La Argentina del 80 al Centenario*. 1980, Edit. Sudamericana, Bs.As. Págs. 785-818.

ODDONE, Juan: Battle. *La democracia uruguaya*. En: *Historia de América en el siglo XX*. Tomo 1. 1972, CEAL, Bs.As. Págs. 253-280.

PORTO, F. ; FRANCO Santos, T.C. *La romería al túmulo de D. Anna Nery (1925-1926)*. Una tradición inventada para la enfermería brasileña. En: *Enfermería global*, N° 7, noviembre 2005. www.un.es/eglobal

SACCHETTI, L. *Cecilia Grierson y la enfermería: un discurso social*. 1999.

SÁNCHEZ PUÑALES, Soledad. *Historia de la enfermería en Uruguay*. 2002, Edit. Trilce, Montevideo.

TENTI FANFANI, Emilio: *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención*. Vol.1. 1989, CEAL, Bs.As.

VELANDIA, Ana Luisa. *Historia de la enfermería en Colombia*. 1995, Ediciones de la Universidad de Colombia, Bogotá.

WAINERMAN, C; BINSTOCK, G. *Género y calificación en el sector enfermería*. 1994, Estudios del Trabajo NC 7, Buenos Aires: ASET.
<http://www.med.uchile.cl/egresados/39-noticias/3540-la-necesidad-del-cuidado-integral.html>

Capítulo Cinco

Los Procesos de Profesionalización en Salud; un Objeto de Estudio y de Intervención.

El primer intento conocido, de asociación en Enfermería se llevó a cabo en Inglaterra en el año 1.888; cuando Mrs. Bredford Fenwick fundó la “BRITISH NURSES ASSOCIATION”.

En 1.899 apareció, también en Inglaterra, el “CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS”, fundado por Mrs. Bedford Fenwick. La primera reunión del mencionado Consejo Internacional de Enfermeras se llevó a cabo durante la Exposición Mundial de Buffalo (Nueva York) en 1.901.

En Estados Unidos en el año 1.911 nace la “AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA)”. Hernandez Aniorte N.¹

Al llegar a este capítulo que se presenta con una pretensión mas sincrónica que diacrónica podría parecer que proponemos un cambio abrupto, en consecuencia un tanto ajeno a la lógica del libro, por lo que resulta imprescindible explicitar que todo el tiempo hemos mantenido en foco la cuestión de cómo se constituye una profesión y sobre todo como cambia. Lo que en términos generales por tratarse de un objeto que se mueve a ritmos y velocidades muy lentos que no resultan sencillos de visualizar para un observador contemporáneo al objeto de estudio, requiere apelar a la historia y a la genealogía.

Cuándo y cómo se llega a constituir y consolidar una profesión, no es solo una cuestión de abordaje teórico sino una pregunta que remite a procesos técnicos, sociales, económicos, culturales y políti-

1. www.elgotero.com

cos sobre los que, además, se puede estudiar y teorizar. Los caminos no resultan siempre paralelos, aunque en ocasiones se verifican similitudes y sincronías que contribuyen a la conceptualización de los procesos en curso.

En un intento por sistematizar contenidos en un campo sensible y relevante, aunque poco difundido, como el desarrollo de la fuerza laboral, en este caso de enfermería, y las realidades y potencialidades de su proceso de profesionalización se procura brindar elementos y categorías que de una forma u otra se han ilustrado en capítulos anteriores.

El interés en esta perspectiva desborda lo meramente académico, ya que la sociología de las profesiones es una de las líneas de investigación que mejor se articula, que más contribuye al diseño de intervenciones, especialmente si se aplican perspectivas estratégicas para un proceso de planificación, cuya utilidad en el campo de los recursos humanos en salud parece ya comprobada².

La conexión entre la historia y la planificación –especialmente con una perspectiva estratégica– se facilita en la mayoría de los enfoques de la Sociología de las Profesiones porque estos ofrecen una mirada desde un eje muy próximo a la lógica de sujetos o de actores sociales. Esto permite conceptualizar a las profesiones como verdaderas fuerzas sociales organizadas para, de una manera u otra, procurar ser reconocidas como interlocutores, e intentar hacer prevalecer sus intereses y valores en el sector y en la sociedad como un todo.

De esta forma la construcción de una profesión no depende exclusivamente de los diversos factores externos que la moldean sino también de lo que las profesiones organizadas hacen que suceda, sus logros y sus fracasos en contextos complejos y en campos disputados.

2. ROVERE M.(2006)

Formas de estudiar las profesiones

La identificación de que las profesiones podían ser en sí mismas consideradas como un objeto de estudio, se difunde en la década de los 50's cuando algunos sociólogos norteamericanos comenzaron a dirigir su atención al surgimiento de nuevas características emergentes y de nuevas conformaciones en profesiones que habían permanecido relativamente estables a través del tiempo.³ Son escasos, aunque muy relevantes, los trabajos latinoamericanos al respecto.

A pesar del auge en esta época, los estudios reconocen que la preocupación por este objeto se remonta a los padres de la Sociología. A fines del siglo pasado, Emile Durkheim, reflexionando acerca de los ideales que organizan una sociedad y la importancia estabilizadora de las capas medias tecno-burocráticas, escribía: *“el ideal de la fraternidad humana puede ser alcanzada en la medida en que progrese (en la sociedad) la división del trabajo”*.⁴

Este no era un comentario marginal a su obra, ya que el conocido teórico de la anomia veía a las profesiones justamente como un fenómeno “inherentemente nómico”, es decir, como una fuente de racionalidad y de generación de normas específicas que se extendían a toda la sociedad.

Al respecto Dammert⁵ señala: *Las corporaciones no solo han sido parte del pasado inmediato, sino que pueden encontrarse en épocas tan remotas como la época romana. En esta revisión histórica, Durkheim encuentra los argumentos para rechazar la idea de que como las corporaciones han sido parte del pasado, el cambio de “régimen” debe traer consigo su desaparición. Según él las corporaciones desaparecen momentáneamente en el medioevo debido a que no lograron evolucionar al ritmo de*

3. COLLINS R.(1989)

4. COLLINS R (1989)

5. <http://misociologia.blogspot.com/2004/05/21-y-23-de-octubre-manuel-dammert-lo.html> visitado 13/8/2011

la sociedad, pero esta desaparición momentánea deja el espacio para que ahora, que se les necesita, vuelvan a aparecer. Podrían ser la base del poder moral que la sociedad necesita para mantenerse integrada, y para que la anomia no se generalice ni que prevalezca la ley del mas fuerte.

No es sorprendente, por ello, que el rol de las profesiones fuera privilegiado por aquellos teóricos del “equilibrio” en las sociedades como: Durkheim, Spencer y T. Parsons, en relación a la emergencia de nuevos sectores medios y simultáneamente englobados en los estudios sobre la burocracia por parte de Weber⁶.

Podría aplicarse, aquí también, lo que ha sido un *leitmotiv* de esta serie, pensando una sociología o una historia de las profesiones y simultáneamente a las profesiones en la historia y en la sociedad. Es que, la mayoría de los autores contemporáneos, a efectos de hacer suficientemente visibles los rasgos dinámicos del proceso en estudio, debieron apelar a las investigaciones históricas en períodos suficientemente prolongados como para que el carácter cambiante del proceso de profesionalización se pusiera de manifiesto.

El modelo analítico, por sus orígenes, resultó genéticamente funcionalista, ya que ese era el ambiente académico donde había surgido. Sin embargo, años después, autores de otras orientaciones, identificaron las potencialidades de este campo de investigación y las posibilidades de incorporar perspectivas teóricas diferentes.

Lo que quizás ha sido menos explorado, como se menciona en el título de este capítulo, es la posibilidad de hacer de este campo simultáneamente un campo de estudio y un campo de intervención, utilizando las investigaciones como insumos para la formulación de nuevas propuestas y estrategias de desarrollo profesional.

Las profesiones no sólo devienen como fruto de los factores externos que las determinan (realidad social y económica, evolución tecnológica, contextos y operaciones culturales, la emergencia de otras profesiones, etc.) sino también, como consecuencia de la capacidad de

6. SARFATTI LARSON M (s/f)

las propias organizaciones o corporaciones⁷ de desarrollar estrategias más o menos exitosas de intervención sobre su propio destino.

En otras palabras, es posible imaginar a las profesiones como fuerzas sociales que, desde determinados posicionamientos, ideologías, experiencias e intencionalidades, se dan en un contexto determinado una cierta organización y que, aplicando diferentes recursos de poder (legales, económicos, políticos, etc.) a su alcance, los hacen jugar en beneficio de aquellos intereses considerados legítimos por el conjunto de pares.

En nuestros tiempos, la tradición de la modernidad ha enfatizado en demasía las dimensiones técnicas del proceso de profesionalización (profesión como un grupo que ejerce un cierto monopolio sobre técnicas y saberes). Sin embargo, una reconstrucción histórica, muestra que las dimensiones éticas y sociales son iguales o más importantes que las técnicas en la identidad de una profesión. Emilio Tenti⁸ nos recuerda el parentesco entre las palabras profesión y profesor (y profesor, añadimos) llamando la atención sobre que “*profesar [pro fe sare] no sólo significa ejercer un saber o una habilidad, sino también creer o confesar públicamente una creencia*”.

De allí se desprende que las profesiones liberales hayan tomado tanto celo en buscar que la retribución por sus servicios no tenga el carácter de tarifa o de precio -y aún el carácter de sueldo o salario resulta algo incómodo o inapropiado- privilegiando el concepto de “honorario”, que sirve para sostener el honor estamental que reivindicaban o reivindicaban las profesiones constituidas como tales.

Evidentemente, no se trata de una referencia nostálgica, sino que la noción adquiere una importancia sustantiva para todas aquellas profesiones que, trascendiendo la conflictividad interprofesional, están preocupadas por mejorar la percepción que la sociedad en su

7. El concepto de corporación ha adquirido un tono peyorativo en las ciencias políticas pero recuperando su sentido original describe adecuadamente lo que queremos plantear en este capítulo.

8. TENTI FANFANI E., (1989)

conjunto tiene de ellas, como un mecanismo de sostenimiento e incremento de su legitimidad.

En este aspecto, conceptos renovados como la defensa del derecho a la salud- sobre todo en aquellos aspectos más cercanos o pertinentes a cada profesión-, el desarrollo de mecanismos de control social y bioética y la rendición de cuentas a la sociedad (advocacy y accountability) son aspectos que se insinúan como tendencias que sacudirán el mundo de las profesiones de salud.

Las profesiones, según Tenti, trabajan en el sentido de su máxima autonomía, lo que implica:

- Conocer mejor que nadie lo que es bueno para el paciente (incluso mejor que él/ella mismo) en virtud de un prolongado entrenamiento y educación previos.
- Sujetar sus decisiones únicamente a la vigilancia de sus colegas.
- Colocar todos los niveles de pertenencia bajo la jurisdicción de la profesión, y la entrada a la misma, bajo el control de la asociación profesional pertinente.

Si consideramos a la profesionalización como un proceso social y político de construcción, o mejor, de destrucción-construcción (de de-construcción en términos de Derrida), podemos identificar la existencia de un objeto de transformación: “el proceso de profesionalización” que, instalado en un campo de fuerzas, adquiere un carácter socialmente conflictivo, por lo que resulta imprescindible analizarlo con una perspectiva de actores sociales y sujetos activos: “las corporaciones, los gremios, los colegios, los círculos, las asociaciones o las federaciones” – reconociendo que las denominaciones utilizadas no son sinónimos y que, a veces, el concepto de “corporativo” adquiere un carácter peyorativo en determinadas regiones o países- Estos sujetos o actores sociales en cada contexto y en cada momento histórico, desarrollan estrategias a fin de proteger, en la medida de lo posible, los intereses profesionales, y cuando existen condiciones, intentan hacer prevalecer sus propios objetivos.

¿Cómo se han desarrollado o se desarrollan estas estrategias?, ¿Quién las identifica?, ¿Con qué base de representación y participación?, ¿Con qué modelos analíticos?

Son interrogantes de gran interés, ya que pueden abrir un espacio donde indagar, un espacio susceptible de enriquecimiento con aportes desde un pensamiento estratégico.

Pero, ¿por qué estudiar, y sobre todo, fortalecer estos procesos?, ¿acaso los comportamientos corporativos⁹ no son un factor de confusión; acaso la “orden” no busca, en forma excluyente, sus propios intereses en desmedro de otras profesiones e ignorando objetivos sociales más “elevados”?

No necesariamente. Si bien existen antecedentes en donde, por diferentes motivos, esto resulta cierto, no es correcto afirmar que lo normal sea que, de forma predeterminada, las corporaciones siempre buscan o buscarán su éxito desinteresándose de objetivos sociales mayores. En ciclos históricos largos, queda demostrado que sólo la correcta lectura de las necesidades y expectativas de la sociedad permite conducir adecuadamente una profesión a través del tiempo.

La idea del fortalecimiento de una profesión a expensas de otras, o de los intereses del conjunto social supone, por su parte, un modelo conceptual de juegos de “suma cero”, lo que dista mucho de ser la situación real de las profesiones. Las disputas y tensiones se comprenden mejor con modelos abiertos en donde es posible cooperar, competir o regular con la posibilidad “todos ganan”, como puede verse cuando un gremio obtiene una mejora en las condiciones de trabajo, que abre las posibilidades a las reivindicaciones y expectativas de otro gremio; o cuando, con frecuencia, la mejora en las condiciones de trabajo en salud repercute en forma directa en la calidad de los servicios, lo que permite conciliar las expectativas del grupo y

9. El Uso del concepto de corporación en algunos países adquiere un carácter peyorativo, sin embargo su uso en este artículo remite a la idea de gremio u orden de una profesión ya sea que se organice a través de ejes científicos, deontológicos, gremiales o alguna combinación de estas funciones.

de la población a la que se le brinda atención.

Claro que ese poder no siempre es bien comprendido, ni siempre bien utilizado, aunque la responsabilidad social e histórica sea muy grande.

Esta responsabilidad deviene de un rasgo estructural del sector salud: a pesar de la crisis de confiabilidad interna y la alta conflictividad intra e interprofesional¹⁰, los profesionales de salud conservan un considerable prestigio y una considerable legitimidad en la población.

Esa legitimidad deviene de una apropiación del conocimiento, un depósito de confianza y una delegación de poder que hace que la población se sienta “representada” por los profesionales de salud, en el mismo sentido que delega en un abogado su legítima defensa. Esa representación supone la creencia de que los profesionales de salud son siempre solidarios con las necesidades y padecimientos de la población, que conocen qué es lo mejor para el cuidado de su salud, y que serán capaces de alertar sobre situaciones de riesgo para la salud.

La ética de esa representación se ha puesto a prueba en momentos en que se verificó el retroceso de las políticas sociales, configurando estados de indefensión que, en muchos casos, pasan desapercibidos para la mayoría de los ciudadanos.

¿Cómo analizar un proceso de profesionalización?

Algunos rasgos ayudan a estimar y pre-configurar el poder relativo de una profesión, sin querer ni poder ser exhaustivos, ya que en la práctica en tanto se trata de productos de diferentes estrategias resultan ser renovadamente creativos o surgir en forma múltiple y combinada:

10. BRITO P. MERCER H. y NOVICK M. (1993).

En el campo académico:

- El carácter de los procesos educativos a través de los cuales se otorga el título o la credencial que autoriza, legitima y en ocasiones monopoliza una práctica para los graduados.
- El encuadre institucional de esa formación (Escuelas hospitalarias, Universitarias, institutos terciarios, etc.) y el poder relativo en una pirámide de prestigio entre estas instituciones.
- Los años formales de estudio o de duración teórica de la carrera (aunque los alumnos tarden mas o menos en cursarla).
- El grado o el título profesional efectivamente alcanzado.
- La extracción social o la situación económica promedio de sus estudiantes.
- El carácter más o menos elitista de los sistemas de ingreso o de admisión.
- El costo directo o indirecto de los estudios en términos de carga horaria, exigencia, tecnologías educacionales (laboratorios, centros de práctica, etc.).
- La existencia de post grados y especialidades.
- La existencia de publicaciones periódicas, revistas o no periódicas libros, artículos vinculados o producidos por la profesión.
- El desarrollo de investigaciones y centros de producción de conocimiento.
- Congresos científicos específicos.

En el campo de la práctica:

- El control o el monopolio de ciertas prácticas y la tasa de prestigio en la sociedad de esas prácticas.
- La necesidad social percibida y/o construida de su práctica.
- El ejercicio más o menos liberal o asalariado de sus trabajos (y/o sus diferentes combinaciones).

- La tecnología física (equipos) incorporada al proceso de trabajo.
- El desarrollo de un lenguaje propio que comunica entre sí, aun cuando resulte más o menos hermético para los “profanos”.
- El sector o clase social a la que presta sus servicios.
- El nivel de ingresos alcanzado.

En el campo de la organización corporativo-profesional:

- El nivel de representación y el nivel de concentración alcanzado por una o más organizaciones de la “orden”.
- El control o monopolio de la acreditación para el ejercicio profesional.
- El control de la acreditación de especialidades.
- La regulación de los “honorarios”.
- La capacidad de juzgar el comportamiento profesional y de sancionar las faltas o desvíos en el comportamiento ético.
- La capacidad de imponer/influir sobre los salarios, las condiciones de trabajo y/o las carreras profesionales de los grandes empleadores.
- La capacidad de negociación política e interlocución con el estado y la sociedad.

Es en el conjunto de estos rasgos que se percibe qué y cómo las profesiones organizadas operan o pueden operar como verdaderas fuerzas sociales.

Construcción de legitimidad

El proceso de legitimación es complejo, ya que no sólo depende de lo que la profesión hace, sino del valor que para la sociedad y para el estado tiene ese quehacer.

Las profesiones se caracterizan en cada lugar y cada momento histórico por detentar un capital, en términos de prestigio y de legi-

timidad que pueden, por su acción, acumular o desacumular.

Si se consideran las sugerencias de O’Donell referentes a la forma cómo se construye un problema social se puede inferir, siguiendo un esquema inspirado en su autoría, que existen infinidad de hechos en la sociedad, algunos de los cuales, se transforman en *problemas sociales*, y que, a su vez, sólo algunos de estos problemas alcanzan el carácter de *cuestión de estado*.

El punto en que cada hecho se posiciona en esta línea continua resulta de una acumulación y de construcciones que están histórica y culturalmente determinadas, por lo que siempre hará falta colocar este esquema “en situación”, es decir colocado en coordenadas de tiempo y espacio.

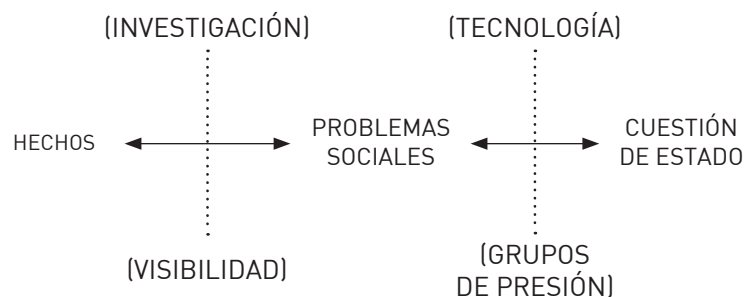
Para pasar de hechos a problemas sociales, los factores clave o de pasaje han resultado ser: la investigación (“la mejor manera de no tener un problema social es no investigarlo”); y la “visibilidad”, que a veces tiene que ver con la magnitud de un hecho que se instala por sí mismo, pero en la mayoría de los casos depende de “los medios”, de la expresión y exposición pública, de la comunicación social de los descubrimientos “objetivos”, de las noticias a las que, generalmente, se les agrega una fuerte dimensión subjetiva.

Para pasar de problemas sociales a cuestión de estado, los factores clave de pasaje resultan ser la “tecnología” y “la capacidad de presión” de los grupos de interés, que tiene tanto que ver con el conocimiento o instrumental pertinente para enfrentar resolver o neutralizar el problema (tecnología central), como con la capacidad organizativa para colocar la tecnología central en dimensión al problema (tecnología de gestión). Aquí queda claro el concepto de que un problema sin solución, no logrará presionar sobre la agenda pública hasta el punto de convertirle en cuestión de Estado.

La capacidad de presión mientras tanto, tendrá que ver con la toma de este problema social por una parte de la sociedad, el grado de sensibilización de la población y la existencia de grupos, actores o fuerzas sociales con estrategias y medios (expresión pública, organi-

zación, , capacidad de cabildeo o lobby, etc.) para instalar el problema y sus soluciones en la agenda del Estado.

Dimensión técnica



Dimensión política

Si ensayamos la aplicación del esquema de O'Donnell al momento genético del surgimiento de la enfermería moderna, veremos a Florence Nightingale como agente de una **investigación** exhaustiva: viajera incansable explorando el estado del arte de la enfermería en Kaiserswelfth, Prusia, en Italia, en Irlanda y en Francia. Si pensamos en **visibilidad**, podemos pensar en la construcción social que los escritores populares de la época como Charles Dickens había logrado, caricaturizando en su novela Martín Chuzzlewits a una enfermera paradigmática: Sarah Gamp, alcohólica y corrupta, instalando a la mala enfermería como un **Problema Social**. Un efecto similar lograrían los partes de guerra y la situación de los heridos que llegaba por el telégrafo desde Crimea, la primera guerra que gracias al telégrafo aparecía en los periódicos de la metrópolis casi a tiempo real. Nightingale parece haber descubierto una **tecnología** (las propias enfermeras y sus técnicas algunas nuevas, y otras milenarias pero ahora aisladas de la función religiosa) con capacidad de revertir la

situación de los heridos en los hospitales militares. Ahora bien, si Nightingale no hubiera formado parte de **grupos de presión** influyentes sobre y dentro del Gobierno inglés, y los medios no hubieran difundido sus logros, la profesionalización de la enfermería no habría llegado a alcanzar el carácter de una **cuestión de estado** como la que va a adquirir cuando la monarquía apoye las escuelas de enfermería al punto de ser creada la British Royal Nurse Association.

Las profesiones se van construyendo porque alcanzan visibilidad social, cuentan con métodos de indagación mas o menos rigurosos que develan alguna dimensión de la realidad, se constituyen gradualmente en grupos de presión o hacen alianzas con algunos preexistentes, y desarrollan y aplican tecnologías pertinentes a sus campos de experiencia y de práctica, con la expectativa de alcanzar la exclusividad o el monopolio en el uso de esas tecnologías, en función de obtener legalidad y legitimidad.

El prestigio de una profesión se construye —como consecuencia de la influencia de la tradición modernista— con una fuerte influencia del factor tecnología.¹¹ Sin embargo, cuando una profesión es periférica a un determinado orden que no controla, puede desgastarse disputando el control de una tecnología que ya está en poder de otra profesión. Por ello es que muchas profesiones ganan legitimidad con mayor facilidad indagando objetos nuevos, operando sobre el factor visibilidad y sobre el factor nuevas tecnologías al constatar que, como en otros ámbitos, resulta más sencillo ocupar y defender espacios vacíos (innovación), espacios potenciales, que disputar espacios ocupados.

Eso explica también por qué es importante procurar alinear objetivos profesionales con objetivos sociales, tanto por imperativos éticos de lo que se profesa, como por la necesidad de ganar legitimidad política y social.

11. MACHADO M.H, (1991)

Estrategias

Las profesiones desarrollan pensamiento estratégico, lo expliciten o no, con el apoyo de núcleos que fortalecen su capacidad para hacer inteligencia, investigar oportunidades, explorar mercados de trabajo reales y potenciales, instalar nuevos o renovados problemas sociales, desarrollar formas innovativas de intervención y práctica profesional, establecer alianzas y fijar posicionamientos frente a las grandes cuestiones de salud y a la agenda del Estado en este campo.

Participar, señala Testa¹², es transformarse en actor del estado. Para quien conceptualice el estado como una arena donde se disputan influencias y objetivos de diferentes actores sociales, las profesiones de salud tienen una fuerte responsabilidad, ya que no son muchas las fuerzas sociales organizadas en condiciones de abogar por el derecho a la salud de la población y de controlar al estado en su responsabilidad de garantizar este derecho.

Las profesiones y sus núcleos de planificación han venido equipándose con enfoques e instrumental estratégico, y abriendo algunos frentes con mayor o menor resultado.

Frente Interno.

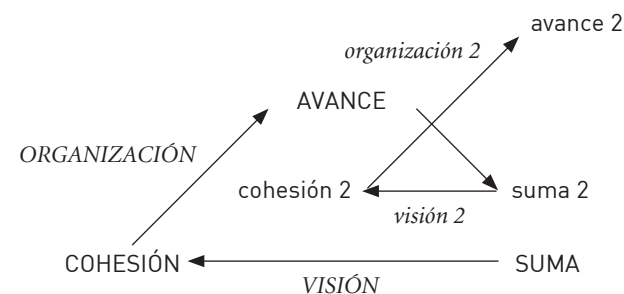
En el frente interno se verifica una histórica fragmentación en, al menos, los núcleos gremiales, colegiados, de servicios y académicos. Sin embargo, se trata de una fragmentación más aparente que real ya que, como señala Pierre Bourdieu, cualquier campo se sostiene, solo y en tanto haya una cierta “complicidad de base”, cierto “affectis societatis” en sostener los intereses de la profesión y de sus espacios de acción, de incumbencia o de influencia.

Sin embargo, una profesión con vocación de construir futuro, y

12. TESTA Mario (1987)

no simplemente de esperar que éste ocurra, desarrolla mecanismos para incrementar su cohesión interna que pueden ser incrementales cumpliendo de alguna forma un arco o espiral continua que se puede andar o desandar, lo que Matus¹³ identificaba como los momentos de suma, de cohesión y de avance.

Matus señala una secuencia que se puede andar o desandar, en donde establecer objetivos comunes o compartidos, darse una organización adecuada a los logros que se quieren obtener y ampliar las coaliciones (partnerships) parecen elementos claves de una fuerza social en crecimiento.



Esto ha llevado a algunas profesiones, en algunos países, a generar consejos u otras instancias de articulación: Colegio-Gremio-Universidad-Servicios (CGUS) estableciendo instancias nacionales o en ocasiones sub-nacionales, a nivel de Estado, Departamento, Provincia o Región.

Muchas instancias preexistentes de integración entre la docencia, la investigación y los servicios pueden servir de base para avanzar en este propósito.

Un comentario particular lo constituye la dimensión internacional, ya que en muchos casos, las profesiones se instalan, se fortalecen o se sostienen sobre la base de redes internacionales que hacen circular dimensiones e influencias desde lo global hasta lo local y viceversa.

13. MATUS C (1981).

Frente Interprofesional

En el frente interprofesional, la relación entre las profesiones de salud ha venido siendo de carácter fuertemente asimétrico, en términos de relaciones de poder y de naturaleza más bien conflictiva y poco solidaria.

Sin embargo, cierto retroceso de los sectores sociales está generando oportunidades sin precedente para establecer alianzas y frentes en defensa de la salud, con perspectivas de derecho, postergando algunas conflictividades que están generalmente instaladas en el control de prácticas y tecnologías, en el proceso de trabajo y en el acceso a oportunidades de capacitación o a funciones de gestión.

Frente Legal

En muchos países, los ejes de la disputa por el control de nuevos espacios y los procesos de construcción de profesión, encuentran como restricción marcos legales que expresan correlaciones de fuerzas ya inexistentes y concepciones ideológicas, profesionales y de género ya obsoletas. Por el carácter relativamente rígido de la ley es frecuente verificar que, quien está retrocediendo, se aferra a ella, y quien está avanzando, la identifica como un obstáculo.

Sin embargo, es necesario ver en la ley algo más que palabra escrita: la ley supone no solo su formulación y comunicación, sino el uso de la capacidad de la acción del Estado para imponerla; en consecuencia, la ley se vincula doblemente con el poder porque se origina en un equilibrio político determinado (se dice que mientras no sea modificada, congela el equilibrio de fuerzas existentes al momento de su sanción), porque obliga al ciudadano a cumplirla y faculta al estado a usar la fuerza para hacerla cumplir, o permite punir o sancionar a quien la transgrede.

La capacidad regulatoria de la ley es incompleta, abriendo gra-

dos de libertad que surgen de su propia aplicación e interpretación (de lo contrario, su duración sería efímera), por lo que es imprescindible, antes de colocar a la profesión en la difícil tarea de modificar una ley, estar seguro que se han explotado todas las posibilidades que la actual legislación permite (incluso como forma de ganar legitimidad para denunciarla).

Existen otros frentes, como el frente universitario, el frente institucional o de servicios, los espacios de práctica, la propia organización del Estado, etc. que merecen también comentarios. Sin embargo, el carácter más general de este capítulo nos excusa de una desagregación mayor, aunque su lógica comienza a entrecruzarse en los frentes analizados.

Aportes de género al estudio de la profesión

Anne Witz, socióloga británica, en su análisis sobre sociología de las profesiones, incorpora una perspectiva de género, lo que parece particularmente pertinente en una profesión esencialmente femenina como la enfermería, que adicionalmente emerge a su etapa de profesión laica y autónoma, contemporáneamente al surgimiento de una fase de concentración monopólica del capitalismo. La autora señala que *“cuando se trata de actores colectivos comprometidos en proyectos profesionales, estamos frente a relaciones que no son solamente de clase sino también de género. Sólo así podemos analizar los proyectos profesionales femeninos de fines del siglo XIX y principios del XX. Éste es el marco en que se ubican los esfuerzos colectivos de las mujeres que no se conformaban con desarrollar sumisamente ciertas prácticas asignadas por el modelo patriarcal de la época, sino que las impugnaban de diversas maneras. El hecho de que las mujeres se hayan organizado colectivamente y comprometido en luchas dentro del mercado de trabajo, nos lleva, de alguna manera, a liberarlas del fantasmático concepto de ‘semiprofesión’, demostrando que, al estar comprometidas en proyectos profesionales, in-*

tentaron ser dueñas de sus propios destinos antes que consentir resignadas el rol de 'sirvientas' de los profesionales hombres".¹⁴

Aplicaciones de estos estudios

Las profesiones de salud son (y pueden ser) fuerzas sociales relevantes por su capacidad de representarse y representar los intereses de la población en lo que a Salud se refiere.

Nacieron en diferentes momentos históricos, con diferentes referenciales teórico-metodológicos, y en diferentes latitudes, pero hoy, los países de la región, reconocen entre 12 y 20 profesiones universitarias de salud, y entre 20 y 40 profesiones no universitarias.

Cada profesión desarrolla sus símbolos de pertenencia, sus prácticas y funciones de pertinencia, su propio lenguaje y, en definitiva, su propia cultura.

En el caso específico de la enfermería el recorrido histórico ayuda a comprender la dificultosa construcción, las marcas y los mandatos que surgen de los momentos genéticos y los conflictos que se expresan dentro mismo del período en las resistencias de la propia Nightingale a la agremiación o a la colegiación de la enfermería.

Más de un siglo después los desafíos son otros pero la necesidad de expandir los límites de una profesión como enfermería continúan. Las conquistas y las expectativas en el espacio académico, en el de la investigación, en las relaciones interprofesionales, en las incumbencias en el desarrollo de tecnologías son parte de un largo proceso que solo la historia permite documentar.

El carácter estratificado y estratificante de los servicios de salud y las diferencias académicas, han contribuido más al conflicto y a la competencia que a la cooperación; una conflictividad que se ha exacerbado por los intentos de privatización y la reducción del gasto en

14. WITZ, A (1992) pág.67/68

salud en muchos países de la región.

La posibilidad de reconocer los procesos de profesionalización como procesos esencialmente dinámicos, permite promover procesos de planificación estratégica a nivel de corporaciones profesionales y abre la posibilidad de generar frentes ampliados de Colegios, Gremios, Universidades y Servicios de la misma profesión y hasta de generar frentes interprofesionales procurando mejores desarrollos en el proceso de profesionalización, estrechamente vinculados socialmente con colocar estos desarrollos al servicio de la defensa del Derecho a la Salud de toda la población.

En los capítulos precedentes hemos tratado de develar la fuerte carga de mensajes, de opciones, de determinantes y de condicionalidades que han ido configurando la profesión de enfermería, con la clara y explícita intención de encontrar allí marcas y límites que, al hacerse conocidos y concientes, pueden ayudar a ratificar o rectificar la adhesión a los mandatos para una profesión enfrentando el siglo XXI.

Bibliografía

- BALÁN J , *Profesión e Identidad en una Sociedad Dividida: La Medicina y El Origen del Psicoanálisis en la Argentina*. 1988, CEDES, Buenos Aires
- BLOCH C., PELLÓN J., ROVERE M. y TAMARGO M., *Tecnoburocracia Estatal en Salud*, En Salud para todos N.5, marzo 1989.
- BRITO P. MERCER H. y NOVICK M. *El Personal de Salud y el Trabajo*. En *Educación Médica y Salud*, Vol.27 Nro1. 1993.
- CARDACI y GONZALEZ DE LEÓN D. (Comp.) *Las Profesiones en México*. No. 3: Medicina. 1990, Universidad Autónoma de México, Unidad Xochimilco, México
- COLLINS R. *La Sociedad Credencialista, Sociología Histórica de la Educación y la Estratificación*. 1989, Ed. AKAL, Madrid
- DAVIES M, *The Sociology of Social Work*. 1991, Routledge, New York
- MACHADO M.H, *Sociología de las Profesiones: un nuevo enfoque En Educación Médica y Salud*, Vol.25, Nro1, 1991.
- MATUS C. *Planificación de Situaciones*. 1981, Fondo de Cultura Económica, México
- ROVERE M. *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96. 2006, OPS Washington segunda edición corregida y aumentada
- SARFATTI LARSON M. *Reflections on precarious Orders*. capítulo fotocopiado s/ referencia de fecha.

- SUAREZ F. *Los Economistas Argentinos*. 1975, EUDEBA, Buenos Aires.
- SCHÖN D, *La Formación de Profesionales Reflexivos*. 1992, Ediciones Paidós, San Francisco.
- TENTI FANFANI E. *Universidad y Profesiones*. 1989, Miño y Dávila Ed. Buenos Aires.
- TESTA Mario: *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación*. 1987, OPS Argentina, Buenos Aires.
- WITZ A , *Professions and Patriarchy*. 1992, Routledge, New York.

Capítulo Seis
**Repensar los orígenes,
ampliar las opciones.**

“La ideología burguesa transforma constantemente los productos de la historia en tipos esenciales, no se da tregua en la tarea de ocultar la construcción perpetua del mundo, no cesa en su afán de fijarlo como objeto de posesión infinita, de inventariar su haber, de embalsamarlo, de inyectar en lo real alguna esencia purificante que detenga su huida hacia otras formas de existencia. Y ese haber, así fijado y congelado, se volverá por fin computable....Puesto que el fin específico de los mitos es inmovilizar al mundo, es necesario que los mitos sugieran y simulen una economía universal que ha fijado de una vez para siempre la jerarquía de las posesiones. Así todos los días y en todas partes el ser humano es detenido por los mitos y arrojado por ellos a ese prototipo inmóvil que vive en su lugar, que lo asfixia....y constituye...una prohibición absoluta de inventarse.

Exigencia insidiosa e inflexible que nos reconozcamos en esa imagen eterna. Esto no es más que un uso y es justamente ese uso, por mas difundido que esté, el que necesitamos dominar y transformar”.

Roland Barthes.

A lo largo de estas páginas hemos tratado de mantener la congruencia con el propósito de alejarnos de “una historia de la enfermería” -lo que no ha sido sencillo dada la fuerza del mito-, y más bien, nos hemos orientado a realizar un análisis de “la enfermería en la historia”; lo que nos lleva ahora a proponer una suerte de metanálisis de los capítulos anteriores a través del cual puedan aparecer en forma más nítida los entendidos y subentendidos del surgimiento de la enfermería como una “profesión moderna”;

Ubicamos el surgimiento de esta profesión en el momento en que

se produce la neta separación entre lo religioso y lo laico o, dicho de otra forma, cuando se logró desprender la función técnica de la labor pastoral, a lo que debe agregarse la disponibilidad de un proceso educativo profesionalizante.

La selección de la época: 1850-1910 y del espacio: tomando como epicentro a Europa: Alemania e Inglaterra, y a su expansión a EE.UU. América Latina parece haber confirmado su utilidad: se trata de un tramo muy especial de la historia de la humanidad, que luego se ramifica e inscribe a nuestro objeto de estudio en un conjunto de encrucijadas útiles y hasta imprescindibles, para comprender las potencialidades y las amarras que, de liberarse, pueden ampliar la autonomía de una profesión en su beneficio y en el de sus pacientes.

Durante el siglo XIX ocurren transiciones en las sociedades occidentales de tal magnitud que contribuyen a esa sensación de aceleración de la historia. Cambios en el sistema de valores, en la estructura social, y en el desarrollo tecnológico que reconfiguran la vida en sociedad, y crean las condiciones para el surgimiento de nuevas profesiones y especialidades.

Experimentando las consecuencias expansivas de la revolución francesa y sus sorprendentes consecuencias en la independencia de los Estados Unidos y de Haití -la primera y única revolución antiesclavista exitosa del siglo XVIII-, el siglo XIX tendrá como escenario transformaciones asombrosas en la estructura política, con la independencia de las naciones latinoamericanas que adoptan formas de gobierno republicanas, y los desarrollos tecnológicos que llevarán al descubrimiento de la máquina de vapor, la electricidad y las telecomunicaciones.

Muchas ideas filosóficas que incubaron en las tensiones de Europa, encontrarán terrenos más fértiles en América pero, este último continente, no ha sido meramente un espacio de aplicación sino, en muchos casos, un verdadero laboratorio de hibridación, mestizaje y recreación de numerosas ideas y movimientos.

Las consecuencias sociales parecen favorables si se considera que es un siglo que verá abolida la esclavitud como forma preponderan-

te de producción económica, sin embargo la revolución industrial que se expandirá desde Inglaterra al resto del mundo generará un cambio radical en los procesos de urbanización, con frecuencia desordenados y caóticos.

La urbanización masiva, el abolicionismo, las guerras civiles, las revoluciones burguesas, las migraciones masivas, las guerras de ultramar y el surgimiento de nuevas formas de imperialismo, protectorados y neocolonialismos, van a generar condiciones nuevas en donde se redefinen elementos básicos que atraviesan las dimensiones de género, étnicas y de clase, reconfigurando fuertemente todas las estructuras sociales.

Las propias religiones cumplen un rol, pero el siglo va a ver, como novedad, no tanto el avance de unas sobre otras en la puja por su predominio, sino movimientos filosóficos y formas de organización políticas que marcan diferencias claras, a veces tajantes e incluso conflictivas, entre el poder laico y el religioso.

El surgimiento de una nueva profesión secular, preponderantemente femenina y con tensiones de clase, en ese contexto, no ha resultado un fenómeno aislado ni ha sido consecuencia del azar, aunque las microhistorias y las gestas personales exageradas para el consumo interno de las propias profesiones en ocasiones así lo presenten.

En el siglo XVIII comienza un largo ciclo de secularización de la atención y del cuidado de los enfermos que, desde los orígenes de la humanidad, estuvo indisolublemente ligada a la actividad religiosa. Sin embargo, en función de la configuración de las religiones dominantes, algunos pueblos ya habían logrado mostrar cierta autonomía entre la función religiosa y la función médico-sanitaria. Así hemos visto como los hindúes, los griegos y los musulmanes fueron atesorando un saber que logró atravesar los siglos pero que, en Occidente, luego de las cruzadas, volvió a fusionarse fuertemente con la religión.

La modernidad se caracteriza, además, por el desarrollo de la eugenesia que, según los principios enunciados por J. P. Frank, en el siglo XVIII se trata de una política de población particularmente útil

para contar con una fuerza militar y laboral sana, una perspectiva que se complementa con lo que M. Foucault denomina y en cierta forma denuncia como “biopolítica”, asociada básicamente con el intento de control social en contextos de urbanización acelerada que, al combinarse, resultaron particularmente funcionales para la propia revolución industrial.

Estas políticas no son independientes del largo proceso del nacimiento de una clínica de individuación (anatómo-política nuevamente parafraseando a Foucault) que a partir de un puñado de dispositivos (anestesia, antisepsia, una limitada farmacopea) y reforzados por instituciones paradigmáticas: hospitales, hospicios y manicomios) comienza a cimentar el poder médico sobre esferas crecientes de la vida (el orden psiquiátrico, la medicalización de la sexualidad, del embarazo, parto y puerperio, etc.).

Johann Peter Frank es quizás la figura pionera en ese sentido, y cabe destacar que, quien aparece como el verdadero creador de la “policía sanitaria”, sea también quien logre consolidar la unidad de la medicina, como convergencia de diversas profesiones por entonces separadas.

La emergencia de un polo profesional fuerte sacó a las mujeres del lugar de sanadoras que, pese a las acusaciones de brujería y de la santa inquisición, se había sostenido por siglos, y consolidó una profesión masculina basada en una convergencia que tuvo como punto polémico la exclusión de las parteras.

Cuesta conceptualizar, salvo que incluyamos una concepción de la historia no-lineal, que las mujeres habían adquirido un poder amenazante a fines del siglo XVIII y comienzo del XIX, y que ese poder se mantuvo durante más tiempo en la América independiente que en Europa. Así cuando la enfermería profesional está surgiendo, presenciábamos tanto un avance como un nuevo retroceso en el rol de la mujer.

Resulta interesante que cuando surge la primera escuela secular de Enfermería en Inglaterra, en EE UU no sólo hay médicas mujeres, sino incluso una Escuela de Medicina exclusiva para mujeres. Hacia fines del período que analizamos, fue ésta intencionadamente desmontada.

Hay que hacer notar que, a mitad del siglo XIX, la enfermería surgió desprendiéndose de la antigua tradición religiosa, no sólo de la centenaria tradición de las hermanas de la caridad y otras órdenes católicas, sino del más reciente modelo luterano de las diaconesas (la Escuela de Kaiserswerth en Alemania y sus ramificaciones en EEUU).

Es muy probable que al existir en Inglaterra una confluencia entre Estado y religión (anglicanismo) se hiciera más sencilla esta secularización. Secularización que se transformó en una verdadera causa para muchos líderes latinoamericanos inspirados en la revolución francesa y en la masonería.

Así vemos a Rivadavia en Argentina separando las funciones de la Iglesia y el Estado tan temprano como en 1820. La influencia de Inglaterra, más la sospecha de que las órdenes religiosas “espiaban” para España, fue suficiente estímulo para una ruptura que se mantuvo por todo el siglo XIX. Coincidentemente con lo que sucedía en América, España estaba viviendo un “trienio liberal” (1820/1823), durante el cual, se aplicaron leyes aprobadas por las Cortes que limitaban la unión del trono y el altar.

Vale la pena entender, además, que las activistas de la enfermería fueron mujeres de clases acomodadas, así como que la enfermería masculina fue, por oleadas, alentada y desalentada de la mano de las necesidades de los ejércitos, o de las luchas contra el sufragismo.

La emergente salud pública que se refleja en el desarrollo de los hospitales, en las acciones comunitario-poblacionales, en el higienismo y en la sanidad militar, forma parte de un conjunto de técnicas de gobierno fuertemente desarrolladas por los utilitaristas ingleses desde fines del siglo XVIII, y que adquieren, en referentes como Edward Chadwick, William. Farr, John Snow, sus figuras más relevantes entre quienes, sin lugar a dudas, se entremezcla una personalidad descollante como la de Florence Nightingale.

Estas tecnologías de gobierno van a ser centrales en un país que vive la primera revolución industrial de la historia, y “que debe protegerse” de un período de revoluciones burguesas que se están dan-

do en todo el continente europeo.

En ese contexto, a mitad del siglo XIX, Florence Nightingale que, como ya hemos visto, representa una figura con rasgos y personalidad propia en el contexto de los utilitaristas ingleses, y sin desmedro de sus aportes, se va a constituir en un verdadero “mito” dentro y fuera de Inglaterra en el sentido de la funcionalidad que, siguiendo a Barthes, le hemos dado a esta figura para producir efectos políticos.

Tampoco es posible separar esto de la posición geopolítica ventajosa en la que queda Inglaterra y el comienzo del período de Imperialismo que va a facilitar la circulación del mito, en principio por los territorios sobre los que Inglaterra tenía control directo y/o ejercía su protectorado, pero como hemos visto, también en EE.UU. y América Latina.

¿Qué encrucijadas se están dando en este período que dejan sus huellas en la profesionalización de la enfermería?

El propio ciclo de la modernidad que supone un desplazamiento del dogma de la iglesia como único criterio de verdad, y el surgimiento de la ciencia a la manera de una religión laica, es un fenómeno que se va a ver profundizado por el positivismo.

Ambas dimensiones, ciencia y religión, adquieren una curiosa característica si se considera que la enfermería había alcanzado cierto grado de pericia y dedicación, en siglos anteriores, de la mano de la labor religiosa, y que la propia Nightingale es formada en una escuela de diaconesas y realiza pasantías en hospitales franceses con las hermanas de la caridad. Más paradójico de entender aun, si se considera que Inglaterra sale del cisma religioso desarrollando desde el siglo XVI, una religión como la anglicana que tiene al Rey (para el período que nos ocupa a la reina) como cabeza de la iglesia.

La revolución industrial y la urbanización desordenada generan una exacerbación de las epidemias y una alta visibilidad de las inequidades sociales.

El rol de la mujer que (luego de la revolución francesa y un período revolucionario que se abre en otros países) se benefició con cierto borramiento de las diferencias, fue redimensionado luego bajo el fenómeno que se referencia como el victorianismo, el que no sólo operará como una tecnología disciplinar puertas adentro de restauración de un orden patriarcal, sino que convencerá a la Inglaterra de la época que cuenta con cierta “superioridad moral”, una conveniente aunque poco fundada condición para sus aventuras de ultramar.

El mismo ciclo de imperialismo inglés dentro de la larga pax europea le brindará a Inglaterra mercados y riquezas como nunca antes en la historia, y la posibilidad de extender sus tecnologías, valores y estructuras políticas, incluyendo las innovaciones sanitarias al resto del mundo.

El desarrollo de nuevas tecnologías de gobierno, como el mecanismo de vigilancia continúa detectado por Foucault en el Panóptico a través de la obra de Jeremy Bentham se extenderá a los campos de la arquitectura carcelaria, fabril, escolar, urbanística y sanitaria. Edward Chadwick, a la sazón discípulo de Bentham, es reconocido como el principal impulsor de la salud pública inglesa. La aplicación de los principios de la salud pública a comunidades, hospitales, campos de batalla y la funcionalidad de la propia enfermería en este armazón parece un elemento elocuente.

¿Qué se puede deducir en consecuencia como marcas de época?

La enfermería se profesionaliza de la mano de la feminización del cuidado, seleccionando para estas tareas a mujeres de clases subalternas, pero con una férrea formación disciplinaria. No se trata ya de religiosas, sino de mujeres que hacen votos (aunque transitorios), y que es bien visto que permanezcan solteras, aunque no es un requisito, con una formación que debe ser fundamentalmente práctica, respetuosa y subordinada al poder y al saber médico de quien será sus ojos, sus oídos y sus manos, y que deben permanecer aptas

para el trabajo en comunidad, en hospitales o en la sanidad militar, asistiendo en guerras, epidemias y situaciones sociales de alto riesgo para la salud.

Armando el rompecabezas: huellas del pasado, pistas para el futuro.

Necesitamos recapitular y conectar algunas encrucijadas, algunos caminos desechados y opciones por explorar que quedaron de esos años tempranos del surgimiento de la enfermería como una profesión independiente.

Como hemos mencionado, nos anima fundamentalmente el deseo de encontrar, en esta reconstrucción, marcas que puedan ser analizadas, pistas que puedan ayudar a despejar, o lugares comunes que puedan ser revisados.

Dijimos que el cuidado de los enfermos en gran escala en situaciones excepcionales (guerras, desastres naturales, epidemias, hambrunas, migraciones,) genera la necesidad social de quien se ocupe del cuidado.

Cuando surge la institución hospitalaria, esta necesidad se estabiliza, pero ante la escasa posibilidad de modificar significativamente la historia natural de la enfermedad, no es de extrañar que se tratara sólo de una tarea de confortar y acompañar espiritualmente a los enfermos.

Esto no resulta tan simple ni lineal; la enfermería había alcanzado un alto nivel de involucramiento de la mano de órdenes religiosas masculinas y femeninas altamente especializadas que dedicaban su vida al cuidado de los enfermos.

La configuración del mundo moderno en Occidente resultaría ininteligible sin considerar la importancia del surgimiento del protestantismo, por el marco de experiencias que sus diferentes cultos abrieron, por la ruptura del cristianismo bastante homogéneo y hegemónico que le antecede.

La salud será parte de los escenarios en donde estos fenómenos se plasman. La iglesia católica, desde el medioevo, venía viendo incrementada su participación en la tarea hospitalaria, y una serie de órdenes religiosas se especializaron en la atención de enfermos hasta el punto de entrelazar el orden interno del monasterio y del hospital.

Con el surgimiento del protestantismo, esta función entrará en crisis como consecuencia del nuevo rol de las mujeres en las iglesias emergentes. Del mismo modo la propia iglesia católica, en una actitud defensiva, decidirá el abandono progresivo de la actividad hospitalaria para cuidar su misión pastoral.

Así, a fines del siglo XVIII y a principios del siglo XIX, vemos convivir una mermada presencia de órdenes hospitalarias católicas, con emergentes escuelas de diaconesas protestantes y un amplio conjunto de mujeres sin preparación, brindando servicios de atención en los hospitales.

Son justamente estas mujeres las que van a ser caricaturizadas con intencionalidad política por la pluma de Dickens en la figura de Sarah Gamp, ofreciendo exactamente el antimodelo de enfermera que la sociedad inglesa quiere desalojar de los hospitales, y abriendo el espacio para el trabajo de Florence Nightingale que, reproduciendo y ampliando su experiencia en Kaiserswerth, fundará las bases de la nueva profesión. Mujeres de sectores humildes, cuidadosamente seleccionadas, disciplinadas y preparadas para las tareas de enfermería en tareas comunitarias y hospitalarias que brindarán una nueva imagen al hospital urbano de la revolución industrial.

Sin embargo, el surgimiento de la enfermería laica no es simplemente la consecuencia de esta polémica, sino más bien un intento de superación: Florence Nightingale conocía y valoraba ambas tradiciones, y tuvo sumo cuidado en hacer surgir una nueva profesión en buena medida cobijada por las tradiciones religiosas que le sirvieron de soporte. Debemos trasladarnos hasta la segunda mitad del siglo XX para ver una desaparición casi generalizada de la enfermería religiosa especialmente en los hospitales.

La consecuencia de esta convivencia ha sido seguida de un debate en torno a la pregunta de si, además de la formación técnica, la enfermería requiere cierta carga de valores y convicciones que fue quedando en el camino desde la formación religiosa a la secular, y desde la formación hospitalaria a la universitaria.

En referencia al género, hubo una contienda durísima para feminizar la enfermería en los ejércitos profesionales, lo cual se ve, claramente, a través de Florence Nightingale. Trasladada al mundo hospitalario, esta tensión de género se verifica en la relación entre el poder médico y el poder de las mujeres de clases altas involucradas en la filantropía. La incorporación pionera de la enfermería secular en los hospitales comienza con las escuelas de enfermería que contaban con autoridades propias, y mientras ofrecían la fuerza laboral gratuita de sus estudiantes, constituían en la práctica una estructura bicéfala que resultó funcional a la reforma transitada en las instituciones hospitalarias. La combinación de mujeres de sectores altos con fuerte liderazgo, vocación organizativa y docente –muchas de ellas eran maestras– con mujeres de sectores populares que ingresaban como estudiantes para luego ser profesionales en el mundo hospitalario, producirá cambios definitorios en la constitución del hospital moderno.

Pero el surgimiento de Nightingale sería más difícil de entender si no se tomaran en cuenta las características del surgimiento de la filantropía y el rol de la mujer en la época victoriana.

Mirado en perspectiva, y dado el incipiente (re)surgimiento de una enfermería masculina, resulta interesante verificar que existen en EE UU movimientos tendientes a revertir la discriminación de los hombres en la profesión.

Seis dimensiones en la construcción de la enfermería moderna

En forma de esquema describimos el marco histórico en que

se fue construyendo la emergencia de la profesión. Hemos elegido algunas dimensiones que, habiendo sido gravitantes bajo determinadas formaciones históricas, participaron en la formación de una enfermería autónoma y secularizada. Estas dimensiones mutaron hacia nuevas configuraciones que pueden servir como elementos para construir una prospectiva de la profesión.

1.-**La cuestión religiosa:** Detectamos un primer momento histórico, alrededor del siglo XVI, con el surgimiento de las religiones protestantes, cuando los ya seculares reclamamos de reforma hacia la iglesia católica cristalizaron en el surgimiento de iglesias escindidas del tronco romano.

Estas iglesias les otorgaron a las mujeres un espacio con mayor protagonismo al permitirles desarrollar actividades pastorales junto a sus maridos predicadores, así como tareas de asistencia a la comunidad.

Bajo el temerosamente amplio concepto de hereje, la iglesia católica, a través del Tribunal del Santo Oficio, había perseguido a todos aquellos que se desviaran del dogma y, entre ellos, con especial animosidad, a las sanadoras y curadoras. Para la iglesia católica, la enfermedad era indicio de pecado y su curación, si correspondía, se ganaba con rezos y fe.

En los sucesivos pasos de la enfermería religiosa a la secular y de la formada en los hospitales a las egresadas de las universidades, resultan evidentes los avances y adquisiciones. Sin embargo, es igualmente pertinente interrogarse sobre posibles pérdidas en esos pasajes.

Las fundadoras de la enfermería moderna fueron militantes y reformadoras sociales, involucradas intelectual y emotivamente en su accionar: filantropía, reforma hospitalaria, reforma de la sanidad militar, ayuda humanitaria, salud comunitaria, salud internacional, abolicionismo, sufragismo, han sido banderas de aquellas pioneras.

La excelencia académica no puede estar dissociada del compromiso social. Los desafíos de nuestra época pueden ser a veces otros, a veces los mismos bajo nuevas formas. Hay fundamentos y precedentes de sobra para imaginar a la enfermería del siglo XXI liderando

movimientos por el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

2.- **Modernidad** – Racionalismo: los Estados modernos comienzan a intervenir en esferas hasta entonces privativas de la Iglesia (salud y educación), aunque sin contar con personal competente. Comienza la profesionalización de la medicina, disciplina que se configura por entonces como una profesión eminentemente masculina, mientras que el personal que se desempeñaría en la atención propia de la enfermería era un grupo formado por mujeres humildes, sin capacitación ni estímulo alguno. Tareas necesarias, prácticamente impuestas a quienes no tenían opción, que fueron caricaturizadas por la historia tradicional.

La enfermería moderna, en su proceso de separación de la enfermería religiosa, hará particular hincapié en las bases científicas de la práctica, absorbiendo a lo largo de distintas décadas todas las innovaciones de carácter técnico científico que reconfiguraron sus prácticas: baste mencionar antisepsia, esterilización, técnicas de laboratorio, entre otras. La incorporación a la universidad exacerbó este perfil científico tecnológico.

Ante el cuestionamiento del paradigma científico como una religión laica, se han abierto perspectivas para repensar las dimensiones de las prácticas profesionales. La enfermería forma parte de una medicalización general de la sociedad que, en algunos casos, no da respuestas, sino que genera nuevos problemas. Se presentan como desafíos el pensar y poner en práctica nuevas formas de abordar los procesos de envejecimiento, cuidados paliativos, muerte digna, discapacidades, problemas de salud mental y otros múltiples problemáticas de bioética.

El desarrollo profesional equilibrado en los tres frentes que históricamente caracterizaron su despliegue, le brinda a la profesión la posibilidad de superar o, al menos, no quedar atrapada en las contradicciones que se plantean a diario entre medicina y salud pública.

3.- **Urbanización y la cuestión social:** Las ciudades pasaron a ser espacios de atracción por la oferta laboral para una población que

sufrió los cambios en la estructura agraria de producción, perdiendo antiguos derechos. La ganadería reemplazó a la agricultura, y así miles de braceros se vieron expulsados de las tierras en que habían vivido durante generaciones.

Pero las ciudades no pudieron dar trabajo a todos los migrantes: quienes no demostraran competencias laborales y salud para resistir, no llegarían a ser parte de la clase obrera, clase surgida en ese contexto.

La ciudad, espacio violento que se compone de sectores claramente diferenciados y antagónicos. Hombres y mujeres ya no son considerados en sus roles familiares exclusivamente, sino mano de obra que apuntala el modelo industrial y elemento a tener en cuenta, ya que constituye el tejido social del mismo.

Ya se trate de trabajadoras o de mujeres de la elite, las transformaciones del momento les asignan diferentes roles en el ámbito laboral.

Al analizar los problemas del urbanismo contemporáneo, notamos la persistencia de las profundas inequidades pero que, de la mano de las innovaciones médico sanitarias, ya no se expresan a través de las enfermedades y daños propios del siglo XIX: las vacunas, los antibióticos, los programas materno infantiles, han logrado impactos sustanciales. Sin embargo, nuevas patologías sociales como adicciones, violencia, problemas de salud mental y el propio acceso a los servicios de salud, afectan diferencialmente a los distintos estratos sociales y asentamientos territoriales de las ciudades contemporáneas.

Por otra parte, una tensión que brota de una sociedad estratificada es cual puede o debe ser la extracción social de las y los enfermeros; una tensión que se sostiene desde hace muchos años y que podría saldarse, en principio, con la lógica de que debe ser tan heterogénea como la sociedad que la contiene y desde donde proviene, pero al mismo tiempo, constituyéndose en un cuerpo profesional actuante para reducir diferencias e inequidades.

4.- **Perspectiva de género:** tanto en Europa como en América las mujeres han sido elementos importantes en la agenda política. Sin embargo, destacamos el modelo inglés por la suma de característi-

cas que puso en escena. A partir de la ideología iluminista del siglo XVIII, surgieron propuestas en el seno de los gobiernos que impulsaron la formación de asociaciones de mujeres de elite con funciones de vigilancia y control en escuelas y hospitales. Mencionamos la impulsada por Campomanes, ministro de Hacienda de Carlos IV de España en los comienzos del siglo XIX, y la Sociedad de Beneficencia fundada por Bernardino Rivadavia, secretario de Gobierno de Buenos Aires, en los años 20 del mismo siglo. En todos los casos, se les asignó a esas mujeres de clase alta el control de los sectores más desposeídos. En el caso de Inglaterra, se puso énfasis en los aspectos que hacen a la moral puritana como eje disciplinador.

En el contexto actual, deconstruidas las falsas evidencias del carácter esencialmente femenino del cuidar, asumir una perspectiva de género implica el empoderamiento profesional para redefinir las relaciones con otras profesiones de la salud y, al mismo tiempo, construir un nuevo modelo de cuidados más habilitante, más autonomizante, que rompa aquella cadena de subordinaciones y controles.

La incorporación creciente de hombres a la profesión permitirá, seguramente, distinguir los elementos esenciales de los secundarios en los rasgos de una profesión que interna y externamente se percibe como “esencialmente femenina”, lo que, como hemos visto, es una construcción histórica y social, y no un mandato de la naturaleza.

5.- **Tecnologías de poder:** en los discursos de las pioneras de la profesión no se encuentran argumentos valorativos que permitan suponer la supremacía del conocimiento médico: tanto en sus escritos como en sus obras se perciben intenciones por modificar las prácticas médicas de la época. En consecuencia, la posición subordinada no puede ser tomada como un mandato ni como característica esencial de la enfermería.

La enfermería surge a partir de una crítica profunda a la sanidad militar y la organización hospitalaria de la segunda mitad del siglo XIX. En cuanto a la proyección comunitaria, creó nuevas prácticas que no eran, ni siquiera, contempladas como funciones posibles

para la práctica de la medicina.

Los aportes de Nightingale a la sanidad militar han sido una de las bases de su prestigio, pero poco se ha especulado sobre la influencia que el propio ejército tuvo sobre Nightingale, lo que dista de ser un dato banal, dado la comparación de valor que -como rescatamos en el prólogo- ella misma ha hecho entre soldados y enfermeras.

A partir de haberse ganado un lugar incuestionable en la dimensión del cuidado de los débiles y los enfermos, las circunstancias que demandarían una conducta profesional estrictamente ajustada a indicaciones médicas, constituyen hoy más la excepción que la regla.

¿Puede pensarse una enfermería independiente de la tutela de la medicina? Y a partir de ello ¿cabe esperar un diálogo horizontal enfermería – medicina?

6.- **Imperialismo y salud internacional:** la geopolítica de la segunda mitad del siglo XIX facilitó un proceso de difusión, casi diríamos de exportación, de la enfermería secular en general, y del modelo Nightingale en particular, hacia los confines del mundo.

Citemos, como ejemplos, la fuerte influencia de Nightingale en la India; la presencia de Linda Richards, (primera enfermera graduada en Estados Unidos) en la formación de la primera escuela de enfermería en Kyoto, Japón; la participación activa de enfermeras europeas y norteamericanas en las escuelas pioneras en América Latina; la constitución de una red mundial de Escuelas Nightingale.

A lo largo de un siglo, los procesos de formación fueron cambiando hasta la generalización de la enfermería universitaria. Y no deja de resultar toda una ironía que 150 años después, los estados de bienestar europeos y el sistema de salud norteamericano dependan para enfrentar el envejecimiento de su población de la importación de enfermeras del resto del mundo.

¿Cómo la enfermería llegó a ser hoy una valorada commodity en el comercio internacional? Una pregunta que sería suficiente para un nuevo libro, sin embargo no es posible dejar pasar la oportunidad para denunciar el vaciamiento de recursos humanos calificados en

salud que está viviendo una parte sustancial del mundo que debe ser frenado, reparado y/o compensado por los países centrales.

Bibliografía

- BARRIOS, Maruja. *Fronteras interiores. Identidad, diferencia y protagonismo de las mujeres*. 2007, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- BARTHES, Roland. *Mitologías*. 2005, Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- DAVIES, Celia. *Rewriting nursing history*. 1980, Croom Helm, London.
- DICKENS, Charles. *Martín Chuzzlewit*. 2004, Penguin Books, London.
- GILL, Gillian. *Nightingales. The extraordinary upbringing and curious life of Miss Florence Nightingale*. 2005, Random House, New York.
- GRIERSON, Cecilia (s/f) *Informe sobre las instituciones de enfermeras en Europa, Bs. As.* 1902, Educación técnica de la mujer. Tipografía de la Penitenciaría Nacional, Buenos Aires.
- HEIN, Eleanor. *Nursing issues in the 21st Century. Perspectives from the literature*. 2001, Lippincott, Williams & Wilkins, London.
- MARRIMER TOMEY, Ann; RAILE ALLIGOOD, Martha. *Modelos y teorías en enfermería*. 2007, Elsevier Mosby, España.
- MORTIMER, Barbara; MCGANN, Susan (ed.) (s/f) *New directions in the history of nursing. International perspectives*. Routledge, London.

- NIGHTINGALE, Florence. *Notes on Nursing and other writings* Kaplan Publishing. 2008, Nursing Health Care, New York.
Official Publication of the National League for Nursing. March.
1993 Volume 14, Number 3
- ROVERE Mario. *Los nuevos y renovados debates en torno a los recursos humanos en salud*. En Rico; M. y Marco, F. Mujer y Empleo. 2006, Siglo XXI, Buenos Aires. pp. 151 a 192.
- SACCHETTI, Laura. *Análisis histórico en la construcción de la profesión enfermería*. En: IV Conferencia Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería. 1994, ALADEFE – UDUAL, La Paz.
- SACCHETTI Laura y ROVERE Mario. *La Salud en las Relaciones Internacionales; Cañones, Mercancías y Mosquitos*. 2007, El Agora Córdoba.
- STRACHEY, Lytton. *Victorians eminentes*. 1995, Universidad Nacional Autónoma de México, México DF.
- VICKERY, Amanda. *Women, privilege and power: British politics, 1750 to the present*. 2001, Stanford University Press.
- WITZ, Anne. *Professions and patriarchy*. 1992, Routledge, London.

A modo de conclusión

¿Cómo devino el espacio ocupado por esta nueva profesión?, ¿cómo creció y encontró su identidad en diferentes latitudes?, ¿qué marcas y cicatrices quedaron de su etapa fundacional?, ¿qué mandatos y qué limitaciones?, ¿qué potencialidades inexploradas?, preguntas que han representado la preocupación de este trabajo que, como hemos visto, no ha procurado regodearse en detalles enciclopedistas, sino en abreviar, en sentido genealógico, en aquellos supuestos, conocidos o no, que pueden operar como una memoria para el desarrollo de una profesión, pero de cuyo conocimiento puede surgir el discernimiento necesario para liberar sus fuerzas transformadoras para sí y para el sector salud como un todo.

Creemos haber probado cómo, a pesar de que el rol del cuidado de enfermos hunde sus raíces en los orígenes de la propia organización social, el surgimiento de la enfermería moderna y de las mismas escuelas de enfermería constituye una obra maestra, entre otras, de la “ingeniería social” inglesa que le ha provisto, además, con todos los ingredientes básicos del surgimiento de un mito.

Las enfermeras, laicas o religiosas reales que cuidaban enfermos,

estaban muy alejadas de los personajes caricaturizados por Dickens; un siglo después, vemos una operación similar desarrollada a través de una serie de televisión (Nurse Jackie) que hace suponer que una nueva reforma de la enfermería está en incubación.

La difusión ideológica del victorianismo fue tan importante como su poderío militar ya que, con una Inglaterra hegemónica en un mundo redefinido por el imperialismo, se incluye como una pieza clave en la extensión planificada del modelo de enfermería que Nightingale contribuyó sustancialmente a formar y que, en muchos países, se plasmó en una red mundialmente extendida de Escuelas Nightingale.

Los reformadores sanitarios, tanto de las colonias británicas como de los países latinoamericanos más influidos por Inglaterra –entre ellos Argentina–, abrazarán el modelo de enfermería inglesa como si de una innovación tecnológica se tratara, un fenómeno similar y al mismo tiempo diferente del de la incorporación masiva de maestras para la expansión de la educación primaria.

Como también hemos visto, las mujeres han tenido, por períodos muy prolongados de la historia, un rol de sanadoras muy significativo, pero la “nueva construcción social” vino también a cumplir un papel relevante en ocultar ese antecedente.

Más de un siglo después, la medicina ha vuelto a ser una profesión con presencia femenina y hasta con predominio de mujeres entre las estudiantes y las jóvenes generaciones, mientras que la enfermería muestra indicios de una pequeña, pero creciente, presencia masculina. Sin embargo, las marcas de una construcción patriarcal y victoriana podrían perpetuarse allí sin cambios, si no media una reflexión profunda y documentada de tradiciones que pueden ser un valioso capital simbólico, pero también una herencia pesada, para encarar una democratización profunda de los vínculos profesionales, un nuevo diálogo más horizontal entre sanar, atender, rehabilitar, educar y cuidar, que puede redundar en beneficios muy concretos para los pacientes y para la construcción del derecho a la salud. Un derecho a la salud que, para salir de los tratados jurídicos y plasmarse en realidades, requiere

de actores sociales organizados y movilizados que lo defiendan

A través del recorrido de los diferentes capítulos, hemos visto cómo los imaginarios de la enfermería y sus antecedentes, tanto los más remotos como los más inmediatos, están prolíficamente poblados de ritos, de huellas, de mitos, de marcas que, de una forma u otra, ejercen su influencia hasta el presente sobre los y las enfermeras, y sobre los y las formadoras de opinión: líderes, representantes profesionales y docentes.

La tarea de formar nuevos profesionales se encuentra con la dificultad de tamizar este rico bagaje para detectar qué aspectos constituyen un capital identitario con potencialidad de proyectarse al futuro, y cuáles resultan un ancla que impiden o dificultan la deconstrucción de una profesión de absoluta centralidad en la sociedad y en la constitución del sector salud.

No se pretende ignorar que entre el tiempo que exploramos y el presente ha transcurrido más de un siglo, y que los aportes concretos al crecimiento de la profesión han sido enormes. Hemos encontrado sin embargo, con frecuencia, la referencia a esta etapa del pasado como un marco entre fundacional y explicativo de la fuerza y de los límites de la profesión, y por eso mismo hemos imaginado que todavía había espacio para un trabajo que ayudara en esta tarea de deconstrucción profesional que aun llevará mucho tiempo.

Sólo el uso concreto que pueda hacerse de este libro, entregado como una obra abierta, podrá probar si aporta a ese cometido.

Sumario

Dedicatorias	07
Introducción	11
Capítulo Uno El cuidado antes de la profesión.	19
Capítulo Dos El marco histórico del surgimiento de la profesión.	39
Capítulo Tres El surgimiento de la profesión.	51
Capítulo Cuatro La difusión y la recreación de la profesión en América.	93
Capítulo Cinco Los procesos de profesionalización en salud; un objeto de estudio y de intervención.	129
Capítulo Seis Repensar los orígenes, ampliar las opciones.	151
A modo de conclusión	171

Esta edición se terminó de Imprimir en la Imprenta Tecnooffset
en Septiembre de 2011.

